



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

APRESENTAÇÃO

Considerando a Rede de Atenção Básica do Município de Carapicuíba com 13 Unidades Básicas de Saúde e o Programa de Atendimento Domiciliar – Melhor em Casa a necessidade de instrumentalizar os Enfermeiros e a equipe de enfermagem nas ações desenvolvidas na assistência prestada ao usuário, à Diretoria da Atenção Básica e Coordenação de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde reuniu-se, para implantar o Manual Técnico de Normas e Rotinas dos Procedimentos de Enfermagem, visando uniformizar, agilizar e facilitar a atuação da equipe de enfermagem.

Este documento pretende auxiliar toda a equipe de enfermagem nas atividades diárias do Programa de Atendimento Domiciliar – Melhor em Casa (PAD), desempenhando o seu trabalho de forma segura e auxiliando na qualidade da assistência prestada ao cliente/usuário e família em seu domicílio.

Dra. Simone Augusta Marques Monteaperto
Secretária de Saúde do Município de Carapicuíba

Dra. Loraine Cristina dos Santos Moraes
Coordenadora de Enfermagem da Atenção Básica e Responsável Técnica do Programa de Atendimento Domiciliar – Melhor em Casa

Dra. Vera Freire Gonçalves
Diretoria da Atenção Básica



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem instituído a utilização de documentação técnica para organizar o serviço de enfermagem na área hospitalar, prática que vem sendo cada vez mais incorporada na Atenção Básica e nos programas de atendimentos domiciliares (PAD, ESF). Normalmente a documentação abrange o apoio diagnóstico, tratamento e prevenção, orientando os profissionais da área de enfermagem em suas rotinas de trabalho. O Manual Técnico de Normas e Rotinas do Serviço de Enfermagem surgiu da necessidade de estabelecer um documento de organização do serviço com regimento, organograma, normas e rotinas de enfermagem no Programa de Atendimento Domiciliar – Melhor em Casa do Município de Carapicuíba. Este Manual visa descrever os principais procedimentos de enfermagem realizados na residência do paciente, sistematizando quem faz e como faz, a fim de obter resultados satisfatórios em todo o processo que envolve o atendimento realizado pela equipe de enfermagem ao usuário.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

Regimento Interno Procedimentos de Enfermagem na Atenção Básica Município de Carapicuíba

Capítulo I- Da Política do Serviço de Enfermagem:

Art. 1- Enfermagem é a arte de cuidar e a ciência cuja essência e especificidade são o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe atividades de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde. O conhecimento que fundamenta o cuidado de enfermagem deve ser construído na intersecção entre a filosofia, que responde à grande questão existência do homem, a ciência e tecnologia, tendo a lógica formal como responsável pela correção normativa e a ética uma abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades.

Capítulo II- Dos Objetivos e Finalidades:

Art. 2 - Organizar, orientar e documentar todo desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando cumprir sua missão, que consiste no compromisso e dever dos profissionais da enfermagem para com os usuários, família, comunidade e a equipe de saúde.

Art. 3 - O serviço de Enfermagem tem por finalidade:

- I – Assistir ao indivíduo, família e comunidade seguindo as diretrizes do SUS: integralidade, enfoque individual e familiar, humanização, intersetorialidade, democratização do conhecimento e participação popular;
- II – Identificar as necessidades, promover e colaborar em programa de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe da enfermagem;
- III – Trabalhar de acordo com o Código de Ética de Enfermagem e dos demais profissionais do serviço de Saúde.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

Capítulo III- Da Posição

Art.4- Posicionamento do serviço de enfermagem no organograma institucional, na Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

C.E: Coordenação de Enfermagem;

A.B:Atenção Básica;

U.B.S: Unidade Básica de Saúde;

C.A: Casa do Adolescente;

S.M: Saúde da Mulher;

NATI: Núcleo de Atendimento Terapêutico

V.S: Vigilância em Saúde;

VISA: Vigilância Sanitária;

V.E: Vigilância epidemiologia;

NAIC: Núcleo de Atendimento de Infectologia de Carapicuíba;

PAD: Programa Atendimento Domiciliar – Melhor em Casa



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

Art.5- Posicionamento dos profissionais da enfermagem:

As normas do serviço de Enfermagem da Prefeitura do Município de Carapicuíba têm por finalidade estabelecer conduta aos funcionários, visando o bom funcionamento das atividades conforme a filosofia implantada.

São normas do Serviço de Enfermagem do Município de Carapicuíba

- Obedecer ao regimento da Prefeitura do Município de Carapicuíba;
- Exercer as funções de acordo com o que determina a Lei de Exercício 7.498/86 e Decreto 94.406/87 do profissional;
- Respeitar a hierarquia do organograma do serviço;
- Apresentar-se ao serviço com antecedência de quinze (15) minutos, devidamente uniformizado (branco e jaleco), asseado e com identificação em lugar visível;
- Assumir o plantão com antecedência de 15 minutos, para que todas as informações pertinentes ao serviço e ao usuário/cliente sejam garantidas;
- Todas as intercorrências deverão ser registradas em livro Ata para o respaldo possível da Chefia Mediata e Imediata;
- As mulheres manter os cabelos presos, unhas curtas (se estiver com esmalte manter cores discretas), com maquiagem e batom discretos, sem adornos que dificultem ou interfiram no cuidado do cliente;
- Aos homens manter os cabelos curtos, unhas curtas e barba feita;
- Calçar sapatos adequados, sem abertura na frente e nem atrás. Fica proibido o uso de sapatos tipos Crocks.
- Bolsa, sacolas e mochilas deverão ser acondicionadas em armários próprios, devendo o funcionário dirigir-se, a unidade, portanto apenas o material de bolso (garrote, caneta, tesoura e carimbo);
- Deverá portar material de bolso durante todo o período de trabalho;
- O servidor deverá usar obrigatoriamente todos os equipamentos de segurança (EPI) de acordo com o procedimento que irá executar,
- O horário de refeição será estipulado pela chefia, obedecendo revezamento caso haja necessidade;
- É dever de todo funcionário zelar pelo patrimônio móvel e imóvel;
- É dever de todo funcionário **NÃO** se ausentar durante o horário de serviço (saídas a rua);
- Toda anotação de Enfermagem deverá estar carimbada (nome, função e COREN), assinada e datada por quem a executou. Este carimbo é de responsabilidade de cada funcionário (confecção, utilização e guarda);
- Cada funcionário deverá conhecer as atribuições a ele destinadas que se encontram no Manual de funcionamento do Programa Atendimento Domiciliar;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

- O serviço prestado pela Prefeitura do Município de Carapicuíba é gratuito, portanto nenhum funcionário receberá pagamento, ou gratificações de clientes, familiares ou responsáveis.
- A escala de serviço será confeccionada pelo **Enfermeiro** e deverá ser seguida obrigatoriamente;
- Assuntos pertinentes à enfermagem deverão ser discutidos com o enfermeiro, respeitando a hierarquia do serviço;
- Evitar comentários indevidos na frente de pacientes e/ou acompanhantes;
- Nas remoções o profissional de enfermagem deverá sempre ir junto com o paciente na parte de trás da ambulância;
- Todo material que for usado na remoção (lençóis, cobertores, equipamentos) deverá retornar ao de origem;
- **NR 32.2.4.15:** São vetados o reencape e a desconexão manual das agulhas;
- **NR 32.2.4.4:** Os trabalhadores com feridas ou lesões nos membros superiores só podem iniciar suas atividades após avaliação médica obrigatória com emissão de documento de liberação de trabalho.
- **NR 32.2.4.5:** O empregador deve vedar:
 - A utilização de pias de trabalho para fins diversos dos previstos;
 - O ato de fumar, o uso de adornos (**alianças e anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches, piercings expostos**) e manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho, o consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho;
 - Guarda de alimentos em locais não destinados para este fim;
- **NR 32.2.4.6.2:** os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais;
- Comunicar qualquer acidente de trabalho exigindo a abertura da comunicação de acidente de trabalho –CAT– por menor que seja o acidente, mesmo não havendo afastamento do trabalho (fluxograma de acidente de trabalho em anexo);
- Toda solução parenteral deverá constar de identificação (nome do diente, solução infundida, dosagem e horário);
- O casaco azul é de uso privativo do Enfermeiro;
- **NR 32.2.4.14:** os trabalhadores que utilizarem objetos perfuro-cortantes devem ser os responsáveis pelo seu descarte;
- Ao receber o cliente manter postura correta e ser cordial;
- Não será permitido que a equipe de enfermagem entre em outros setores (recepção, farmácia, cozinha, entre outros) para desempenhar papéis contrários à sua formação.
- Troca ou passagem de sonda vesical ou nasogástrica deverá ser realizada pelo **Enfermeiro**;
- **Quanto a coleta de exames laboratoriais:**
 - O formulário de SADT deverá ter todos os campos preenchidos;
 - Registrar no prontuário horário da coleta e exames solicitados;
 - Registrar em planilha específica de exames laboratoriais todos os exames colhidos, o horário de retirada dos exames encaminhados para análise;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

- Atentar durante a coleta para conservação das amostras para não ocorrer o fato de convocar o paciente para nova coleta;
- As amostras deverão ser conferidas e armazenadas nas estantes de tubo e posterior na caixa de transporte pelo profissional de enfermagem (Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem), que estiver no setor, não sendo responsabilidade do condutor;
- O profissional que preparar a medicação **OBRIGATORIAMENTE** será o que irá administrar;
- É de responsabilidade da equipe de enfermagem todos os equipamentos que fazem parte do uso para execução do seu trabalho, a perda ou a quebra desses equipamentos deverá ser comunicada a chefia imediata, em caso de roubo e/ou furto realizar o Boletim de Ocorrência (BO).



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

Capítulo IV- Da Competência

Art.- 6: Ao Coordenador de Enfermagem compete:

- Desenvolver ações que facilitam a integração entre os profissionais de enfermagem;
- Favorecer a integração entre as Unidades de Saúde e o Conselho Regional de Enfermagem;
- Assegurar com que as ações de enfermagem ocorram de acordo com o Código de Ética da Enfermagem;
- Criar, ou atualizar manual de normas e rotinas dos procedimentos da enfermagem e garantir que todos os profissionais tenham conhecimento;
- Acompanhar a implementação do manual do protocolo de normas e rotinas do serviço de enfermagem estabelecido;
- Manter atualizada junto ao COREN-SP a relação de profissionais de enfermagem que atuam nos estabelecimentos de saúde do município;
- Viabilizar aos profissionais de enfermagem treinamento sistematizados, proporcionando um melhor desenvolvimento de suas atividades.

Art.- 7: Ao Enfermeiro Responsável Técnico compete:

- Desenvolver ações que facilitam a integração entre os profissionais de enfermagem;
- Favorecer a integração entre a Unidade e coordenação de enfermagem;
- Assegurar com que as ações de enfermagem ocorram de acordo com o Código de Ética da Enfermagem;
- Garantir a implementação do Manual do protocolo de Normas e Rotinas do serviço de enfermagem elaborados pela Coordenação de Enfermagem;
- Manter atualizada junto ao COREN-SP a relação de profissionais de enfermagem que atuam na sua Unidade;
- Viabilizar aos profissionais de enfermagem treinamento sistematizados, proporcionando um melhor desenvolvimento de suas atividades.
- Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica;
- Atuar no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- Desenvolver ações de promoção da saúde, conforme plano de ação da equipe, por meio de atividades educativas, do estímulo a participação comunitária e do trabalho intersensorial, visando a melhoria da qualidade de vida da população;
- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para população conforme plano de ações da equipe de saúde;
- Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população, conforme o planejamento da equipe de saúde;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

- Desenvolver monitoramento dos indicadores de saúde, avaliando impacto das ações planejamento.

Art. – 8: Ao Enfermeiro Assistencial compete:

- Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica;
- Atuar no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- Desenvolver ações de promoção da saúde, conforme plano de ação da equipe, por meio de atividades educativas, do estímulo a participação comunitária e do trabalho intersensorial, visando a melhoria da qualidade de vida da população;
- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas as situação de risco para população conforme plano de ações da equipe de saúde;
- Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população, conforme o planejamento da equipe de saúde;
- Desenvolver monitoramento dos indicadores de saúde, avaliando impacto das ações planejamento.

Art. – 9: Ao Técnico de Enfermagem compete:

- Desenvolver ações que facilitem a integração entre equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades de trabalho na Atenção Básica;
- Atuar no desenvolvimento das atividades planejadas, referentes aos programas do SUS, prevenção e promoção à saúde;
- Desenvolver ações de programas da saúde por meio das atividades educativas, do estímulo a participação comunitária e do trabalho intersensorial, visando à melhoria da qualidade de vida da população, segundo planejamento da equipe;
- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a população conforme plano de ação da equipe;
- Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população conforme planejamento da equipe de saúde.

Art. – 10: Ao Auxiliar de enfermagem compete;

- Desenvolver ações que facilitem a integração entre equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades de trabalho na Atenção Básica;
- Atuar no desenvolvimento das atividades planejadas, referentes aos programas do SUS, prevenção e promoção à saúde;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

- Desenvolver ações de programas da saúde por meio das atividades educativas, do estímulo a participação comunitária e do trabalho intersensorial, visando a melhoria da qualidade de vida da população, segundo planejamento da equipe;
- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a população conforme plano de ação da equipe;
- Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população conforme planejamento da equipe de saúde.

Art. -11: Ao Atendente de enfermagem compete;

- Desenvolver ações que facilitem a integração entre equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades de trabalho na Atenção Básica;
- Apoiar equipe no desenvolvimento das atividades planejadas, referentes aos programas do SUS, prevenção e promoção à saúde;
- Apoiar à equipe no desenvolvimento nas ações de programas da saúde por meio das atividades educativas, do estímulo a participação comunitária e do trabalho intersensorial, visando a melhoria da qualidade de vida da população, segundo planejamento da equipe;

Capítulo V- Do Pessoal e suas Atribuições

Atribuições do pessoal em conformidade com a legislação e normas vigentes, lei 7498/86 e Decreto 94406/87.

Art. -13 - Atribuições de Pessoal

I. Coordenador (a) de Enfermagem

Promover:

- Elaborar diagnóstico situacional e plano de trabalho do serviço de enfermagem;
- Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade de cada Unidade de Saúde, fazendo cumprir o regimento do serviço de enfermagem, normas, rotinas e protocolos assistenciais;
- Participar no planejamento anual de pedidos dos insumos utilizados pelo serviço de enfermagem, junto aos setores de compras e almoxarifado do município;
- Garantir que os profissionais tenham acesso aos facilitadores do núcleo de educação permanente;
- Supervisionar a implementação e execução das atividades relacionadas aos programas de saúde;
- Gerenciar indicadores gerados pela produtividade dos serviços de enfermagem, assim como dos programas de saúde;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

- Realizar reuniões roda de discussões e oficinas, periodicamente com equipe de enfermagem;
- Garantir que equipe de enfermagem tenha conhecimento em atualizações de protocolos, normas e rotinas;
- Avaliar dimensionamento de pessoal.

II - Enfermeiro Responsável Técnico – RT

Promover:

- Elaborar diagnóstico situacional e plano de trabalho do serviço de enfermagem;
- Garantir cumprimento do regimento do serviço de enfermagem, e protocolos de normas e rotinas assistenciais;
- Viabilizar espaço de discussão técnica e ética com a equipe de enfermagem e a Coordenadoria de Saúde.
- Atuar de acordo com as diretrizes, normas e rotinas da Atenção Básica estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Integrar a equipe de saúde, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando à promoção, prevenção e reabilitação da saúde da comunidade;
- Participar de reuniões, rodas e oficinas, na instituição e setor quando convocado ou convidado;
- Ser um multiplicador, desenvolvendo ações em educação em saúde, ser facilitador das ações desenvolvidas pelo núcleo de educação permanente;
- Planejar, coordenar, acompanhar, executar e avaliar as ações de assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade;
- Prever a necessidade de pessoal elaborando escalas de serviço e atribuições diárias, para assegurar o desempenho adequado do trabalho de enfermagem, anexar escala em lugar visível para todos os funcionários;
- Gerenciar administração dos recursos materiais fazendo a previsão das necessidades da unidade, especificidade, característica da clientela e frequência de uso de materiais, assim como sua durabilidade, local de guarda, e periodicidade da reposição;
- Controle periódico de equipamentos e materiais permanentes;
- Planejar e desenvolver atividades específicas da assistência de enfermagem a indivíduos, famílias e grupos da comunidade, realizando as consultas de enfermagem, visitas domiciliares e procedimentos de enfermagem em todas as fases do ciclo de vida;
- Desenvolver ações educativas junto à população, segundo a Norma Operacional Básica da Assistência a Saúde de NOAS 2001, visando à conquista da saúde;
- Estimular junto com os demais membros da equipe a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e de seus determinantes;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

- Acolher o usuário com humanização, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência;
- Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém nascido, seguindo protocolo instituído pela secretaria de saúde;
- Prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programa de saúde pública e em protocolos assistenciais da Secretaria Municipal da Saúde;
- Preencher relatórios e registros de produção das atividades de enfermagem, bem como efetuar a análise dos mesmos;
- Garantir desenvolvimento dos programas de saúde, determinados pela secretária de saúde;
- Realizar fechamento semanal, quinzenal ou mensal dos programas de saúde, conforme solicitação do núcleo de programas, devendo estar datado, assinado e carimbado;

III - Enfermeiro

- Elaborar diagnóstico situacional e plano de trabalho do serviço de enfermagem;
- Garantir cumprimento do regimento do serviço de enfermagem, e protocolos de normas e rotinas assistenciais;
- Atuar de acordo com as diretrizes, normas e rotinas do Programa de Atendimento Domiciliar- Melhor em Casa estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Integrar a equipe de saúde, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando à promoção, prevenção e reabilitação da saúde do usuário/familiar;
- Participar de reuniões, na instituição e setor quando convocado ou convidado;
- Ser um multiplicador, desenvolvendo ações em educação em saúde, sendo também facilitador das ações desenvolvidas;
- Planejar, coordenar, acompanhar, executar e avaliar as ações de assistência de enfermagem ao usuário/família;
- Prever a necessidade de pessoal elaborando escalas de serviço e atribuições diárias, para assegurar o desempenho adequado do trabalho de enfermagem, e anexar escala em lugar visível para todos os funcionários;
- Gerenciar administração dos recursos materiais fazendo a previsão das necessidades do setor, especificidade, característica da clientela e frequência de uso de materiais, assim como sua durabilidade, local de guarda, e periodicidade da reposição;
- Controlar periodicamente os equipamentos e materiais permanentes;
- Planejar e desenvolver atividades específicas da assistência de enfermagem ao usuário/família, realizando as consultas de enfermagem, visitas domiciliares e procedimentos de enfermagem;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

- Acolher o usuário com humanização, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência;
- Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programa de saúde pública e em protocolos assistenciais da Secretaria Municipal da Saúde;
- Preencher relatórios e registros de produção das atividades de enfermagem, bem como efetuar a análise dos mesmos;
- Garantir desenvolvimento do programa de saúde, determinados pela secretária de saúde;
- Realizar fechamento semanal, quinzenal ou mensal do programa, conforme solicitação do núcleo de programas, devendo estar datado, assinado e carimbado;

IV - Técnico de Enfermagem

O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participar no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- Atuar de acordo com as diretrizes, normas e rotinas do Programa de Atendimento Domiciliar- Melhor em Casa estabelecida pelo Ministério da Saúde;
- Integrar a equipe de saúde, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais, visando a promoção, prevenção e recuperação/reabilitação da saúde da comunidade;
- Estimular junto com os demais membros da equipe a participação do cuidador responsável pelo cliente, no sentido de que amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e de seus determinantes;
- Acolher o usuário, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência;
- Prestar assistência de enfermagem nos diferentes setores, de acordo com sua competência, conforme plano de cuidado;
- Preencher registros de produção das atividades de enfermagem;
- Atuar de forma integrada com equipe multiprofissional;
- Conhecer e cumprir a ética nas relações de trabalho em equipe e na assistência ao usuário/família;
- Executar tarefas afins e/ou outras atividades orientadas pelo enfermeiro de acordo com a LEP 7498/86.
- Realizar atendimento humanizado para indivíduo e/ou família.

V- Auxiliar de Enfermagem

O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- Atuar de acordo com as diretrizes, normas e rotinas do Programa Atendimento Domiciliar – Melhor em Casa estabelecida pelo Ministério da Saúde;
- Integrar a equipe de saúde, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e/ou familiar , visando à promoção, prevenção e recuperação reabilitação da saúde da comunidade;
- Participar ativamente do processo de educação permanente e dos cursos de capacitação visando o desenvolvimento do seu papel profissional e como agente de mudanças;
- Acolher o usuário, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência;
- Prestar assistência de enfermagem nos diferentes setores, de acordo com sua competência, conforme plano de cuidado;
- Preencher registros de produção das atividades de enfermagem;
- Conhecer e cumprir a ética nas relações de trabalho em equipe e na assistência a população;
- Executar tarefas afins e/ou outras atividades orientadas pelo enfermeiro de acordo com a LEP 7498/86.
- Realizar atendimento humanizado para indivíduo e/ou família .

VI- Atendente de Enfermagem

As atividades do Atendente de Enfermagem estão listadas na Resolução COFEN 186/1995. Elas só poderão ser desenvolvidas sob orientação e supervisão direta do Enfermeiro, por força do artigo 23 da Lei 7.498/1986, regulamentada pelo Decreto 94.406/1987. Assim, cabe ao Enfermeiro determinar o setor de trabalho, horário e atividades que serão desenvolvidos pelo Atendente de Enfermagem.

A Resolução citada propõe o desenvolvimento de atividades elementares pelo Atendente de Enfermagem, que são atividades que compreendem ações de fácil execução e entendimento, baseadas em saberes simples adquiridos por meio de treinamento e/ou da prática, se restringindo às situações de rotina e de repetição, que não envolvem cuidados diretos ao paciente, não colocam em risco a comunidade, o ambiente e/ou a saúde do executante, mas contribuem para que a assistência de enfermagem seja mais eficiente (artigo 1º da Resolução COFEN 186/1995).

As atividades elementares de Enfermagem, executadas pelo Atendente de enfermagem e assemelhados são as seguintes:



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

Relacionadas com transporte do cliente:

- Auxiliar a equipe de enfermagem no transporte de clientes de baixo risco;
- Preparar cadeiras de rodas para o transporte do cliente no domicílio;

Relacionadas com a área administrativa:

- Atender ao telefone e direcionar as ligações para a equipe;
- Realizar fechamento de produção;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

ORGANOGRAMA SECRETARIA SAÚDE



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

PROPOSTA DE ESCALA MENSAL DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Município de Carapicuíba
Secretaria Municipal de Saúde

Escala de Profissionais da Enfermagem

Endereço:

CEP: fone: (11):

Unidade:

Mês:

PROFISSIONAL/DATA	2º-FEIRA	3º-FEIRA	4º-FEIRA	5º-FEIRA	6º-FEIRA	PERÍODO



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

ORIENTAÇÃO PARA VISITA DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM

- 1) O departamento de fiscalização do COREN-SP deve anunciar-se ao Gestor municipal de saúde e /ou gerente da unidade a ser fiscalizada, ou seus respectivos substitutos e buscar sempre ser acompanhado pelos mesmos;
- 2) A visita fiscalizatória deverá ser acompanhada pelo enfermeiro Responsável Técnico (RT) ou alguém que o represente;
- 3) O Enfermeiro RT da Unidade deverá encaminhar as notificações do COREN-SP para a Coordenação de Enfermagem, que analisará e responderá conjuntamente, enviando cópia da resposta a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde - SMS;
- 4) O Enfermeiro RT da Coordenação de Enfermagem deverá encaminhar estas notificações para o colegiado de gestão do serviço de enfermagem da SMS.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

PROCESSO DE ENFERMAGEM: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Definição:

Ação privativa do enfermeiro que se caracteriza por cinco etapas:

- Histórico de Enfermagem - HE
- Diagnóstico de Enfermagem - DE
- Planejamento de Enfermagem - PE
- Implementação de Enfermagem - IE
- Evolução de Enfermagem – EE

Objetivo:

- Identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de ações de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade.
- Executar a consulta de enfermagem na Atenção Básica, garantir atenção individual aos grupos prioritários (crianças menores de 2 anos e desnutrição, gravidez, diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase).

Responsável:

Enfermeiro.

Descrição do Procedimento:

- Receber o usuário e explicar o procedimento;
 - Desenvolver a consulta conforme as etapas previstas na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), seguindo o roteiro e fluxo de seguimento contido nos Protocolos de Enfermagem de SMS;
3. Realizar anotação no prontuário e boletim de produção;
 4. Manter a organização da sala/consultório.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

VISITA DOMICILIAR

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição:

É o ato de visitar o domicílio com finalidade de intervir no processo saúde / doença de indivíduos, famílias; executar planejamento de ações visando à promoção de saúde do cliente e/ou coletividade.

Objetivo:

- Conhecer a realidade do indivíduo (condições de moradia, hábitos familiares, levantamento de dados, cadastro das famílias e outros) a fim de obter subsídios para intervenção no processo saúde/doença.
- Realizar procedimentos (medicações, orientações, curativas e outros).
- Realizar busca ativa para determinadas patologias.

Responsável:

Enfermeiro

Material Necessário:

Conforme as ações planejadas.

Descrição da Técnica de VD:

1. Planejamento;
2. Execução;
3. Registro de dados;
4. Avaliação do processo.

Descrição do Procedimento:

1. Identificar a necessidade de a visita domiciliar;
2. Planejar de acordo com a necessidade identificada;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

3. Realizar visita domiciliar possibilitando a participação do maior número possível, de membros da família;
4. Identificar-se ao familiar e expressar de maneira informal, mas com clareza o objetivo da visita;
5. Ser cordial no relacionamento, evitando os extremos da formalidade e da intimidade no contato com os usuários;
6. Observar a sistematização edinâmica da família;
7. Caso a VD demande procedimento de enfermagem:
 - Contactar antecipadamente o usuário;
 - Preparar o material necessário;
 - Realizar o procedimento conforme técnica ou protocolo.
8. Registrar a atividade e os procedimentos executados no prontuário e boletim de produção.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

TÉCNICA PARA CALÇAR LUVAS ESTÉREIS

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Orientar a técnica de calçar luvas estéreis

Objetivos: Não ocorrer contaminação no sítio do curativo. O uso da luva estéril deverá acontecer em procedimentos estéreis pelos membros da equipe de enfermagem.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário.

1. Luva estéril (verificar numeração compatível com a mão);
2. Água e sabão;
3. Toalha de papel.

Descrição do Procedimento:

1. Escolher a luva compatível com o tamanho das mãos, proporcionando conforto;
2. Proceder a anti-sepsia das mãos com produto degermante apropriado para procedimentos;
3. Abrir o pacote de luvas sobre uma superfície de forma asséptica, expondo o par de luvas;
4. Com a mão direita pegue a luva da mão esquerda na parte interna do punho;
5. Introduzir a mão esquerda de forma que não toque na parte externa da luva;
6. Com a mão esquerda com a luva calçada, pegue a luva direita na face externa do punho de forma que não toque na face interna da luva;
7. Após ter calçado o par, realiza o ajuste das luvas tomando o cuidado de não tocar nenhuma superfície que não seja estéril;
8. Após o uso da luva retire e despreze em lixo apropriado;
9. Higienize as mãos.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

OBS. Figura 1



OBS: ORIENTAR O CUIDADOR A CALÇAR AS LUVAS NA TÉCNICA CORRETA.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

TÉCNICA PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Orientar a técnica de higienização das mãos.

Objetivos: Não ocorrer contaminação cruzada aos clientes do serviço.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário.

1. Água e sabão.
2. Toalha de papel.

Descrição do Procedimento:

1. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia;
2. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos;
3. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
4. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
5. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
6. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;
7. Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa;
8. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
9. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

10. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
11. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
12. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.

FRICÇÃO ANTI-SÉPTICA DAS MÃOS (USO DE ÁLCOOL GEL A 70%)

Descrição do Procedimento:

1. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos;
2. Friccionar as palmas das mãos entre si;
3. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
4. Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
5. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa;
6. Friccionar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se movimento circular e vice-versa;
7. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa;
8. Friccionar os punhos com movimentos circulares;
9. Friccionar até secar. Não utilizar papel-toalha.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

OBS: Figura 1
Água e sabão



Figura 2:
Álcool Gel



OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

- Antes de iniciar a higienização das mãos, é necessário retirar jóias (anéis, pulseiras, relógio), pois sob tais objetos podem acumular-se microrganismos.
- Mantenha as unhas limpas e curtas.
- No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel-toalha.
- O uso coletivo de toalhas de tecido é contraindicado, pois estas permanecem úmidas, favorecendo a proliferação bacteriana.
- Orientar o cuidador a usar a técnica correta de higienização das luvas com água e sabão.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

COLETA DE SANGUE CAPILAR (GLICEMIA)

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Coleta de amostra de sangue capilar.

Objetivos: Detectar alterações no nível de glicose sanguínea.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário.

1. Aparelho de glicosímetro
2. Fita reagente
3. Lanceta
4. Álcool 70%
5. Bola de algodão
6. Água e sabão

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos com água e sabão;
2. Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado;
3. Perguntar ao cliente se está em jejum ou pós-prandial;
4. Deixar o braço pendente ao longo do corpo por 30 segundos;
5. Pressionar o dedo da base para a ponta;
6. Solicitar para o usuário a lavagem das mãos com água e sabão, se não for possível, fazer antisepsia com algodão e álcool 70% na face lateral da ponta do dedo, esperando secar;
7. Puncionar a face lateral da ponta do dedo com lanceta ou agulha esterilizada;
8. Com o dedo puncionado voltado para baixo preencher com a gota de sangue toda a área da fita;
9. Ler o resultado, anotar em prontuário e no boletim de produção diária;
10. Orientar o usuário quanto ao resultado e seguir o fluxo de acompanhamento do Protocolo – SMS



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

VERIFICAÇÃO DO PULSO PERIFÉRICO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Verificar e mensurar os batimentos cardíacos.

Objetivos: Detectar precocemente desvios de normalidade da frequência cardíaca, checar o resultado do controle de pulso e avaliar arritmias cardíacas.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Relógio com ponteiros de segundos,
2. Bola de algodão
3. Álcool a 70%
4. Luvas de procedimentos

Descrição do Procedimento:

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material;
3. Calçar as luvas de procedimentos;
4. Explicar o procedimento ao cliente;
5. Auxiliar o paciente a ficar na posição sentada ou deitada;
6. Achar o pulso do cliente;
7. Pressionar com os dedos indicador e médio;
8. Contar os batimentos cardíacos por 60 segundos;
9. Auxiliar o paciente, se necessário, a se vestir e ajudá-lo a assumir uma posição confortável;
10. Limpar as olivas e o diafragma do estetoscópio com uma bola de algodão com álcool 70%;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

11. Orientar o cliente e/ou acompanhante a comunicar à enfermagem quando se sentir cansado, tontura, escurecimento de visão, sensação de palpitação intensa e dor torácica;
12. Guardar o material utilizado;
13. Higienizar as mãos;
14. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

OBS:

- A amplitude do pulso, ritmo e frequência devem ser avaliadas e comunicados se anormais;
- Pacientes desidratados, com febre, tensões, arritmias, hipotermia tem pulso com maior frequência;
- Se o valor for < 60 bpm: bradicardi;
- Se o valor for > 100 bpm: taquicardia.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

CONTROLE DA TEMPERATURA AXIAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Mensurar o valor da temperatura corporal através de um termômetro.

Objetivos: Verificar o ganho ou perda de calor produzido pelo organismo, por localização axilar. Obter parâmetros vitais do paciente.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Bandeja,
2. Álcool 70%,
3. Algodão,
4. Termômetro,
5. Luvas de procedimentos.

Descrição do Procedimento:

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material e levar ao quarto, próximo ao paciente;
3. Calçar as luvas de procedimentos;
4. Explicar o procedimento ao cliente;
5. Colocar o cliente em posição confortável;
6. Fazer a desinfecção do termômetro utilizando algodão com álcool 70%;
7. Segurar e movimentar o termômetro, longe de objetos sólidos, e com cuidado até a coluna atingir 35°C;
8. Colocar o termômetro na região axilar do paciente posicionando o membro sobre o tórax;
9. Manter nesta posição por 5 a 10 minutos;
10. Remover o termômetro e ler a marcação do mercúrio ao nível dos olhos;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

11. Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool 70%;
12. Guardar o material em local apropriado;
13. Orientar o cliente/acompanhante quanto aos sinais e sintomas de possíveis alterações de temperatura;
14. Desprezar as luvas de procedimentos em local adequado;
15. Higienizar as mãos;
16. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

OBS:

- Qualquer alteração abrupta na temperatura deve ser comunicada ao enfermeiro;
- Valores normais: 36,1°C a 37,2°C;
- Variações de temperatura:
- **Hipotermia = abaixo de 36,0°C**
- **Estado subfebril ou febrícula = 37,3°C a 37,7°C**
- **Febre = 37,8°C a 38,9°C**
- **Pirexia = 39,0°C a 40,0°C**
- **Hiperpirexia = acima de 40,0°C**
- A medida da temperatura em casos especiais pode ser verificada na boca, reto.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ENDOVENOSO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável

Objetivos: Executar com segurança o tratamento medicamentoso prescrito pelo profissional responsável.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Álcool 70%
2. Algodão
3. Seringas (3 ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml)
4. Agulhas (30x07, 30x08, 25x07, etc)
5. Agulha 40X12 para aspirar medicamento
6. Scalp (23, 25, 27)
7. Gelco (16, 19, 21, 25, 27)
8. Medicamento prescrito
9. Garrote
10. Equipo de soro
11. Esparadrapo e/ou micropore
12. Bandeja ou cuba rim
13. Luvas descartáveis
14. Soro 0,9% Fisiológico

Descrição do Procedimento:

1. Ter em mãos o prontuário e a prescrição do profissional responsável;
2. Recepcionar o cliente com cortesia chamando-o pelo nome, proporcionando conforto e privacidade ao mesmo;
3. Seguir normas de biossegurança;
4. Higienizar as mãos antes do preparo da medicação;
5. Manter a concentração durante o preparo;
6. Verificar a identificação e a validade dos medicamentos;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

7. Iniciar o preparo da medicação conforme prescrição, observando a técnica, respeitando os “nove certos” (nome do usuário, nome da medicação, via de administração, dose certa, hora certa, tempo certo, validade certa, abordagem certa e registro certo.)
8. Calçar as luvas de procedimentos;
9. Orientar quanto à medicação a ser administrada;
10. Verificar o membro que irá ser puncionado;
11. Garrotear o membro em torno de 5 cm acima do local da punção venosa;
12. Realizar antissepsia no local a ser puncionado;
13. Puncionar o membro e após fluxo sanguíneo retirar o garrote;
14. Administrar a medicação com segurança;
15. Observar as reações que o cliente pode apresentar;
16. Retirar o cateter intravenoso desprezá-lo em recipiente adequado;
17. Orientar o cliente para pressionar o membro puncionado com algodão por 1 minuto, para não ocorrer hematoma;
18. Tirar as luvas de procedimentos;
19. Desprezar as luvas em recipiente apropriado;
20. Higienizar as mãos;
21. Checar no prontuário e/ou receituário os procedimentos realizados, constando data, horário, carimbo e assinatura do profissional que executou;
22. Anotar dados na produção diária;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRAMUSCULAR

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição:

Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável

Objetivos:

Depositar a medicação profundamente no tecido muscular, o qual é bastante vascularizado, podendo absorver rapidamente.

Esta via de administração fornece uma ação rápida e absorção de doses relativamente grandes (até 5 ml em locais adequados).

Responsável:

Enfermeiro

Material Necessário:

1. Bandeja de inox
2. Luvas de procedimento
3. Medicação a ser administrada
4. Seringa (3 ml, 5 ml)
5. Agulha 40x12 para aspirar
6. Agulha (30x7 ou 30x8 para clientes hígdos)
7. Almotolia de álcool a 70%
8. Bola de algodão
9. Biombo s/n
10. Fita adesiva.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Realizar o preparo da medicação no posto de enfermagem ou na sala de medicação;
3. Orientar o cliente e/ou o acompanhante a posicionar-seno biombo, de maneira que favoreça privacidade ao cliente;
4. Selecionar a área a aplicação, preferencialmente a região glútea por ser um músculo de maior proporção. O músculo deltóide deverá ser escolhido no caso de rodízio, ou de pequenos volumes. Evitar o músculo vasto lateral a não ser que seja necessário em caso de falta de opção em rodízio de locais.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

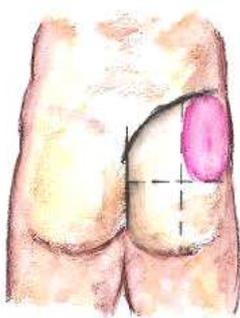
5. Posicionar o cliente de maneira confortável e de fácil visualização da área de injeção;
6. Limpar a área com algodão embebido em álcool a 70%, com movimento unidirecional de cima para baixo.
7. Retirar a tampa da agulha;
8. Escolher o quadrante superior D ou E do glúteo;
9. Inserir a agulha em ângulo de 90º graus com a mão dominante;
10. Com os dedos que tencionando a pele, soltar a pele e segurar o corpo da seringa;
11. Puxar o êmbolo para trás, com a mão dominante e observar retorno sanguíneo (caso ocorra, retirar a agulha, pois um vaso foi atingido. Preparar outra medicação e reiniciar o procedimento);
12. Se não for observado retorno sanguíneo, empurrar o êmbolo suavemente enquanto se comunica com o cliente, para diminuir a ansiedade;
13. Remover a agulha em movimento rápido e seguro em ângulo de 90º grau;
14. Aplicar pressão firme no local com algodão embebido em álcool a 70%;
15. Recompor o cliente e a unidade
16. Descartar o material em caixa de perfuro cortante;
17. Retirar as luvas e desprezá-las em recipiente adequado;
18. Lavar as mãos;
19. Anotar o procedimento no prontuário do cliente;
20. Anotar o procedimento na produção diária.



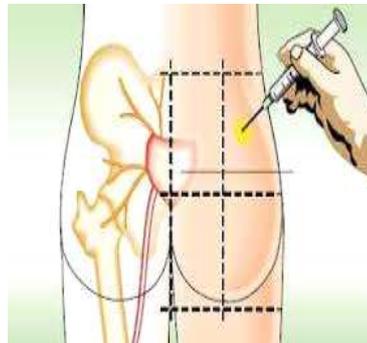
MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

Obs. Dependendo da região na qual será administrada a medicação existe um volume máximo: Região deltóidea: 2 ml; Região dorso glútea: 4 ml; Região ventroglútea: 4 ml; Região anterolateral da coxa: 3 ml.

OBS:Figura 1 e figura 2



1



2

OBS: tabela de calibre de agulha.

Dimensões de agulhas em relação ao grupo etário, condição física e tipo de solução(Injeção IM)

ESPESSURA DA TELA SUBCUTÂNEA	SOLUÇÕES AQUOSAS	SOLUÇÕES OLEOSAS
Adulto: magro	25 x 6 ou 7	25x8 ou 9
Normal	30 x 6 ou 7	30x8 ou 9
Obeso	40 x 6 ou 7	40x8 ou 9
Criança: magra	20x6 ou 7	20x8
Normal	25x6 ou 7	25x8
Obesa	30x6 ou 7	30x8



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA OCULAR

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É uma via de administração pela aplicação de fármacos nos olhos.

Objetivos: Sua absorção e início de efeito são praticamente imediatos.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Bandeja de inox.
2. Medicação a ser administrado.
3. Pacote de gaze estéril.
4. Luvas de procedimento.

Descrição do Procedimento:

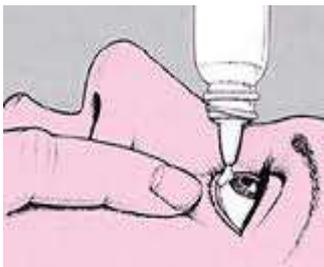
1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material para o preparo;
3. Orientar o cliente e/ou acompanhante o procedimento;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Colocar o cliente em decúbito dorsal, elevado 45º graus ou sentado;
6. Abrir o pacote de gaze de maneira asséptica;
7. Se observar secreção ou lágrima em excesso ao redor dos cílios inferiores e pálpebras, realizar higiene ocular;
8. Segurar o frasco com a mão dominante;
9. Colocar o punho da mão não dominante na testa do cliente;
10. Com a gaze estéril, puxar a pálpebra inferior suavemente para baixo com a mão não dominante;
11. Orientar o cliente para olhar em direção à própria testa;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

12. Instilar o número de gotas prescritas, dentro da bolsa conjuntival do olho correto, sem deixar que o gotejador toque no cliente;
13. No caso de pomadas, abrir o tubo aplicar cerca de 1 cm de pomada dentro do saco conjuntival;
14. Orientar o cliente para fechar os olhos por um minuto, sem fazer força, pedindo que não esfregue olho. Pedir para o cliente girar o globo ocular em todas as direções, se não houver contraindicação;
15. Remover o excesso de medicação e secreção ao redor dos olhos com uma gaze estéril;
16. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado;
17. Orientar o cliente a não se mover até que a visão esteja clara;
18. Recolher o material e organizar a sala;
19. Lavar as mãos;
20. Anotar o procedimento no prontuário e/ou receituário do cliente;
21. Anotar o procedimento na produção diária da UBS.

OBS: Figura 1 e Figura 2



1



2



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA OTOLÓGICA

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável

Objetivos: Introduzir o medicamento no canal auditivo externo com a finalidade de prevenir ou tratar processos inflamatórios, infecciosos, facilitar a saída de cerúmen e corpos estranhos.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Bandeja de inox.
2. Medicação a ser administrada.
3. Pacote de gaze estéril.
4. Luvas de procedimentos.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material para o procedimento;
3. Orientar o cliente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
4. Calçar as luvas de procedimentos;
5. Colocar o cliente em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada, deixando para cima o ouvido que receberá a medicação;
6. Com a mão não dominante, puxar suavemente a aurícula para cima e para trás (para os maiores de 3 anos) e para baixo para trás (para menores de 3 anos);
7. Descansar o punho da mão dominante do lado da face do cliente próxima à área temporal, gotejar o número receitado de gotas no canal do ouvido sem tocar o frasco no cliente;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

8. Soltar o ouvido e remover o excesso de medicação ao redor do mesmo com a compressa de gaze estéril;
9. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado;
10. Orientar o cliente a permanecer na posição por 3-5 minutos para absorção da medicação;
11. Recolher os materiais e organizar a sala;
12. Lavar as mãos;
13. Anotar o procedimento no prontuário e/ou receituário do cliente;
14. Anotar o procedimento na produção diária da UBS.

OBS: Figura 1





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA RETAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável

Objetivos: Sua indicação é impopular e desconfortável. O fármaco é formulado em um supositório ou enema retal, aplicados acima do esfíncter anal e do anel anorretal.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Bandeja de inox.
2. Medicação a ser administrada.
3. Luvas de procedimentos.
4. Pacote de gaze.
5. Biombo s/n.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material para o procedimento;
3. Orientar o cliente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
4. Preparar o ambiente solicitando a saída do acompanhante e/ou posicionando o biombo de maneira que favoreça a privacidade do cliente;
5. Calçar as luvas de procedimentos;
6. Posicionar o cliente em decúbito lateral com a perna superior em abdução (posição de SIMS);
7. Remover o supositório do invólucro com uma gaze;
8. Se a ponta estiver afiada, esfregar levemente com uma gaze para que esta fique arredondada;
9. Afastar as nádegas com a mão não dominante;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

10. Orientar o cliente a respirar lenta e profundamente pela boca para facilitar relaxamento da musculatura;
11. Inserir o supositório no reto, segurando com uma gaze, até se perceber o fechamento do ânus anal;
12. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado;
13. Orientar o cliente a comprimir as nádegas por 3-4 minutos e permanecer na mesma posição por 15-20 minutos para diminuir estímulo de soltar o supositório;
14. Recolher o material e organizar a sala;
15. Lavar as mãos;
16. Anotar o procedimento no prontuário e/ou receituário do cliente;
17. Anotar o procedimento na produção diária da UBS.

OBS: Figura 1 e Figura 2



1 – posição SIMS



2. Introdução de supositório



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável

Objetivos: Executar com segurança o tratamento medicamentoso prescrito pelo profissional responsável.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Luvas de procedimento.
2. Bandeja de inox.
3. Medicação a ser administrada.
4. Seringa de 1ml.
5. Agulha 13 x 4,5.
6. Bola de algodão.
7. Biombo s/n.

Descrição do Procedimento:

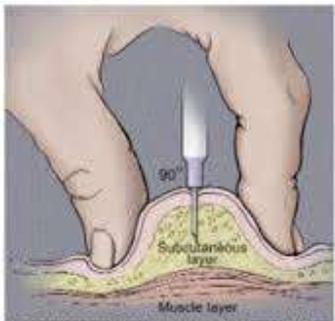
1. Lavar as mãos;
2. Realizar o preparo da medicação no posto de enfermagem e/ou na sala de medicação;
3. Orientar o cliente e/ou o acompanhante (no caso de criança) sobre o procedimento;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Preparar o ambiente que favoreça privacidade ao cliente, dependendo da área escolhida para a aplicação;
6. Selecionar o local da aplicação apropriado;
7. Com a mão não dominante, segure a pele ao redor do ponto de injeção firmemente para elevar o tecido subcutâneo, formando uma dobra de gordura de aproximadamente 2,5 cm;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

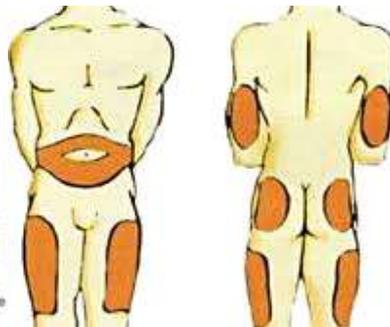
8. Segurar a seringa com a mão dominante, introduzir a agulha na pele do cliente com o bisel para cima;
9. Após a injeção, remova a agulha delicadamente (mas de forma rápida) na mesma angulação utilizada para a inserção;
10. Pressione o local com algodão seco;
11. Solicitar ao cliente que se recomponha;
12. Tirar e desprezar as luvas em local apropriado;
13. Lavar as mãos;
14. Anotar o procedimento no prontuário e/ou receita do cliente (nome, data, carimbo do profissional que realizou o procedimento);
15. Anotar o procedimento na produção diária.

OBS: figura1



A subcutaneous injection into the fatty layer of tissue (pinched up to give the injection) under the skin.

figura 2





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ORAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável

Objetivos: Executar com segurança o tratamento medicamentoso prescrito pelo profissional responsável.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Bandeja de inox.
2. Copo pequeno descartável.
3. Medicação a ser administrada.
4. Copo com água filtrada.
5. Canudinho s/n.
6. Macerador de comprimido s/n.
7. Luvas de procedimento.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas de procedimento;
3. Orientar o cliente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
4. Orientar o cliente para ficar em decúbito dorsal, elevado em 45º graus;
5. Oferecer ao cliente a medicação conforme orientação em prescrição;
6. Permanecer com o cliente até que toda a medicação seja tomada;
7. Recolher o material e organizar o ambiente;
8. Tirar as luvas e desprezá-las em recipiente apropriado;
9. Lavar as mãos;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

10. Pedir para o cliente aguardar quinze minutos para observar ocorrência de efeitos colaterais;
11. Anotar o procedimento no prontuário e/ou receita médica do cliente;
12. Anotar procedimento na produção diária da UBS.

OBS: Figura 1





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA NASAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável

Objetivos: Executar com segurança o tratamento medicamentoso prescrito pelo profissional responsável.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Bandeja de inox.
2. Luvas de procedimento.
3. Medicação a ser administrada.
4. Pacote de gaze.
5. Papel toalha.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas;
3. Reunir o material;
4. Orientar o cliente e/ou acompanhamento do procedimento;
5. Orientar o cliente a assuar suavemente o nariz, caso não seja contraindicado;
6. Colocar o cliente em decúbito dorsal, elevado 45º graus com a cabeça ligeiramente inclinada para trás;
7. Apoiar a mão não dominante na testa do cliente, enquanto levanta a narina;
8. Segurar o frasco de medicação próxima ao nariz em direção ao septo nasal com a mão dominante;
9. Instilar o número de gotas prescritas pelo profissional médico;
10. Retirar as luvas e desprezá-la em recipiente apropriado;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

11. Orientar o cliente a permanecer na posição por 3-6 minutos;
12. Recolher os materiais e organizar o ambiente;
13. Lavar as mãos;
14. Anotar o procedimento no prontuário e/ou receita médica;

OBS:Figura 1





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBLINGUAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável

Objetivos: Realiza uma absorção altamente eficaz, por ser uma região muito vascularizada por capilares sanguíneos.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Bandeja de inox.
2. Copo descartável pequeno.
3. Medicação a ser administrada.
4. Luvas de procedimentos.
5. Esparadrapo para identificação.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material para o procedimento;
3. Orientar o cliente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
4. Calçar as luvas de procedimentos;
5. Colocar a medicação debaixo da língua do cliente;
6. Retirar as luvas e desprezá-las em recipiente adequado;
7. Orientar o cliente a não engolir a medicação;
8. Lavar as mãos;
9. Verificar após 30-60 minutos em média a ocorrência de efeitos;
10. Anotar o procedimento no prontuário e/ou receituário no cliente;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA TÓPICA

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Administrar o medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável

Objetivos: Realiza uma absorção altamente eficaz, por ser uma região muito vascularizada por capilares sanguíneos.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Bandeja de inox.
2. Luvas de procedimento.
3. Medicação a ser administrada.
4. Biombo s/n.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material para o procedimento;
3. Orientar o cliente e/ ou o acompanhante sobre o procedimento;
4. Preparar o ambiente solicitando a saída do acompanhante e/ou posicionando o biombo de maneira que favoreça privacidade ao cliente;
5. Calçar as luvas de procedimento;
6. Posicionar o cliente, expondo a região a ser aplicado o creme;
7. Colocar a quantidade prescrita na superfície palmar;
8. Espalhar levemente com os dedos ou palmas, massageando levemente a região até o produto ser absorvido ou de acordo com as orientações do medicamento ou da prescrição.;
9. Retirar as luvas e desprezá-las em recipiente adequado;
10. Recolher os materiais e organizar a sala;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

11. Lavar as mãos;
12. Anotar o procedimento realizado no prontuário e/ou receituário do cliente;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

TERAPIA DE REHIDRATAÇÃO ORAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Reposição de líquidos e eletrólitos

Objetivos: Prevenção da desidratação

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Envelope de Soro de Rehidratação Oral - SRO;
2. Água filtrada ou fervida (fria);
3. Uma jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa);
4. Copo descartável;
5. Seringa de 10 ml s/n;
6. Colher de plástico cabo longo;
7. Colher de sopa ou de chá;
8. Balança adulta e infantil;

Descrição do Procedimento:

1. Pesar a criança no início da TRO e a cada hora;
2. Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água;
3. Determinar a quantidade de soro a ser administrada durante as primeiras quatro horas, conforme protocolo de Atenção a Saúde da Criança;
4. Ofertar o SRO, com uma colher, toda vez que a criança desejar, no volume que aceitar e toda a vez que a criança evacuar;
5. Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente.
6. Observar se os sinais de desidratação permanecem, tais como: criança inquieta e irritada, olhos fundos, bebe avidamente e com sede, boca seca e ausência de saliva, de lágrima e o sinal da prega (a pele volta lentamente ao estado anterior);



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

- Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação (**enfermeiro**)
- Orientar a mãe a introduzir a dieta o mais breve possível (**enfermeiro**).

Observação: a criança poderá receber o SRO no volume de 50 a 100 ml por quilograma de peso, por um período máximo de 4 às 6h. Não apresentando melhora, solicitar a avaliação médica (**enfermeiro**).

Registro: Anotar o procedimento e a evolução no prontuário do paciente e no mapa de produção da Unidade.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

OXIGENOTERAPIA POR INALAÇÃO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É a introdução de soro fisiológico e/ou medicamento em forma de aerossol ou vapor no trato respiratório.

Objetivos: Umidificar as vias aéreas, fluidificar secreções da membrana mucosa do trato respiratório, facilitando a sua expectoração.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Inalador limpo e desinfetado.
2. Tubo extensor.
3. Fluxômetro.
4. Fonte de O₂ ou ar comprimido.
5. Seringa descartável de 10 ml.
6. Agulha 40x12.
7. Ampola ou frasco de SF 0,9% ou água destilada.
8. Medicamento prescrito.
9. Lenços de papel ou papel higiênico.
10. Sabão líquido.
11. Luvas de procedimento.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas de procedimento;
2. Preparar o material;
3. Preparar a solução inalatória conforme prescrição médica ou do enfermeiro;
4. Orientar o paciente sobre o procedimento;
5. Conectar o copo do inalador ao tubo extensor e ligar no fluxômetro;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

6. Abrir o fluxômetro e regular a quantidade de oxigênio ou ar comprimido de acordo com a prescrição;
7. Orientar o paciente ou responsável quanto à posição para segurar o inalador;
8. Desligar o fluxômetro e retirar o inalador após o término da solução;
10. Depositar o inalador em recipiente adequado para desinfecção;
9. Lavar com água e sabão líquido, secar o inalador e colocá-lo em solução desinfetante (hipoclorito de sódio 2,5% por 30 minutos);
10. Retirar os inaladores de a solução desinfetante enxaguar em água abundante e deixar secar através da aeração sobre superfície limpa (papel lençol ou toalha);
11. Acondicionar os inaladores e os extensores limpos e secos em recipiente adequado;
11. Lavar externamente e diariamente a extensão do inalador com água e sabão líquido. Após a lavagem, fazer a desinfecção injetando na parte interna da extensão o hipoclorito de sódio a 2,5% por 60 minutos de contato direto, mantendo a outra extremidade ocluída.

Considerações Gerais:

- * O uso de inalação pode ser feito com oxigênio ou ar comprimido, sendo este último mais indicado para pacientes portadores de DPOC que fazem retenção de CO₂;
- * Deve - se fazer à inalação com o paciente sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração;
- * Os inaladores devem ser lavados e desinfetados imediatamente após cada uso, mesmo que tenha um para cada paciente, uma vez que o material de inaloterapia propicia um meio ideal para o desenvolvimento de bactérias patogênicas e contaminação cruzada;
- * Caso não seja possível fazer a desinfecção imediata, mantê-los em recipiente exclusivo, fechado e identificado como “**Contaminado**”;
- * A extensão deverá ficar um período para aeração até secagem e armazenados em recipiente plástico, tampados e identificado como “**Desinfetado**”.
- * A circulação desnecessária de acompanhantes na sala deve ser evitada.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL

Material:

1. Bandeja
2. Cateter nasal (nº 6 a 8)
3. Umidificador
4. Extensão de borracha estéril (1,5 m)
5. Fluxômetro de Oxigênio (verde)
6. Gazes umedecidas com soro fisiológico 0,9%
7. Micropore
8. Água destilada
9. Luvas de procedimento

Descrição do Procedimento:

1. Ler a prescrição médica.
2. Lavar as mãos.
3. Reunir o material.
4. Colocar água destilada no frasco do umidificador até o nível indicado.
5. Orientar o cliente.
6. Elevar a cabeceira da cama ou maca.
7. Conectar o umidificador à rede de oxigênio através do fluxômetro.
8. Conectar a extensão de borracha ao umidificador, mantendo a outra extremidade protegida.
9. Calçar as luvas.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

10. Limpar as narinas do cliente com gaze umedecida em soro fisiológico 0,9%.
11. Medir externamente a distância entre a ponta do nariz e o lóbulo da orelha e demarcar a medida com micropore.
12. Introduzir o cateter aproximadamente de 03 a 04 cm na narina.
13. Fixar o cateter no nariz com esparadrapo.
14. Conectar o cateter nasal à extensão de borracha.
15. Regular o fluxômetro na quantidade de oxigênio de acordo com a prescrição médica.
16. Recolher o material e deixar o cliente confortável.
17. Lavar as mãos.
18. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
19. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

OBSERVAÇÃO:

1. Observar para que o cateter não se obstrua com secreção.
2. **Trocar** o cateter diariamente.
3. Administrar o oxigênio sempre umidificado.
4. Manter o nível da água no frasco umidificador.
5. **Trocar** a água diariamente (nunca completar com água destilada o frasco do umidificador).
6. O frasco do umidificador, ao ser instalado, deve conter a identificação: data, hora, nome do funcionário e nº do COREN.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Executor: Enfermeiro

Definição: É a introdução de um cateter estéril através da uretra até a bexiga.

Objetivos: Esvaziar a bexiga do cliente com retenção urinária;
Controlar o volume urinário;
Promover drenagem urinária do cliente com incontinência urinária;
Auxiliar no diagnóstico das lesões traumáticas do trato urinário.

Responsável: Enfermeiro.

Material Necessário:

1. Pacote de gaze.
2. Cuba rim.
3. Pinça Pean ou similar.
4. Sonda vesical número 10 ou 14.
5. Seringa de 10 ml.
6. Água destilada.
7. Agulha 30x8.
8. Esparadrapo/micropore.
9. Bolsa coletora sistema fechado.
10. Luvas de procedimento para realizar a limpeza do órgão genital.
11. Luvas estéreis para realizar o cateterismo.
12. Biombo s\n.
13. Frasco de PVPI Tópico e Soro Fisiológico.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

14. Seringa de 20ml para antissepsia.
15. Geleia anestésica.
16. Frasco coletor de urina s/n.
17. Saco plástico de lixo.
18. Lençol descartável.

Descrição do Procedimento:

1 - Feminino:

1. Lavar as mãos;
2. Separar o material e levar até a sala de procedimento;
3. Orientar a cliente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
4. Preparar o ambiente favorável a privacidade da cliente;
5. Colocar o cliente em posição de litotomia, expondo apenas os genitais;
6. Realizar higiene íntima no cliente, conforme técnica padronizada;
7. Abrir o pacote de cateterismo vesical entre as pernas da cliente, em posição diagonal, com a ponta próxima a região glútea;
8. Dispor o saco de lixo próximo a cama do cliente;
9. Abrir e colocar sobre o campo: agulha, seringa, sonda vesical e gazes;
10. Colocar a solução antisséptica na cubra rim;
11. Abrir a embalagem do coletor e posicionar a ponta da extensão sobre o campo;
12. Fixar a extensão na borda do campo com a presilha e a bolsa coletora na lateral da cama;
13. Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa auxiliar;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

14. Abrir a geleia anestésica com o auxílio da agulha 40x12, nunca com a tampa (risco de contaminação do medicamento);
15. Colocar a geleia anestésica na gaze;
16. Calçar as luvas estéreis;
17. Aspirar água destilada com o auxílio de um técnico e/ou auxiliar de enfermagem;
18. Testar o balão, introduzindo quantidade de água recomendada pelo fabricante;
19. Conectar a sonda na extensão do coletor;
20. Lubrificar a sonda com a geleia anestésica;
21. Fazer antisepsia da vulva e meato uretral, com PVPI tópico, utilizando gaze, uma para cada região, desprezando-as na sequência: começar pelo meato uretral, fazendo a antisepsia com movimentos em sentido único, a seguir, afastar os grandes e pequenos lábios direito e esquerdo, de cima para baixo;
22. Expor o vestíbulo vaginal separando os pequenos lábios com o dedo indicador e o polegar;
23. Inserir a sonda aproximadamente 10 cm, até visualizar o refluxo da urina;
24. Insuflar o balão com a quantidade de água indicada;
25. Tracionar a sonda com movimentos delicados até encontrar resistência;
26. Fixar a sonda na coxa com fita adesiva, sem tracionar;
27. Deixar a cliente em posição confortável;
28. Recolher o material e organizar a sala;
29. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado;
30. Lavar as mãos;
31. Anotar o procedimento no prontuário e/ou receituário da cliente;
32. Anotar o procedimento na produção diária da UBS.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

1. Masculino

1. Lavar as mãos;
2. Separar o material e levar até a sala de procedimento;
3. Orientar a cliente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
4. Preparar o ambiente favorável a privacidade da cliente;
5. Colocar o cliente em posição de litotomia, expondo apenas os genitais;
6. Realizar higiene íntima no cliente, conforme técnica padronizada;
7. Abrir o pacote de cateterismo vesical entre as pernas da cliente, em posição diagonal, com a ponta próxima a região glútea;
8. Dispor o saco de lixo próximo a cama do cliente;
9. Abrir e colocar sobre o campo: agulha, seringa, sonda vesical e gazes;
10. Colocar a solução antisséptica na cubra rim;
11. Abrir a embalagem do coletor e posicionar a ponta da extensão sobre o campo;
12. Fixar a extensão na borda do campo com a presilha e a bolsa coletora na lateral da cama;
13. Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa auxiliar;
14. Abrir a geleia anestésica com o auxílio da agulha 40x12, nunca com a tampa (risco de contaminação do medicamento);
15. Colocar a geleia anestésica na seringa de 10 ml;
16. Calçar as luvas estéreis;
17. Aspirar água destilada com o auxílio de um técnico e/ou auxiliar de enfermagem;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

18. Testar o balão, introduzindo quantidade de água recomendada pelo fabricante;
19. Conectar a sonda na extensão do coletor;
20. Lubrificar a sonda com a geleia anestésica;
21. Segurar o pênis perpendicular ao corpo, retraindo o prepúcio;
22. Fazer antisepsia do meato uretral, glândula e prepúcio, utilizando gaze para cada região;
23. Introduzir a geleia anestésica no meato uretral, pressionando sua extremidade contra o bico da seringa para evitar refluxo;
24. Inserir a sonda até a bifurcação, cerca de 15 a 20 cm, com movimentos para baixo, enquanto segura o pênis elevado perpendicularmente;
25. Abaixar o pênis lentamente para facilitar a passagem na região da uretra bulbar;
26. Insuflar o balão, conforme indicação do fabricante;
27. Tracionar a sonda até encontrar resistência;
28. Reposicionar o prepúcio para evitar edema de glândula;
29. Fixar a sonda com fita na região supra púbica ou inguinal, sem tracionar;
30. Recolher o material e desprezar no saco de lixo;
31. Organizar a sala de procedimento;
32. Retirar as luvas e desprezá-las em recipiente adequado;
33. Lavar as mãos;
34. Anotar o procedimento no prontuário e/ou receituário do cliente.

a) Cateterismo vesical de alívio:



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

1. Proceder a mesma técnica da sondagem vesical de demora feminina e masculina utilizando a sonda de Nelaton no lugar da de Foley;
2. Utilizar a cuba rim para recolher a urina drenada;
3. Retirar a sonda ao término da drenagem;
4. Medir e desprezar o débito urinário s/n;
5. Anotar o procedimento no prontuário e/ou receituário do cliente;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É a introdução de um cateter estéril através da uretra até a bexiga.

Objetivos:

- * Esvaziar a bexiga do cliente com retenção urinária;
- * Controlar o volume urinário;
- * Promover drenagem urinária do cliente com incontinência urinária;
- * Auxiliar no diagnóstico das lesões traumáticas do trato urinário.

Responsável: Enfermeiro.

Material Necessário:

1. Luvas estéreis.
2. Sonda uretral estéril descartável.
3. PVPI tópico.
4. Compressas de gaze estéril.
5. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).
6. Campo fenestrado.
7. Lençol.
8. Frasco para coleta de urina se necessário.
9. Lidocaína gel.

Descrição do Procedimento:

Paciente do sexo feminino

1. Posicionar a paciente confortavelmente.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

2. Lavar as mãos.
3. Calçar as luvas;
4. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.
5. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados.
6. Calçar as luvas estéreis.
7. Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado; mantendo-os afastados até que o cateterismo termine.
8. Realizar antisepsia da região perineal com PVPI tópico e gaze estéril com movimentos únicos.
9. Evitar contaminar a superfície da sonda.
10. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.
11. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
12. Secar a área, tornar o paciente confortável.

Paciente do sexo masculino

1. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
2. Realizar a assepsia com PVPI tópico e gaze estéril em movimentos únicos da base do pênis até o púbis, e após da base do pênis até raiz da coxa, bilateralmente. Após, da glândula até a base, e por último em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.
3. Usar as luvas estéreis, introduzir a sonda dentro da uretra até que a urina flua.
4. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.
5. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
6. Secar a área, tornar o paciente confortável.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

7. Lavar as mãos.
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
9. Manter ambiente de trabalho em ordem.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

CATETERISMO SUPRAPÚBICO

Executor: Enfermeiro

Definição: O cateter supra púbico ou cisto cateter é um cateter inserido na bexiga via abdominal, sob anestesia. A cistocaterização supra púbica é um método simples, pouco invasivo e seguro, bem tolerado e de fácil manutenção.

Objetivos: Retenção urinária aguda completa se, associada a:

- Prostatite;
- estenose uretral
- uretrorragia
- tentativa não conseguida de cateterização uretral
- fratura da bacia

Disfunção vesical neurogénica:

- central;
- periférica - traumatismo ou pós-cirúrgicas

Traumatismo da uretra anterior:

- penetrantes, iatrogénicos, violência externa, auto introdução de corpos estranho na uretra, contusão, ruptura

Traumatismo da uretra posterior:

- fechados - acidentes de viação;
- abertos - arma de fogo;
- cirurgia do reto inferior

Procedimentos endoscópicos

Queimadura grave do períneo.

Responsável:Enfermeiro.

Material Necessário:

1. Bandeja.
2. Campo fenestrado.
3. Dois pacotes de gazes estéreis ou mais S/N
4. Uma Seringa de 20 ml.
5. Dois Cateter vesical compatível com a idade e indicação.
6. Água destilada.
7. Sistema de drenagem fechado estéril.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

8. Lubrificante (xilocaína gel 2%) estéril.
9. Uma Agulha 40X12 mm.
10. Antisséptico (PVPI tópico ou Clorexidina).
11. Luva estéril.
12. Esparadrapo.
13. Impermeável S/N.
14. Luvas de procedimento.
15. Biombo.
16. Forro.

Descrição do Procedimento:

1. Verificar a prescrição do procedimento.
2. Providenciar o material necessário.
3. Preparar o cliente, orientar sobre o procedimento.
4. Preparar o ambiente (fechar janelas, portas e proteger com o biombo, individualizando o leito).
5. Lavar as mãos.
6. Calçar as luvas de procedimento.
7. Posicionar o cliente em posição DDH(Decúbito Dorsal Horizontal).
8. Colocar impermeável se necessário.
9. Retirar cateterismo e jogar no lixo.
10. Retirar as luvas de procedimento.
11. Lavar as mãos.
12. Dispor sobre o campo fenestrado os materiais estéreis (coletor sistema fechado, gazes, seringa, agulha).
13. Dispor sobre a gaze a solução lubrificante (xilocaína).



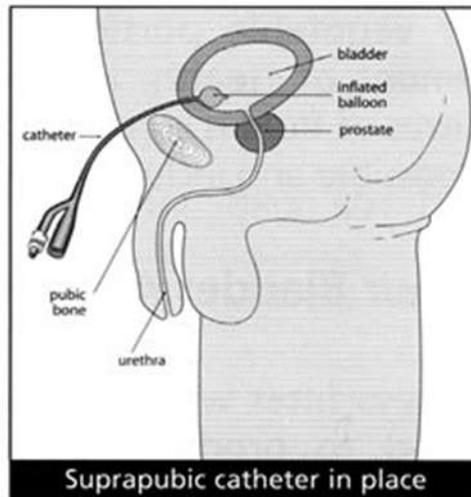
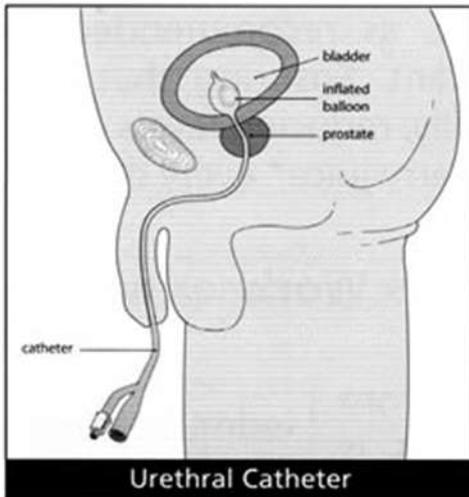
MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

14. Calçar as luvas (estéril).
15. Montar a seringa com a agulha, solicitar ajuda de um colega e aspirar a água destilada (com volume conforme o fabricante do cateter), posicionar os materiais.
16. Testar o balão, insuflar com a seringa e água destilada, após aspirar de retorno na seringa a água destilada.
17. Adaptar o cateter ao coletor sistema fechado e fechar as presilhas de drenagem da bolsa coletora.
18. Realizar a antisepsia da região da cistotomia, fazendo a antisepsia da até a parte pubiana.
19. Lubrificar a gaze com anestésico sobre o cateter.
20. Introduzir o cateter lentamente até **Y**.
21. Constatar a saída da urina e injetar água destilada para insuflar o balão (volume conforme indicação do fabricante).
22. Testar se o cateter está fixo, puxar o cateter delicadamente, até apresentar resistência.
23. Fixar com tira de esparadrapo a extensão do coletor em região interna da coxa do cliente, sem tracionar, posicionar a bolsa coletora adequadamente.
24. Retirar os materiais utilizados, deixando o cliente confortável.
25. Retirar as luvas.
26. Encaminhar o material para o expurgo.
27. Lavar as mãos.
28. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
29. Manter o ambiente limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

OBS: QUADRO COMPARATIVO DE CATETERISMO VESICAL E SUPRAPÚBICO





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Verificar os níveis pressóricos.

Objetivos: Detectar, acompanhar e controlar os níveis pressóricos para prevenção das doenças cardiovasculares.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Esfigmomanômetro
2. Estetoscópio
3. Material para anotação
4. Álcool a 70%
5. Bola de algodão

Descrição do Procedimento:

1. Recepcionar o cliente, orientando a descansar por aproximadamente 5 (cinco) minutos;
2. Explicar o procedimento ao cliente, orientar que evite falar;
3. Certificar-se de que o cliente está com a bexiga vazia, não praticou exercícios físicos há 60- 90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes e não está com as pernas cruzadas;
4. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial.;
5. Manter o braço do cliente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente estendido;
6. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

7. Palpar o pulso radial e insuflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinsuflar rapidamente e aguardar um minuto antes de insuflar novamente;
8. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa cubital, evitando compressão excessiva;
9. Insuflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder à deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente;
10. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica/zero;
11. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólicas, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida;
12. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas;
13. O cliente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial;
14. Seguir o fluxo de acompanhamento do Protocolo SMS;
15. Realizar a limpeza do diafragma do estetoscópio com álcool a 70%;
16. Anotar no prontuário e/ou controle do cliente;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

VERIFICAÇÃO DA RESPIRAÇÃO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Verificar através da visão o padrão respiratório do paciente.

Objetivo: Avaliar se o paciente se encontra com desconforto respiratório.

Responsável: Enfermeiro

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Deitar o cliente ou sentá-lo com apoio dos pés.
3. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax, os movimentos (inspiração e expiração) somam um movimento respiratório.
4. Colocar a mão no pulso do cliente a fim de disfarçar a observação.
5. Contar os movimentos respiratórios durante um minuto.
6. Lavar as mãos.
7. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

OBSERVAÇÃO:

- Orientar o cliente para que não fale durante a verificação.
- Após esforço do cliente, **não** contar a respiração.

PARÂMETROS DE NORMALIDADE:

- Adulto: 16 a 20 rpm
- Criança: 20 a 25 rpm
- Lactente: 30 a 40 rpm



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição:

Contém orientações para coleta de materiais biológicos através dos procedimentos e técnicas adequadas, constituindo uma fonte de consulta aos seus usuários

Objetivos:

É padronizar os procedimentos de coleta de material biológico, visando à qualidade no processo analítico e a segurança do cliente.

Responsável:

Enfermeiro

I. FASE PRÉ-ANALÍTICA

1. A fase pré-analítica é fundamental para que os exames laboratoriais apresentem um resultado tecnicamente correto.
2. Cada tipo de amostra deve ser coletada em um recipiente específico para cada tipo de análise, sendo de extrema importância conhecer estes recipientes para a realização de uma coleta de material biológico.
3. Garroteamento: fazer tensão apenas o suficiente para comprimir a veia, por no máximo 1 minuto.
4. Antissepsia: esperar a evaporação do antisséptico(não assoprar).
5. Transferência: escorrer lenta e cuidadosamente o sangue pela parede do tubo, quando em coleta com seringa.
6. Homogeneização: inverter, completamente e suavemente, o tubo com o anticoagulante ou gel separador, por 5 e 8 vezes. **NÃO AGITAR.**

II. MATERIAL E COLETA PARA SANGUE

1. Os tubos variam de tamanho e podem ou não conter aditivos que previnem a coagulação ou preservam algum componente do sangue a ser analisado. Por esse motivo, é importante **obedecer à marca indicativa do nível adequado para cada tubo.**
2. Os aditivos podem estar na forma líquida ou pó.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

3. Tubos com volume insuficiente ou com excesso de sangue alteram a proporção correta de sangue/aditivo e podem gerar resultados incorretos.

III. SEQUÊNCIA PARA COLETA DE TUBOS

1. Quando há necessidade de coletar várias amostras de um mesmo cliente, durante uma mesma venopunção, é necessário obedecer a uma seqüência de tubos durante a coleta para que não haja contaminação dos aditivos de um tubo para outro, o que ocasiona grandes alterações em alguns parâmetros analíticos.

2. TUBOS DE PLÁSTICOS:

- Frasco de hemocultura (quando houver);
- Tubo de tampa **AZUL**
- Tubo de tampa **VERMELHA** ou **AMARELA**
- Tubo de tampa **VERDE**
- Tubo de tampa **ROXA**
- Tubo de tampa **CINZA**





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

IV. CUIDADOS PARA UMA PUNÇÃO BEM SUCEDIDA

1. O ideal é que o paciente seja punccionado uma única vez, proporcionando assim conforto e segurança ao paciente;
2. Para se obter uma punção de sucesso, vários fatores devem ser observados, antes de iniciar o procedimento:
 - Após observar o acesso venoso do cliente, escolher materiais compatíveis para a punção;
 - Sempre punccionar a veia do cliente com o bisel voltado para cima;
 - Respeitar a proporção sangue/aditivo no tubo;
 - Introduzir a agulha mais ou menos 1 cm no braço do cliente;
 - Respeitar a angulação de 30º graus (ângulo oblíquo) em relação ao braço do cliente;

OBS: figura 1e figura 2



Figura 1 – ângulo para punção venosa periférica

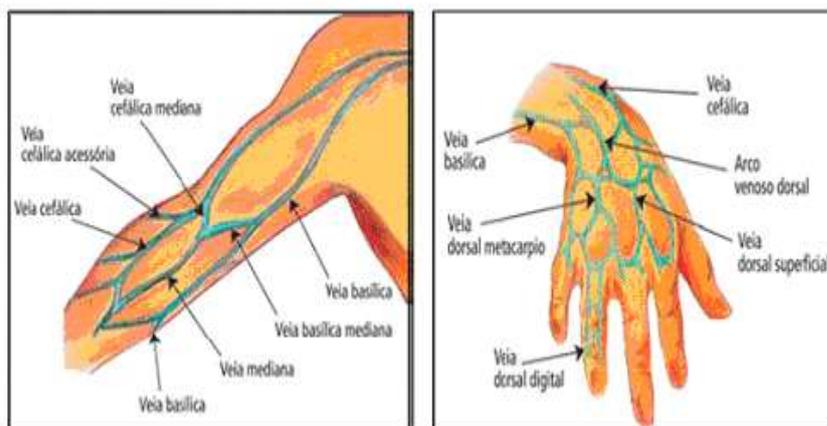


Figura 2 – apresentação de veia para punção venosa



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

TÉCNICA DE PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

Executor: Equipe de Enfermagem

I. Preparo do local da punção

1. São técnicas utilizadas para o preparo do local da punção venosa:
 - Garrotear o membro 8 cm acima do local a ser puncionado, manter esse garroteamento por 1 minuto para evitar hemoconcentração;
 - Realizar palpação (não realizar tapinhas na veia);
 - Aplicação de calor se necessário.

II. Técnicas para visualização da veia

1. Pedir ao cliente para abaixar o braço e fechar a mão (com isso irá provocar uma contração da musculatura), facilitando assim a localização da veia;
2. Fixar a veia com os dedos nos casos de flacidez;
3. Realizar a palpação da veia do cliente cuidadosamente, sem aplicação de ‘tapinhas’ no braço;

III. Locais de escolha para a punção venosa

1. O melhor local para a punção venosa é no braço na região da fossa antecubital (anterior ao cotovelo) onde encontramos a veia mediana que possui boa visualização e bom fluxo venoso;
2. As demais veias do braço (basílica e cefálica) bem como as das regiões das mãos e dos pés podem ser puncionadas, tomando um cuidado especial durante a coleta, pois as mesmas são mais susceptíveis à formação de hematoma.

IV. Locais de devem ser evitados para a punção venosa

1. Áreas com terapia de hidratação intravenosa, cicatrizes ou queimaduras;
2. Membro próximo à mastectomia, cateterismo, fístula ou qualquer procedimento cirúrgico;
3. Veias previamente trombosadas (intumescidas).



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

- V. Procedimento de coleta de sangue em sistema fechado**
1. Informar o cliente sobre o procedimento a ser realizado;
 2. Posicionar o braço do cliente no suporte inclinado para baixo;
 3. Garrotear o braço/antebraço do cliente;
 4. Selecionar a veia a ser puncionada e soltar o garrote;
 5. Preparar o material adequado para a punção: agulha múltipla 21 ou 22G dependendo do calibre da veia analisada previamente, holder e tubos;
 6. Abrir a agulha na frente do cliente informando que a mesma é descartável;
 7. Conectar a mesma no holder;
 8. Lavar as mãos;
 9. Calçar as luvas de procedimento;
 10. Garrotear novamente o membro escolhido;
 11. Fazer anti-sepsia no local da punção com o uso de algodão embebido no álcool a 70%, através de movimentos unidirecionais (do centro para fora);
 12. Deixar secar a umidade do álcool (cerca de 2 minutos);
 13. Retirar a proteção da agulha múltipla;
 14. Puncionar a veia;
 15. Penetrar a agulha na pele com o bisel voltado para cima, num ângulo de 30º graus;
 16. Firmar com uma das mãos o holder, impedindo que a agulha se movimente;
 17. Inserir o primeiro tubo para coleta (respeitando a ordem dos tubos) a vácuo e soltar o garrote preferencialmente no momento em que o sangue flui no tubo;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

18. Observar o limite do volume de sangue especificado em cada tubo pelo fabricante obedecendo à proporção anticoagulante e sangue;
19. Homogeneizar os tubos cerca de 5 a 8 vezes por inversão completa (recomenda-se não agitar);
20. Retirar a agulha da veia;
21. Solicitar ao cliente que comprima com algodão limpo e seco, o local da punção por 1 a 2 minutos;
22. Colocar o curativo adesivo;
23. Pedir ao cliente que mantenha a compressão por 3 a 5 minutos evitando dobrar o antebraço neste período. Caso a punção seja na mão, pedir ao cliente para erguê-la levemente por 5 minutos;
24. Recomendar ao cliente para não carregar peso ou bolsa com o membro cuja veia foi puncionada por no mínimo 1 hora;
25. Identificar todos os tubos;
26. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-la em recipiente adequado;
27. Anotar procedimento na produção diária da UBS.

VI. Procedimento de coleta de sangue em sistema aberto

1. Informar o cliente sobre o procedimento a ser realizado;
2. Posicionar o braço do cliente no suporte inclinado para baixo;
3. Garrotear o braço/antebraço do cliente;
4. Selecionar a veia a ser puncionada e soltar o garrote;
5. Preparar o material adequado para a punção: seringa, agulha hipodérmica (21 ou 22G) ou scalp (21 ou 23G), dependendo do calibre da veia analisada previamente;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

6. Abrir os materiais na frente do cliente informando que os mesmos são descartáveis.
7. Conectar a agulha ou scalp na seringa;
8. Lavar as mãos;
9. Calçar as luvas de procedimento;
10. Garrotear novamente o membro escolhido;
11. Fazer anti-sepsia no local da punção com o uso de algodão embebido no álcool a 70%, através de movimentos unidirecionais (do centro para fora);
12. Deixar secar a umidade do álcool (cerca de 2 minutos);
13. Retirar a proteção da agulha ou scalp;
14. Puncionar a veia;
15. Penetrar a agulha na pele com o bisel voltado para cima, num ângulo de 30º graus;
16. Soltar o garrote no momento em que o sangue entrar na seringa;
17. Aspirar devagar o volume de sangue necessário de acordo com a quantidade de sangue solicitada para cada tubo;
18. Retirar a agulha;
19. Solicitar ao cliente que comprima com algodão limpo e seco o local da punção por 1 a 2 minutos;
20. Desconectar a agulha ou scalp da seringa utilizando o adaptador do descarte de pérfuro-cortante;
21. Abrir a tampa do tubo e transferir o sangue lentamente deixando que o mesmo escorra pela parede do tubo a fim de evitar hemólise;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

22. Seguir a sequência padronizada para a coleta de sangue e transferir com cuidado observando o limite do volume de sangue especificado em cada tubo;
23. Tampar os tubos com suas respectivas tampas;
24. Homogeneizar os tubos cerca de 5 a 8 vezes por inversão completa (nunca agitando o tubo);
25. Colocar o curativo adesivo;
26. Pedir ao cliente que mantenha a compressão por 3 a 5 minutos evitando dobrar o antebraço neste período. Caso a punção seja na mão, pedir ao cliente para erguê-la levemente por 5 minutos;
27. Recomendar ao cliente para não carregar peso ou bolsa com o membro cuja veia foi puncionada por no mínimo 1 hora;
28. Identificar todos os tubos;
29. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-la em recipiente adequado;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

COLETA DE URINA TIPO 1

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição:

É o procedimento que tem por finalidade colher a urina para análise.

Objetivo:

Identificar possível infecção urinária.

Responsável:

Enfermeiro

Material Necessário:

1. Frasco limpo.
2. Luvas de procedimentos.
3. Etiqueta de identificação.

Descrição do Procedimento:

1. Recepcionar o cliente e checar o pedido médico;
2. Encaminhar o cliente ao banheiro;
3. Orientar o cliente a desprezar o primeiro jato de urina e colher após o segundo jato no frasco de exame;
4. Aproximar o frasco coletor do orifício uretral (não encostar);
5. Lavar as mãos;
6. Calçar as luvas de procedimento;
7. Identificar o frasco;
8. Armazenar o frasco em local adequado;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

COLETA DE URINA PARA UROCULTURA

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição:

É o procedimento que tem por finalidade colher a urina para análise em recipiente estéril.

Objetivo:

Identificar possível infecção urinária.

Responsável:

Enfermeiro

Material Necessário:

1. Frasco de urina tampa vermelha (estéril)
2. Luvas e procedimentos;
3. Identificação do material;
4. Gaze estéril
5. Solução antisséptica para higienização (clorexidinedegermante 0,2%)

Descrição do Procedimento:

Mulheres

1. Recolher o material a ser usado;
2. Encaminhar a cliente até uma sala de coleta;
3. Orientar sobre o procedimento;
4. Mostrar o material a ser utilizado;
5. Orientar a cliente que ela deve ir até o banheiro;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

6. Orientar que a cliente deverá higienizar as mãos com água e sabão antes de realizar o procedimento;
7. Deve sentar-se no vaso sanitário, afastar as pernas o máximo possível e iniciar a higiene da região genital com gaze e clorexidinedegermante 0,2% ou com água e sabão neutro;
8. Orientar a realizar a higiene da parte externa (grandes lábios), com movimentos únicos sempre de frente para trás;
9. Orientar a separar os grandes lábios e realizar a higiene do orifício uretral, realizando movimentos únicos sempre de frente para trás;
10. Orientar a abrir o coletor de urina (tampa vermelha), segurar o copo coletor somente pela parte externa (não colocar a mão dentro do copo);
11. Orientar a iniciar a micção desprezando o primeiro jato da urina no vaso;
12. Orientar a aproximar o frasco coletor do orifício uretral (não encostar) e coletor o jato médio;
13. Orientar a tampar o frasco e levar até a sala de coleta;
14. Lavar as mãos;
15. Calçar as luvas de procedimentos;
16. Receber e identificar o frasco;
17. Acondicionar o frasco de urina em recipiente adequado;

Descrição do Procedimento:

Homem

1. Recolher o material a ser usado;
2. Encaminhar o cliente até uma sala de coleta;
3. Orientar sobre o procedimento;
4. Mostrar o material a ser utilizado;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

5. Orientar o cliente que ela deve ir até o banheiro;
6. Orientar que o cliente deverá higienizar as mãos com água e sabão antes de realizar o procedimento;
7. Orientar a fazer higiene da glândula, retraindo o prepúcio, com gaze e clorexidina degermante 0,2% ou com água e sabão neutro;
8. Orientar a abrir o coletor de urina (frasco tampa vermelha), segurar o copo coletor somente pela parte externa (não colocar a mão dentro do copo);
9. Orientar a aproximar o frasco coletor do orifício uretral (não encostar) e coletar o jato médio;
10. Orientar a tampar bem o frasco e levar até a sala de coleta;
11. Lavar as mãos;
12. Calçar as luvas de procedimentos;
13. Receber e identificar o frasco;
14. Acondicionar o frasco de urina em recipiente adequado;

Descrição do Procedimento:

Criança do sexo feminino

1. Orientar os pais e/ou responsáveis quanto a coleta do material;
2. Lavar as mãos;
3. Calçar as luvas de procedimentos;
4. Solicitar a mãe e/ou responsável que ajude na contenção da criança, segurando-lhe as pernas flexionadas e expondo a região genital;
5. Fazer a antisepsia da região genital com gaze e clorexidina degermante 0,2% ou com água e sabão neutro, iniciando pelos grandes lábios, pequenos lábios, meato uretral, intróito vaginal a ânus. Cada região utilizar uma gaze.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

6. Sempre proceder a higiene num sentido único, da frente para trás. Realizar quantas vezes for necessário;
7. Adaptar o coletor na região genital;
8. Verificar se não ficou algum pertuito entre o adesivo e a pele, por onde possa vaziar a urina. (escolher coletor feminino);
9. Retirar e desprezar as luvas de procedimento em recipiente adequado;
10. Orientar a mãe que movimentos excessivos da criança podem descolar o coletor, ocasionando o vazamento da urina;
11. Aguardar a criança fazer a micção;
12. Calçar as luvas e após a coleta, armazenar o coletor com a urina dentro de um frasco de tampa vermelha;
13. Identificar o saco coletor e o frasco de tampa vermelha com a etiqueta;
14. Anotar na produção diária da UBS.

Descrição do Procedimento:

Criança do sexo Masculino

1. Orientar os pais e/ou responsáveis quanto a coleta do material;
2. Lavar as mãos;
3. Calçar as luvas de procedimentos;
4. Solicitar a mãe e/ou responsável que ajude na contenção da criança, segurando-lhe as pernas flexionadas e expondo a região genital;
5. Fazer a antissepsia da região genital com gaze e clorexidinedegermante 0,2% ou com água e sabão neutro;
6. A higiene deve ser rigorosa;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

7. Puxar o prepúcio para trás e realizar a higienização da glândula, voltar com o prepúcio no lugar e fazer anti-sepsia do pênis e bolsa escrotal;
8. Colocar o coletor e verificar (masculino) se ficou bem adaptado;
9. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado;
10. Orientar a mãe que movimentos excessivos da criança podem descolar o coletor, ocasionando o vazamento da urina;
11. Não esquecer que na presença de fimose, incluir esta observação no pedido médico;
12. Calçar as luvas ao recolher o coletor e colocar no frasco de tampa vermelha;
13. Identificar o saco coletor e o frasco com tampa vermelha;

OBS:

- Em todas as crianças de 0 a 12 anos do sexo feminino e masculino, o próprio profissional da coleta deve realizar a anti-sepsia prévia;
- Caso a criança evacue durante a coleta da urina a amostra deve ser desprezada, devendo iniciar todo o processo de anti-sepsia novamente;

Descrição do Procedimento:

Coleta de Urina em Sonda

1. Orientar o cliente quanto o procedimento;
2. Lavar as mãos;
3. Calçar as luvas de procedimentos;
4. Pinçar a cânula do coletor e realizar a desinfecção com álcool 70%;
5. Com agulha e seringa estéreis puncionar a cânula e aspirar até 10 ml de urina;
6. Transferir a amostra para um frasco coletor de tampa vermelha, com cuidado para não contaminar o recipiente e/ou amostra;
7. Identificar como paciente sondado;
8. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

COLETA DE URINA 24 HORAS

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o procedimento que tem por finalidade colher a urina de 24 horas.

Objetivo: Identificar possível infecção urinária.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Garrafa de água mineral.
2. Luvas de procedimentos.
3. Etiqueta de identificação.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas de procedimentos;
3. Checar o pedido médico;
4. Receber as garrafas com a urina;
5. Identificar as garrafas;
6. Verificar se o pedido médico inclui Clearance de Creatinina;
7. Colher o sangue em tubo de tampa amarela e enviar junto com a amostra de urina;
8. Anotar o procedimento na produção diária da UBS.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

COLETA DE FEZES (PPF)

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição:

É o procedimento que tem por finalidade colher amostra de fezes.

Objetivo:

Identificar possível contaminação.

Responsável:

Enfermeiro

Material Necessário:

1. Luvas de procedimentos.
2. Etiqueta de identificação.
3. Frasco coletor com conservante (não estéril).

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas de procedimentos;
3. A amostra pode ser obtida de qualquer evacuação;
4. Orientar a mãe e/ou responsável para coletar a amostra em local limpo e seco;
5. Identificar o frasco;
6. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

COLETA DE FEZES(COPROCOLÓGICO)

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição:

É o procedimento que tem por finalidade colher amostra de fezes.

Objetivo:

Identificar possível contaminação.

Responsável:

Enfermeiro

Material Necessário:

1. Luvas de procedimentos.
2. Etiqueta de identificação.
3. Frasco coletor com conservante (estéril)

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas de procedimentos;
3. A amostra tem que ser colhida no 4º dia, após a realização de três dias de dieta;
4. Orientar a mãe e/ou responsável para coletar a amostra em local limpo e seco;
5. Identificar o frasco estéril;
6. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

COLETA DE FEZES(GORDURA FECAL)

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição:

É o procedimento que tem por finalidade colher amostra de fezes.

Objetivo:

Identificar possível contaminação.

Responsável:

Enfermeiro

Material Necessário:

1. Luvas de procedimentos.
2. Etiqueta de identificação.
3. Frasco coletor com conservante (estéril)

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas de procedimentos;
3. A amostra tem que ser colhida no primeiro dia após a realização de três dias de dieta;
4. Orientar a mãe e/ou responsável para coletar a amostra em local limpo e seco;
5. Identificar o frasco estéril;
6. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

COLETA DE FEZES (SANGUE OCULTO)

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição:

É o procedimento que tem por finalidade colher amostra de fezes.

Objetivo:

Identificar possível contaminação.

Responsável:

Enfermeiro

Material Necessário:

4. Luvas de procedimentos.
5. Etiqueta de identificação.
6. Frasco coletor com conservante (estéril)

Descrição do Procedimento:

7. Lavar as mãos;
8. Calçar as luvas de procedimentos;
9. A amostra tem que ser colhida no 4º dia após a realização de três dias de dieta;
10. Orientar a mãe e/ou responsável para coletar a amostra em local limpo e seco;
11. Identificar o frasco estéril;
12. Retirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

COLETA DE ESCARRO (PESQUISA DE BK)

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição:

É o procedimento que tem por finalidade colher amostra de escarro.

Objetivo:

Identificar possível contaminação pelo Mycobacterium tuberculosis.

Responsável:

Enfermeiro

Material Necessário:

1. Luvas de procedimentos.
2. Etiqueta de identificação.
3. Frasco coletor tampa vermelha (estéril)

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas de procedimentos;
3. Identificar o frasco do cliente anotando qual é a amostra;
4. Manter a amostra dentro caixa de isopor com gelox (fora da luz do sol);
5. Encaminhar a amostra junto com a coleta geral;
6. Tirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

COLETA DE CULTURA DE SECREÇÃO (FERIDA)

Executor: Enfermeiro

Definição:

É o procedimento que tem por finalidade colher exsudato da ferida.

Objetivo:

Identificar possível contaminação.

Responsável:

Enfermeiro

Material Necessário:

4. Luvas de procedimentos.
5. Etiqueta de identificação.
6. Swab.
7. Tubo para transporte Stuart;

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas de procedimentos;
3. Proceder a limpeza com soro fisiológico estéril;
4. Colher o material com swab e emergir no gel de transporte (Stuart);
5. A escarificação das bordas após antissepsia pode produzir material seroso que é adequado para a cultura;
6. Retirar as luvas de procedimentos desprezá-las em recipiente adequado;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

CURATIVO DE FERIDA

Executor: Equipe de Enfermagem (após avaliação e prescrição do enfermeiro)

Definição: É o procedimento que se baseia na limpeza mecânica diária da lesão, diminuindo a concentração de bactérias no local.

Objetivo: Proporcionar o processo de cicatrização da lesão

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Bandeja de inox.
2. 1 pacote de curativo estéril.
3. Luvas de procedimento.
4. Gazes estéreis.
5. Esparadrapo ou micropore.
6. Soro fisiológico a 0,9% (SF 0,9%) morno de 125 ou 250 ml.
7. Agulha 40x12.

Acrescentar se necessário:

1. 1 lâmina de bisturi nº 23 com cabo, estéril.
2. 1 bacia ou cuba estéril.
3. Ataduras de crepe.
4. Chumaço de algodão estéril ou compresso estéril.
5. Luvas estéreis.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos com água e sabão;
2. Reunir o material e levá-lo próximo ao cliente;
3. Calçar as luvas de procedimentos;
4. Explicar o procedimento ao cliente;
5. Garantir a privacidade do cliente;
6. Colocar o cliente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
7. Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
8. Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
9. Abrir a embalagem do SF a 0,9% (morno) e colocá-la sobre o campo estéril;
10. Umedecer o micropore com SF a 0,9% para facilitar a retirada;
11. Perfurar na parte superior do frasco do SF a 0,9% com agulha 40x12;
12. Remover o curativo antigo;
13. Desprezar essas luvas em lixo adequado;
14. Calçar novas luvas;
15. Realizar a limpeza da ferida conforme protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas;
16. Cobrir a ferida com gaze embebida em SF a 0,9% cobrindo todo o leito da ferida (cobertura primária) em quantidade suficiente para manter o leito da ferida úmida ou utilizar uma cobertura apropriada para o tipo de tecido da lesão, conforme o protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas;
17. Ocluir a ferida com gaze estéril, chumaço ou compressa (cobertura secundária) e fixar com esparadrapo, micropore ou atadura de crepe, quando necessário;
18. Retirar as luvas e desprezá-las em recipiente adequado;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

19. Lavar as mãos;
20. Anotar o procedimento no prontuário do cliente;

Observações:

1. Cobertura primária é a que permanece em contato direto com a ferida;
2. Cobertura secundária é a cobertura seca colocada sobre a cobertura primária;
3. A troca do curativo será prescrita de acordo com a avaliação da ferida e o tipo de cobertura utilizada;
4. Proceder à desinfecção da bandeja ou mesa auxiliar após a execução de cada curativo, com álcool a 70%;
5. Após cada curativo, encaminhar o material usado ao expurgo da unidade;
6. O lixo deverá estar próximo do local onde realiza o procedimento para o descarte da sujidade de forma que você não necessite manipulá-la durante o mesmo e não contamine o ambiente no transporte;
7. Consultar o Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas quando da realização de curativos em Feridas Cirúrgicas e Traumáticas.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

PROVA DO LAÇO

Executor: Enfermeiro

Definição:

É o procedimento que serve para auxiliar o médico no diagnóstico de Dengue.

Objetivo:

Auxiliar no diagnóstico de Dengue.

Responsável:

Enfermeiro

Material Necessário:

1. Esfigmomanômetro.
2. Estetoscópio.
3. Relógio
4. Luvas de procedimentos.

Descrição do Procedimento:

1. Recepcionar o cliente;
2. Lavar as mãos;
3. Calçar as luvas de procedimentos;
4. Verificar se o cliente apresenta qualquer tipo de lesão no antebraço e dorso da mão que possa ser confundido com petéquias;
5. Aferir a pressão arterial do cliente e calcular a pressão média do seguinte modo:
 - Pressão média: Pressão Máxima + Pressão Mínima
 - Exemplo: 100 + 70= 85 mmHg



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

6. Insuflar novamente o esfigmomanômetro no braço do cliente até atingir a pressão média do cliente durante 5 minutos, controlando sempre o pulso que deve ser palpável;
7. Orientar ao cliente que pode ocorrer dormência, formigamento e cianose do membro;
8. Após os 5 minutos, retirar o esfigmomanômetro e verificar o aparecimento de petéquias no antebraço do cliente (faço um quadrado imaginário no tamanho de 2,5 cm x 2,5 cm);
9. Faça a contagem dessas petéquias;
10. Anotar no prontuário e/ou ficha médica do cliente;
11. Anotar o procedimento na produção diária da UBS.

OBS:Criança = superior a 10 petéquias (resultado positivo)

Adulto= superior a 20 petéquias (resultado positivo)



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

APLICAÇÃO DE COMPRESSA FRIA

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição:

Orientar a equipe de enfermagem quanto à importância do procedimento.

Objetivo:

Diminuir a irrigação sangüínea local, inflamação, hiperemia, dor e auxiliar na prevenção de edemas.

Responsável:

Enfermeiro

Material Necessário:

1. 01 Pacote de compressas grandes (não esterilizadas),
2. 01 bacia com água fria;
3. 01 par de luva de procedimento;
4. 01 carrinho de banho;
5. 01 toalha;
6. 01 bandeja.

Descrição do Procedimento:

1. Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
2. Lavar as mãos;
3. Calçar as luvas de procedimentos;
4. Preparar o cliente, expondo os locais de aplicação;
5. Embeber as compressas na mistura de água;
6. Retirar o excesso de água da mesma, comprimindo;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

7. Aplicar nas regiões axilar, inguinal, frontal e posterior do pescoço;
8. Trocar as compressas conforme ganho de temperatura;
9. Deixar o cliente confortável e encaminhar ao retorno médico;
10. Recolher o material e manter o ambiente em ordem;
11. Retirar as luvas de procedimento e desprezá-la no lixo apropriado;

OBS: Pré - Execução:

- Observar prescrição médica ou de enfermagem;
- Observar a temperatura da água;
- Preparar material necessário;

Pós Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Checar o horário da aplicação conforme prescrição;
- Supervisionar e avaliar condições clínicas do cliente até o retorno ao médico.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

ENTEROCLISMA

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição:

A lavagem intestinal é um procedimento onde se efetua a limpeza do intestino grosso com o objetivo de promover a retirada de resíduos fecais, os quais são fontes de processos intoxicativos do corpo. Pode ser feita através da sonda retal.

Objetivo:

Eliminar ou evitar a distensão abdominal e flatulência, facilitar a eliminação de fezes, remover sangue nos casos de melena e preparar o paciente para cirurgia, exames e tratamento do trato intestinal.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Bandeja.
2. Cateter retal nº 26 ou 28.
3. Lidocaína gel a 2%.
4. Impermeável.
5. Forro.
6. Solução prescrita.
7. Suporte de soro.
8. Comadre.
9. Cuba-rim.
10. Lubrificante.
11. Equipo macrogotas.
12. Biombo S/N
13. Papel higiênico.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

14. Gazes.
15. Luvas de procedimento.
16. Esparadrapo.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Verificar a solução prescrita.
3. Aquecer o frasco da solução em banho-maria a uma temperatura de 37°C.
4. Reunir o material e marcar de 8 a 10 cm com esparadrapo no cateter.
5. Orientar o cliente.
6. Proteger a cama com o impermeável, colocar o biombo ao redor da cama.
7. Solicitar ao cliente para comunicar qualquer intercorrência como mal-estar, dor ou dispnéia e reter a solução o maior tempo quanto possível.
8. Posicionar o cliente em posição de SIMS e mantê-lo protegido.
9. Conectar o cateter no frasco da solução prescrita.
10. Deixar sair pequena quantidade de solução na cuba-rim para retirar o ar.
11. Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína gel a 2%.
12. Calçar as luvas.
13. Afastar os glúteos com uma das mãos protegida com gaze.
14. Introduzir o cateter no reto suavemente até a marca, cerca de 8 cm, não forçar se encontrar resistência.
15. Infundir o conteúdo lentamente.
16. Observar a reação do cliente.
17. Retirar o cateter e colocar na cuba-rim.
18. Colocar a comadre ou acompanhar o cliente ao banheiro.
19. Observar a eliminação intestinal durante 30 minutos e, após, auxiliar ou proceder à



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

higienização.

20. Remover o material, deixar a unidade em ordem, retirar as luvas.

21. Lavar as mãos.

22. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

23. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

HIGIENIZAÇÃO ORAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Ato de realizar a higiene oral do cliente quando se encontra impossibilitado de realizar sozinho.

Objetivo: Proporcionar a limpeza da cavidade bucal

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Bandeja
2. Creme dental
3. Escova dental e/ou espátula
4. Copo com água
5. Cuba-rim
6. Luvas de procedimento
7. Gaze estéril
8. Papel toalha

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Reunir todo o material.
3. Levar o material no quarto do cliente.
4. Orientar o cliente e/ou familiares sobre o procedimento.
5. Colocar o cliente em posição de Fowler e na impossibilidade, lateralizar a cabeça.
6. Colocar o papel toalha sobre o tórax do cliente.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

7. Calçar as luvas de procedimento.
8. Se o cliente for capaz de realizar sua própria escovação, ofereça-lhe o material e auxilie-o, caso seja necessário.
9. Para realizar a escovação, disponha o creme dental na escova ou espátula envolta com gazes estéril e a água em um copo.
10. Iniciar limpeza na cavidade bucal a partir da gengiva para os dentes em movimentos circulares, depois do palato para os dentes, escovado-o, limpar a face interna das bochechas com movimentos circulares e por último a língua.
11. Colocar a cuba-rim junto à mandíbula do cliente (se necessário, ofereça um canudo para que ele possa esvaziar o conteúdo da boca).
12. Enxaguar os lábios e região perilabial do cliente.
13. Acomodar o cliente no leito.
14. Desprezar as luvas.
15. Lavar as mãos.
16. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
17. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

OBSERVAÇÃO:

- * Verificar se o cliente usa prótese, em caso positivo remover e higienizá-la.
- * A higiene oral deve ser realizada pela manhã, após as refeições e sempre que necessário.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

HIGIENIZAÇÃO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Ato de realizar mecanicamente a higienização da cânula metálica de traqueostomia.

Objetivo: Prevenir infecção e manter a permeabilidade da cânula

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:(Cânula Metálica)

1. Bandeja.
2. Luva estéril.
3. Luva de procedimento.
4. Gazes estéreis.
5. Cuba-rim.
6. Cadastrar para fixação da cânula (60 a 80cm)
7. Espátula (2 unidades) ou escovinha individual para higiene da traqueostomia.
8. Água destilada (250 ml)
9. Solução antisséptica degermante.
10. Solução fisiológica 0,9% (40 ml)
11. Biombo.
12. EPIs: Óculos de proteção, máscara descartável.

Descrição do Procedimento:

1. Separar os materiais;
2. Lavar as mãos;
3. Informar e orientar o cliente sobre o procedimento a ser realizado (estimular o autocuidado de acordo com as possibilidades do cliente).



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

4. Manter o cliente em posição Fowler.
5. Disponibilizar todo o material a ser utilizado, preparando na cuba-rim a água destilada com a solução antisséptica.
6. Calçar as luvas de procedimento, colocar a máscara, óculos de proteção e avental de manga longa.
7. Soltar o cadarço, cuidadosamente para que não desloque a cânula (porém ainda não o retire da cânula).
8. Retirar o curativo sujo.
9. Lavar as mãos para dar continuidade ao procedimento.
10. Calçar as luvas estéreis.
11. Segurar com uma das mãos (dominante) a cânula interna e girar ao encontro da trava de liberação.
12. Retirar a cânula interna colocando na cuba-rim, imersa por alguns minutos em água destilada com solução antisséptica degermante, para facilitar a remoção das crostas e exsudatos aderidos na parede interna da cânula.
13. Enquanto aguarda alguns minutos (cânula em solução de água destilada e antisséptica degermante), iniciar higienização e curativo periestoma, utilizando gazes umedecidas com solução fisiológica 0,9%.
14. Manter a região periestoma seca, colocando gazes dobradas ao meio (não recortá-las) para proteção entre a cânula e a pele do cliente (não é recomendado cortar gazes devido ao risco de penetração de "fios" na cânula e estoma, além da necessidade de utilizar tesoura estéril para evitar contaminação das gazes a serem utilizadas).
15. Retirar cuidadosamente o cadarço de fixação da cânula externa, substituindo-o imediatamente por outro cadarço apropriado (macio) e limpo. Deve-se tomar cuidado para não apertar o cadarço no pescoço do cliente, a fim de evitar lesões de pele e possíveis desconfortos. É importante ainda que seja dado um laço na lateral do pescoço.
16. Prosseguir com a higienização da cânula interna, devendo ser realizada com auxílio de uma escovinha (de uso individual). Caso não se disponha desse material poder-se-á empregar gazes úmidas com água destilada e espátula. O procedimento deverá ser repetido quantas vezes forem necessárias, até que seja observada a remoção das crostas e exsudatos.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

17. Após a remoção das crostas e exsudatos, lavar com água destilada a cânula interna, secando com gaze estéril.
18. Ao finalizar a higienização da cânula interna, recoloque-a no interior da cânula externa, girando em sentido oposto à trava de liberação, garantindo que não saia acidentalmente.
19. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
20. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

CÂNULA DE PLÁSTICO

Material Necessário:

1. Bandeja
2. Luva estéril
3. Luvas de procedimento
4. Gazes estéreis
5. Cuba-rim
6. Cadastrar para fixação da cânula (60 a 80 cm)
7. Água destilada (10 ml)
8. Haste de algodão
9. Solução Fisiológica 0,9%
10. Biombo
11. EPIs: Óculos de proteção, máscara descartável;
12. Forro

Descrição de Procedimento:

1. Separar os materiais.
2. Lavar as mãos.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

3. Informar e orientar o cliente sobre o procedimento a ser realizado (estimular o autocuidado de acordo com as possibilidades do cliente).
4. Manter o cliente em posição Fowler e proteger o tórax com forro.
5. Disponibilizar todo o material a ser utilizado.
6. Calçar as luvas de procedimento, colocar máscara, óculos de proteção e avental de manga longa.
7. Verificar se o balonete está devidamente insuflado ou desinsuflado (de acordo com orientação médica).
8. Soltar o cadarço cuidadosamente para que a cânula seja tracionada acidentalmente.
9. Retirar o curativo sujo.
10. Lavar as mãos para dar continuidade ao procedimento.
11. Calçar as luvas estéreis.
12. Molhar as hastes do algodão na solução fisiológica 0,9% e higienizar a cânula de traqueostomia (extremidade proximal internamente), não permitindo a entrada de sujidade, crostas ou exsudato no interior da cânula, repetir esse procedimento quantas vezes forem necessárias, até observação de uma adequada higiene da cânula.
13. Manter a região periestoma seca. Após higienização e curativo com solução fisiológica 0,9%, colocar gazes dobradas ao meio para proteção entre a cânula e a pele do cliente.
14. Retirar cuidadosamente o cadarço de fixação da cânula externa, substituindo-o imediatamente por outro cadarço apropriado (macio) e limpo.
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
16. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

Cânula de Traqueostomia





MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

MOVIMENTAÇÃO E POSICIONAMENTO DO PACIENTE

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o ato de realizar o posicionamento e/ou movimentação do paciente.

Objetivo: Deixar o paciente em situação confortável para realização de exames, procedimentos e/ou transporte do mesmo.

Responsável: Enfermeiro

MOVIMENTAÇÃO

Material Necessário:

1. Lençóis
2. Biombo
3. Luvas de procedimento

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento.
3. Posicionar o biombo se necessário.
4. Usar os princípios básicos da mecânica corporal.
5. Calçar as luvas.
6. Seguir prescrição do Enfermeiro quanto a mudança de decúbito;
7. Deixar o cliente em posição confortável.
8. Desprezar as luvas de procedimento em local adequado;
9. Lavar as mãos;
 8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
 9. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

POSICIONAMENTO

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Orientar o cliente e/ou familiar quanto a necessidade do procedimento.
3. Calçar as luvas.
4. Orientar ou colocar o cliente em posição adequada ao exame e/ou procedimento, a ser realizado.
5. Proteger o cliente com lençol, expondo apenas a área a ser examinada.
6. Deixar o cliente em posição confortável após realização do procedimento.
7. Desprezar as luvas de procedimento em local adequado;
8. Lavar as mãos.
9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
10. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

DA CAMA PARA A CADEIRA DE RODAS

Material Necessário:

1. Cadeira de rodas
2. Escada
3. Lençol
4. Luvas

Descrição do Procedimento:

1. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
2. Lavar as mãos;
3. Calçar as luvas de procedimentos;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

4. Colocar a cadeira de rodas paralela á cama.
5. Colocar a escada próxima à cama e à cadeira de rodas.
6. Travar as rodas da cadeira.
7. Levantar o apoio dos pés.
8. Se o cliente for dependente, mover o cliente até a lateral do leito com o lençol.
9. Passar o cliente para a cadeira com auxílio do lençol.
10. Se o cliente não for dependente, orientar para sentar no leito, auxiliar-lo a sentar na cadeira.
11. Abaixar o apoio dos pés.
12. Mantê-lo vestido adequadamente

DA CAMA PARA A MACA

Material Necessário:

1. Maca.
2. Lençol.
3. Luvas de procedimento.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Calçar as luvas.
4. Colocar a maca paralelamente à cama.
5. Se o cliente estiver consciente, orientá-lo a deslizar em direção à maca.
6. Se o cliente não estiver consciente, soltar o lençol da cama.
7. Segurar pelas laterais do lençol.



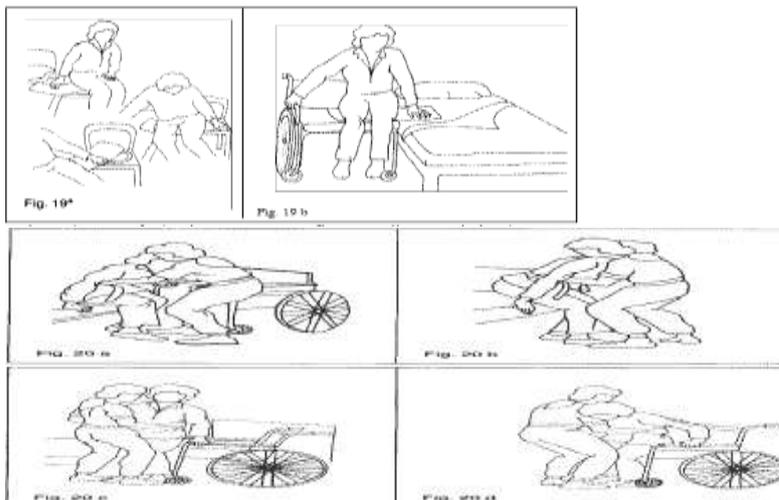
MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

8. Passar o cliente para a maca com o auxílio do colega para a maca, em um único movimento.
9. Levantar as grades da maca.
10. Desprezar as luvas.
11. Lavar as mãos.

OBS: Figura 1 - Movimentação



OBS: Figura 2 – Da cama para cadeira de rodas



OBS: Figura 3 – Da cadeira de rodas para o leito



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

OXIMETRIA NÃO-INVASIVA DE PULSO

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o ato de mensurar através de um aparelho a saturação de oxigênio do paciente.

Objetivo: Avaliar através da oximetria não-invasiva do paciente sua condição do padrão respiratório.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Aparelho de oximetria não-invasiva
2. Um sensor permanente
3. Álcool gel para higienizá-la as mãos.

Descrição do Procedimento:

1. Higienizar as mãos com álcool gel;
2. Orientar o cliente quanto à necessidade de permanecer com o sensor, se o cliente tiver condição.
3. Remover o esmalte da unha, quando houver.
4. Conectar o sensor em um dos dedos das mãos ou em outra área escolhida.
5. Ligar o aparelho.
6. Verificar e acompanhar as variações da saturação.
7. Higienizar as mãos após o procedimento;
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
9. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o ato de preparar o corpo após a morte.

Objetivo: Manter o corpo limpo e identificado, evitar a saída de odores e secreções, dispor o corpo em posição adequada antes da rigidez cadavérica.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Bandeja
2. Luvas de Procedimento
3. Gazes estéreis
4. Etiqueta de identificação do corpo
5. Fita adesiva
6. Biombo
7. Lençol
8. Atadura
9. Saco plástico
10. Avental de manga longa

Descrição do Procedimento:

1. Certificar da constatação do óbito;
2. Reunir todo material necessário;
3. Colocar biombo se necessário;
4. Lavar as mãos;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

5. Calçar as luvas de procedimento e colocar o avental;
6. Fechar os olhos do cliente.
7. Retirar cânulas, drenos e cateteres.
8. Realizar aspiração de VAS, se necessário.
9. Realizar higienização do corpo;
10. Colocar o corpo em decúbito dorsal;
11. Recolocar prótese oral se necessário;
12. Passar uma atadura pela mandíbula, amarrando na cabeça, para manter a boca fechada;
13. Dobrar os braços do cliente sobre o tórax, unir as mãos e os pés com a atadura e fixar a etiqueta de identificação sobre o tórax;
14. Revestir o corpo com o saco plástico identificador;
15. Transportar o corpo, conforme rotina administrativa da instituição;
16. Desprezar as luvas de procedimentos em local adequado;
17. Lavar as mãos;
18. Relacionar no rol de pertences do cliente e entregá-lo aos familiares na presença de uma testemunha, mediante assinatura.
19. Retirar todo o material e equipamento do quarto;
20. Acionar o pessoal da higienização;
21. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
22. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

PREPARO DE MEDICAMENTO PARENTERAL

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o ato de preparar a medicação do paciente.

Objetivo: Garantir ao paciente a infusão correta do medicamento prescrito, realizando a análise dos 9 acertos.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Seringa descartável apropriada à via de administração e volume.
2. Agulha descartável apropriada.
3. Algodão.
4. Álcool 70%.
5. Bandeja.
6. Medicação.
7. Cateter Teflon.
8. Scalp.
9. Garrote (endovenosa).
10. Esparadrapo (venóclise).

Descrição do Procedimento:

1. Checar prescrição medicamentosa;
2. Separar medicação a ser preparada;
3. Higienizar as mãos com técnica adequada;
4. Calçar luvas de procedimentos.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

AMPOLA

1. Agitar a ampola, limpar o gargalo com algodão embebido em álcool 70º.
2. Montar a seringa/agulha com técnica adequada.
3. Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze para apoio e proteção dos dedos.
4. Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio da mão, e com a outra pegar a seringa e introduzir cuidadosamente dentro da ampola sem tocar as bordas externas, com o bísel voltado para baixo, em contato com o líquido.
5. Aspirar a dose correta da prescrição medicamentosa;
6. Deixar a seringa/agulha para cima em posição vertical, expelindo todo o ar quetenha penetrado.
7. Proteger a agulha com protetor próprio.
8. Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
9. Identificar com nome do paciente, via de administração e colocar na bandeja.

FRASCO – LIÓFILO

1. Retirar o lacre metálico superior, limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70º.
2. Preparar a ampola diluente conforme técnica anterior.
3. Montar seringa/agulha, usando agulha de maior calibre.
4. Retirar a seringa, protegendo a agulha.
5. Realizar rotação de frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma.
6. Colocar ar na seringa na mesma proporção e quantidade de líquido injetado no frasco.
7. Erguer o frasco verticalmente, logo após a introdução do ar, aspirando a dose prescrita.
8. Retirar o ar da seringa.
9. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

paciente, líquido e via de administração.

10. Desprezar material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
11. Identificar a seringa com nome do paciente e via de administração, colocar na bandeja.

FRASCO-AMPOLA

1. Retirar o lacre metálico superior, limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70º.
2. Montar seringa/agulha.
3. Colocar ar na seringa na mesma proporção da quantidade do líquido a ser aspirado.
4. Erguer o frasco verticalmente, logo após a introdução do ar, aspirar a dose prescrita.
5. Retirar o ar da seringa.
6. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente, líquido e via de administração.
7. Desprezar material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
8. Identificar com nome do paciente, via de administração e colocar na bandeja.

OBSERVAÇÃO:

A. Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, data e horário da diluição.

SONDAGEM NASOGÁSTRICA



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

Executor: Enfermeiro

Definição:

Inserção de uma sonda nasogástrica para descompressão do estomago

Objetivo:

Prevenir vômito depois de uma cirurgia importante, aliviar o desconforto da distensão gástrica, avaliação e tratamento de sangramento do trato gastrointestinal, coleta de conteúdo gástrico para análise, realização de lavagem gástrica, aspiração de secreções gástricas e administração de medicamentos e nutrientes.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Sondas nasogástricas.
2. Lubrificante hidrossolúvel.
3. Aspirador, quando prescrito.
4. Toalha, lenço de papel.
5. Cuba rim.
6. Copo de água.
7. Esparadrapo ou micropore.
8. Luvas de procedimento.

Descrição do Procedimento:

1. Explicar ao paciente o procedimento.
2. Solicitar ao paciente que respire pela boca e engolir.
3. Colocar o paciente em posição sentada ou semisentado.
4. Remover dentaduras se necessário; colocar cuba rim e toalhas de papel ao alcance do paciente.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

5. Selecionar o número da sonda de acordo com o diâmetro da narina do paciente.
6. Lavar as mãos e calçar as luvas descartáveis
7. Medir a sonda: distância do lóbulo da orelha à ponta do nariz e daí ao apêndice xifóide e marcando-a neste local.
8. Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína geleia.
9. Solicitar ao paciente que permaneça com o queixo próximo ao peito, se necessário, auxiliá-lo.
10. Introduzir a sonda pela narina do paciente fazendo movimentos para cima e para trás.
11. Após a sonda passar pela orofaringe, solicitar ao paciente que faça movimento de deglutição.
12. Introduzir até a marcação realizada anteriormente.
13. Comprovar localização da sonda pela injeção de ar (cerca de 20 ml no adulto e 5 a 10 ml na criança) realizando ausculta da região epigástrica, com objetivo de ouvir ruído brusco e borbulhante, também se pode confirmar o posicionamento da sonda aspirando-se o conteúdo gástrico.
14. Fixar a sonda no nariz ou maxilar do paciente.
15. Retirar as luvas e desprezá-las em local adequado;
16. Lavar as mãos.
17. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
18. Manter o ambiente limpo e organizado.

RETIRADA DE CATETER NASOGÁSTRICO



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

Executor: Enfermeiro

Definição: É o ato de retirar o cateter nasogástrico do paciente.

Objetivo: Proporcionar ao paciente maior comodidade após solicitação do médico para a retirada do dispositivo.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Gaze
2. Papel toalha
3. Luvas de procedimento.

Descrição do Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Reunir o material.
3. Explicar o procedimento ao cliente.
4. Colocar o papel toalhasobre o tórax do cliente.
5. Calçar as luvas de procedimento.
6. Retirar o esparadrapo ou micropore que fixa o cateter, com o auxílio de gaze e benzina.
7. Fechar o cateter.
8. Retirar o cateter lentamente com o auxílio de gaze.
9. Proceder à limpeza das narinas com auxílio de gaze.
10. Retirar as luvas.
11. Deixar o cliente confortável.
12. Lavar as mãos.
13. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

14. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

SONDAGEM NASOENTERAL



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

Executor: Enfermeiro

Definição: É o ato de passar uma sonda através da narina até o intestino.

Objetivo: Tem como objetivo realizar a alimentação dos pacientes incapazes de deglutir.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Sonda enteral com fio guia (mandril);
2. Seringa de 20 ml;
3. Copo com água;
4. Gaze;
5. Benzina;
6. Toalha de rosto;
7. Xylocaína gel;
8. Fita adesiva;
9. Estetoscópio;
10. Biombo s/n;
11. Luvas de procedimento;
12. Sacos para lixo.

Descritivo do Procedimento:

1. Elevar a cabeceira da cama (posição Fowler – 45º) com a cabeceira inclinada para frente ou decúbito dorsal horizontal com cabeça lateralizada;
2. Proteger o tórax com a toalha e limpar as narinas com gaze;
3. Limpar o nariz e a testa com gaze e benzina para retirar a oleosidade da pele;
4. Medir a sonda do lóbulo da orelha até a ponta do nariz e até a base do apêndice (acrescentar mais 10 cm);
5. Marcar com adesivo;
6. Calçar luvas;
7. Injetar água dentro da sonda (com mandril);
8. Mergulhar a ponta da sonda em copo com água para lubrificar;



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

9. Introduzir a sonda em uma das narinas pedindo ao paciente que degluta - introduzir até a marca do adesivo;
10. Aguardar a migração da sonda para duodeno, encaminhar ao Raio-X para confirmação do local da sonda;
11. Retirar o fio-guia após a passagem correta;
12. Observar sinais de cianose, dispnéia e tosse;

Para verificar se a sonda está no local:

13. Injetar 20 ml de ar na sonda e auscultar com estetoscópio na base do apêndice xifóide, para ouvir ruídos hidroaéreos;
14. Colocar a ponta da sonda no copo com água - se tiver borbulhamento está na traqueia. Deve ser retirada;
15. Toda vez que a sonda for aberta, para algum procedimento, dobrá-la para evitar a entrada de ar;
16. Fechá-la ou conectá-la ao coletor;
17. Fixar a sonda não tracionando a narina;
18. Colocar o paciente em decúbito lateral direito para que a passagem da sonda até o duodeno seja facilitada pela peristalce gástrica.

Observações:

A. Se a posição pós-pilórica da sonda for indicada:

- Antes do procedimento, administrar a medicação gastro-cinética prescrita pelo médico.
- Acrescentar 15 a 20 cm, conforme a constituição do paciente e posição desejada, à distância medida para posição gástrica.
- Introduzir a sonda até o estômago.
- Retirar o mandril.
- Realizar os testes já descritos.
- Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito durante 2 a 3 horas, para favorecer a migração.
- Após este tempo, aspirar líquido duodenal e medir o pH (pH duodenal: 6 a 8).
- Encaminhar o paciente para o RX no mínimo 3 horas após a sondagem.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

B. Infusão e Manutenção da sonda:

- Fazer higiene oral conforme prescrição de enfermagem.
- Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida com água, ou SF
- Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e escamação da pele.
- Aplicar creme ou vaselina nos lábios e narinas para prevenir a formação de crostas.
- Manter a cabeceira do paciente em semi-fowler durante todo o período em que estiver recebendo dieta e por 30 minutos após.
- As sondas para NE têm durabilidade de 30 a 60 dias (poliuretano) e 6 meses (silicone), se mantidas adequadamente.
- Em caso de retirada acidental, poderá ser repassada, no mesmo paciente, após lavagem interna com água e sabão, utilizando uma seringa.
- Verificar a integridade da sonda; se apresentar sinais de rigidez, rachaduras, furos ou secreções aderidas, desprezará-la.
- Ao final da terapia a sonda deverá ser desprezada.
- Cuidado para não tracionar a asa do nariz, pelo risco de lesão.
- Lavar a sonda com 10 a 30 ml de água filtrada ou fervida, antes e após administrar medicamentos, nutrição enteral e aspirar suco gástrico.
- Administrar os medicamentos um a um, lavando a sonda entre as medicações, evitando interações físico-químicas que podem causar obstrução.
- Nunca administrar medicação com a dieta.
- Diluir as apresentações hipertônicas com 30-60 ml de água.
- Suspender a infusão da dieta por 1 hora antes e 1 hora após para medicações que sofrem diminuição de absorção na presença de alimentos como exemplo: fenitoína, captopril e quinilonas.
- No caso de obstrução, injetar água com pressão moderada, com seringa de 20 ml, pois a pressão excessiva pode provocar rachaduras na sonda.
- Verificar a posição da sonda, por aspiração de líquido gástrico/duodenal e ausculta de borborigmo na região epigástrica ou no quadrante abdominal superior esquerdo:
- Cada vez que for instalar o frasco de nutrição enteral, em caso de NE contínua; após episódios de vômito, regurgitação e tosse intensa (a extremidade da sonda pode voltar ao esôfago ou até enrolar-se na cavidade oral, mesmo quando bem fixada externamente).
- A passagem transpilórica espontânea da sonda ocorre em poucos pacientes e, mesmo tendo migrado, a extremidade distal pode retornar ao estômago.

TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: Ato de realizar a troca da bolsa de ostomia.

Objetivo: Trocar a bolsa/placa por apresentar-se danificada e/ou evitar vazamento.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Luvas de procedimento
2. Bolsa indicada ao paciente.
3. Placa
4. Compressas de gaze ou papel higiênico.

Descrição do Procedimento:

1. Receber o paciente com atenção.
2. Manter o paciente relaxado em posição confortável, mantendo privacidade.
3. Lavar as mãos.
4. Calçar as luvas de procedimentos.
5. Remover a bolsa, tencionando levemente a pele para baixo, enquanto levanta a placa.
6. Descartar a bolsa suja e a placa em saco plástico; guardar o clamp para reutilização.
7. Limpar a pele, utilizando papel higiênico ou compressa de gaze, para remover as fezes.
8. Lavar e secar a pele por completo, depois de limpar. É normal que o estoma sangre discretamente durante a limpeza e secagem.
9. Aplicar a placa, utilizando guia de medição ou padrão para determinar o tamanho do estoma.
10. Marcar o tamanho correto sobre a parte posterior da placa e cortar conforme o



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

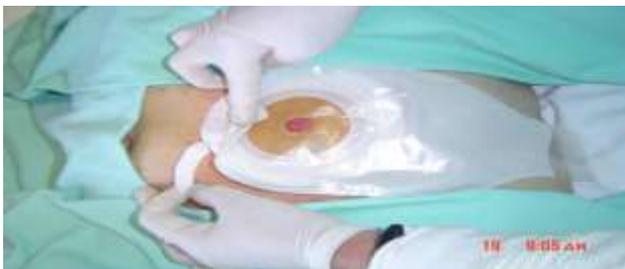
tamanho do estoma (é aceitável cortar cerca de 0,5 cm maior que o tamanho do estoma).

11. Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal.
12. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa de acordo com as orientações do fabricante.
13. Aplicar o fechamento na parte posterior da bolsa com o clamp.
14. Retire as luvas e desprezê-la em local apropriado;
15. Lavar as mãos.
16. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
19. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSEVAÇÃO:

- A. A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes.
- B. Orientar o paciente para eliminar o gás através da abertura do clamp.

OBS: Figura 1 – troca da bolsa



OBS: Figura 2 – tipos de bolsas



COLOCAÇÃO DO DISPOSITIVO URINÁRIO (URIPEN)



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

Executor: Equipe de Enfermagem

Definição: É o ato de acoplar o dispositivo urinário (URIPEN) no pênis.

Objetivo: Controlar a diurese em clientes do sexo masculino com incontinência ou com alteração do nível de consciência.

Responsável: Enfermeiro

Material Necessário:

1. Bandeja
2. Uripen
3. Luvas de procedimento
4. Óculos de proteção
5. Micropore ou esparadrapo
6. Bolsa de drenagem sistema aberto
7. Impermeável
8. Papel toalha
9. Material para higiene íntima: (bacia/jarro, sabonete líquido, compressas).
10. Biombo
11. Impermeável

Descrição do Procedimento:

1. Verificar a prescrição de enfermagem.
2. Separar e organizar o material, levar até o leito.
3. Orientar o procedimento ao cliente.
4. Colocar biombo, fechar portas e janelas.
5. Lavar as mãos.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

6. Calçar asluvas de procedimento.
7. Posicionar o cliente em decúbito dorsal horizontal (DDH).
8. Abaixar a grade lateral.
9. Colocar o impermeável ou forro na cama.
10. Prender a bolsa coletora na cama.
11. Realizar higienização íntima se necessário.
12. Expor apenas a região genital.
13. Verificar se a região do pênis está limpa e seca.
14. Segurar o pênis com a mão não dominante, desenrolar o uripen sobre o pênis, deixar um espaço de 2,5cm entre o pênis e o fim o uripen.
15. Fixar o uripen, sem garrotear.
16. Conectar o uripen ao coletor.
17. Cobrir o cliente.
18. Retirar as luvas de procedimento e desprezá-las em local adequado.
19. Lavar as mãos.
20. Organizar o material, retirar o biombo.
21. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
22. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

OBS: Figura 1 – dispositivo urinário



ROTINA PARA O PREPARO DO MATERIAL OU INSTRUMENTAL



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

Executor: Técnico e Auxiliar de Enfermagem

Definição:

É a organização do setor visando o controle da infecção cruzada.

Objetivos:

Garantir o procedimento adequado de embalagem do material ou instrumental.

Responsável:

Enfermeiro

Material Necessário:

1. Papel grau cirúrgico ou outro da padronização;
2. Tesoura;
3. Fita teste;
4. Seladora, em caso do papel cirúrgico;
5. Solução desincrostante;
6. Papel toalha;
7. Escova e esponja.

Descrição da Rotina:

1. Imergir em solução desincrostante (limpador enzimático) por 02 a 05 minutos;
2. Fazer fricção mecânica;
3. Enxaguar abundantemente em água corrente;
4. Enxugar com papel toalha;
5. Embalar e identificar adequadamente o material (data, tipo de material, rubrica do responsável pelo preparo)
6. Transportar o material para a sala de esterilização.

Observações:



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

- Checar a limpeza e integridade dos materiais ou instrumentais;
- Observar a compatibilidade do processo a ser utilizado e o artigo;
- Utilizar o processo de esterilização para os artigos críticos e semicríticos (maior risco de infecção).

ROTINA PARA RECEBIMENTO DE MATERIAL CONTAMINANTE,INFECTANTE E PERFUROCORTANTE DE USO DOMICILIAR.



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

Executor: Técnico e Auxiliar de Enfermagem

Definição:

Estabelecer nas Unidades de Saúde, o fluxo de recebimento do material dejeito residencial (contaminantes, infectantes e perfuro cortantes) dos pacientes portadores de diabetes e insulino dependentes.

Objetivos:

Oferecer destino adequado para o material contaminado e segundo Normas de Biossegurança.

Responsáveis:

Todos os profissionais de saúde e usuários.

Material Necessário:

1. Frascos de parede rígida com tampa

Descrição do procedimento:

*** O PADdeverá:**

1. Orientar o usuário quanto à devolução dos resíduos domiciliares infectantes, perfuro cortantes de uso do portador de diabetes (seringas, agulhas, algodão e fitas de glicemia) quando da sua ida à Unidade Básica de Saúde de sua área de abrangência;
2. Orientar o usuário a entregar o material infectante em frascos de vidro, ou plástico rígido, com tampa rosqueada e preenchido apenas 2/3 de sua capacidade;
3. Receber os frascos dos pacientes e acondicionar em local apropriado (Descarpack, saco plástico branco de lixo e lixeira hospitalar).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA



MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA – SP
Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva
Coordenação de Enfermagem

Carmagnani, Maria Isabel Sampaio **Procedimentos de Enfermagem - Guia Prático**
GUANABARA KOOGAN

Posso, Maria Belen Salazar **Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem**
ATHENEU

Manual de Procedimentos na Coleta de Exames Laboratoriais do Hospital São Camilo