



BENEFÍCIOS

Para as pacientes:

- Atendimento ágil para os casos de maior risco com diminuição do tempo de espera para os casos agudos e os que demandam urgência, principalmente.
- Informação sobre o tempo de espera aos usuários e familiares.
- Melhoria da qualidade do atendimento.

Para os profissionais:

- Racionalização do processo de trabalho.
- Melhoria da eficácia e efetividade do serviço.
- Otimização e valorização do trabalho e trabalhador da saúde, incluído na construção das propostas.
- Melhor integração da equipe e envolvimento de todos os profissionais de saúde.
- Aumento do grau de satisfação dos profissionais de saúde, diminuição da ansiedade.

QUEM FAZ

O ACCR deve ser feito por uma equipe multiprofissional composta por: enfermeiro, técnico de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/ recepção e estagiários.

São consideradas habilidades importantes a capacidade de comunicação, boa interação com os demais profissionais da equipe, usuários e familiares, paciência, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, discrição, ética e solidariedade.

A QUEM SE DESTINA

A todos os pacientes atendidos na Unidade.

COMO SE APLICA

É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.



Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Ao chegar à unidade demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para preenchimento da ficha de atendimento.

Após a sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado ao Acolhimento com Classificação de Risco onde serão aferidos os dados vitais pela equipe de enfermagem e será classificada o risco pelo enfermeiro (devidamente treinado para esta prática), apoiado pelo médico que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica a usuária em:



• 1º Grupo – Prioridade Máxima (Vermelha)

- Emergência Atender imediatamente encaminhar diretamente para atendimento médico.

• 2º Grupo – Prioridade I (Amarelo) –

Urgência Atender em até 15 minutos e encaminhar para consulta médica prioritizada. Reavaliar periodicamente.

• 3º Grupo – Prioridade II (Verde)

Urgência Relativa

Atender entre 15 e 60 minutos e encaminhar para consulta médica sem priorização.

Informar expectativa do tempo de atendimento e reavaliar periodicamente.

Pacientes classificados como VERDE podem também receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social, via contato telefônico, com garantia de consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação que deve ser pactuada previamente.

Edna





• 4º Grupo – Prioridade III (Azul)

- Não urgente

605

Atender em até 4 horas e informar a possibilidade de encaminhamento para a Atenção Básica (UBS). Pacientes classificados como AZUL poderão ser encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência ou terão seus casos resolvidos pela Equipe de Saúde.

Todos os pacientes classificados como VERDE e AZUL, se desejarem, serão atendidos pela equipe médica.

Observação importante: Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma Unidade Básica de Saúde de referência.

9. Proposta de implantação de serviço humanizado de atendimento ao usuário

A implantação de um serviço humanizado de atendimento ao usuário é fundamental para garantir uma assistência em saúde de qualidade, que atenda às necessidades e expectativas da população.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma estratégia do Ministério da Saúde para transformar a cultura dos serviços de saúde, tornando-os mais acolhedores, humanizados e eficientes. Na Atenção Primária à Saúde (APS), a PNH busca garantir um atendimento mais humanizado aos usuários, considerando suas necessidades e demandas de forma integral e respeitando sua autonomia e dignidade.

A humanização na APS parte do pressuposto de que o cuidado em saúde não se restringe apenas ao diagnóstico e tratamento de doenças, mas também à promoção da saúde e ao bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e comunidades. Nesse sentido, a humanização busca superar a fragmentação do cuidado em saúde, estabelecendo um modelo de atenção mais integrado e centrado nas necessidades do paciente.

Para isso, a PNH propõe algumas diretrizes que devem orientar a prática dos profissionais de saúde na APS. A primeira delas é o acolhimento, que consiste em receber o paciente de forma acolhedora, escutando suas demandas e necessidades e estabelecendo uma relação de confiança entre o paciente e o profissional de saúde. O acolhimento é



fundamental para garantir um atendimento humanizado e para a construção de um vínculo de confiança entre o paciente e o profissional.

Outra diretriz importante da PNH é a integralidade do cuidado, que busca garantir que o paciente seja atendido de forma integral e que suas necessidades sejam consideradas em sua totalidade. Isso significa que o profissional de saúde deve considerar não apenas a doença do paciente, mas também suas condições sociais, culturais e emocionais, promovendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Além disso, a PNH defende a autonomia do paciente, que deve ser respeitado em suas decisões e ter sua participação garantida no processo de cuidado em saúde. Isso implica em estabelecer uma relação de diálogo e parceria entre o paciente e o profissional de saúde, onde ambos trabalham juntos para garantir o melhor cuidado possível.

Por fim, a PNH defende a participação e o protagonismo dos trabalhadores da saúde na construção de um modelo de atenção mais humanizado e eficiente. Isso significa que os profissionais de saúde devem ter voz ativa na gestão dos serviços de saúde, participando de processos de planejamento, avaliação e tomada de decisão.

Em resumo, a política de humanização na APS busca transformar a cultura dos serviços de saúde, garantindo um atendimento mais humanizado e eficiente aos usuários. Para isso, propõe diretrizes como o acolhimento, a integralidade do cuidado, a autonomia do paciente e a participação e protagonismo dos trabalhadores da saúde. A humanização na APS é fundamental para garantir um cuidado mais integral, eficiente e respeitoso aos usuários, contribuindo para a promoção da saúde e do bem-estar.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover a humanização no atendimento em saúde, valorizando o usuário e os profissionais envolvidos no processo de atenção à saúde. A PNH busca, assim, transformar as práticas de saúde em práticas mais acolhedoras, efetivas e resolutivas.

A humanização na saúde é entendida como uma forma de cuidado que coloca o usuário no centro do processo de atenção, respeitando suas necessidades e singularidades. Isso implica em mudanças na forma como o serviço de saúde é organizado e gerenciado,



na forma como os profissionais se relacionam com os usuários e entre si, na forma como os processos de trabalho são planejados e executados, entre outros aspectos.

A PNH se baseia em três eixos fundamentais: acolhimento, vínculo e autonomia. O acolhimento é entendido como uma forma de receber o usuário de forma respeitosa e atenciosa, garantindo que suas necessidades sejam identificadas e que ele se sinta acolhido e seguro no serviço de saúde. O vínculo se refere à relação estabelecida entre o usuário e os profissionais de saúde, baseada em confiança, respeito e diálogo. Já a autonomia se relaciona à valorização da capacidade do usuário de tomar suas próprias decisões em relação ao seu cuidado, respeitando suas escolhas e preferências.

Entre as principais diretrizes da PNH estão a valorização do trabalho em equipe, a promoção da educação permanente em saúde, o estímulo à participação dos usuários no processo de atenção, a melhoria da comunicação entre profissionais e usuários, a humanização dos espaços físicos e a promoção da saúde como um direito humano.

A implantação da PNH requer o comprometimento de todos os envolvidos no processo de atenção à saúde, desde a gestão até os profissionais e usuários. É um processo contínuo e dinâmico, que exige mudanças nas práticas de saúde, nas relações interpessoais e na cultura organizacional. A humanização no atendimento em saúde é um desafio, mas é também uma oportunidade de transformar a forma como as pessoas são cuidadas e valorizadas em sua saúde e bem-estar.

Para isso, propomos a seguinte estratégia de implantação:

- Diagnóstico situacional: Realização de um diagnóstico situacional para identificar as principais demandas e necessidades da população em relação ao atendimento em saúde. Esse diagnóstico pode ser feito por meio de pesquisa de satisfação, análise de dados de saúde, grupos focais com usuários, entre outras estratégias.
- Capacitação dos profissionais: Capacitação dos profissionais de saúde que atuarão no serviço, com ênfase na humanização do atendimento e na abordagem centrada no usuário. Essa capacitação deve contemplar aspectos técnicos, científicos, éticos e relacionais, visando à promoção de uma assistência mais acolhedora e humanizada.



- Infraestrutura adequada: Adequação da infraestrutura do serviço, com a criação de espaços físicos acolhedores, confortáveis e adaptados às necessidades dos usuários, como salas de espera com cadeiras confortáveis, sanitários limpos e acessíveis, entre outros.
- Comunicação clara e acessível: Garantia de uma comunicação clara, acessível e respeitosa com o usuário, por meio de uma linguagem adequada e compreensível, que leve em conta as diferentes necessidades dos usuários, como linguagem de sinais, material informativo em Braille, entre outros.
- Participação do usuário: Estimulação da participação ativa do usuário no processo de atendimento em saúde, por meio da promoção do diálogo, do respeito às escolhas e preferências do usuário e da valorização da sua autonomia e da sua singularidade.
- Avaliação contínua: Implantação de um sistema de avaliação contínua do serviço, com a realização de pesquisas de satisfação, monitoramento de indicadores de qualidade e realização de reuniões periódicas com os profissionais e usuários do serviço, visando à melhoria contínua do atendimento.

A implantação de um serviço humanizado de atendimento ao usuário requer um compromisso institucional de todos os envolvidos no processo de atenção à saúde, desde a gestão até os profissionais e usuários. É um processo contínuo e dinâmico, que requer um esforço conjunto e permanente para garantir uma assistência em saúde mais acolhedora, respeitosa e efetiva.

10. Proposta para implantação e funcionamento de serviço de ouvidoria e Pesquisa de Satisfação do usuário.

A ouvidoria é um serviço importante para a garantia dos direitos dos usuários, permitindo que suas manifestações, elogios, sugestões e reclamações sejam recebidos, analisados e encaminhados para as áreas competentes, garantindo o aprimoramento dos serviços prestados. A implantação de um serviço de ouvidoria em uma instituição de saúde é uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade do atendimento, promovendo o respeito e a transparência nas relações com os usuários.

A seguir, apresentamos uma proposta para implantação e funcionamento de um serviço de ouvidoria em uma instituição de saúde:

Eduis





- Definição de responsabilidades: é importante que a ouvidoria seja um serviço autônomo, independente e com acesso direto à direção da instituição, de modo que possa exercer suas atividades de forma imparcial. Deve-se definir claramente as atribuições e responsabilidades dos profissionais envolvidos no serviço, de modo que o atendimento ao usuário seja efetivo e ágil.
- Divulgação do serviço: é essencial que o serviço de ouvidoria seja divulgado de forma ampla, para que os usuários tenham conhecimento de sua existência e possam utilizá-lo sempre que necessário. Para tanto, é possível utilizar diferentes meios de comunicação, como cartazes, folders, redes sociais, site institucional, entre outros.
- Atendimento personalizado: é importante que o atendimento ao usuário seja personalizado, garantindo o sigilo das informações e respeitando as particularidades de cada situação. Os profissionais que atuam na ouvidoria devem ter habilidades de comunicação, empatia e escuta ativa, de modo que possam receber e encaminhar as manifestações de forma efetiva.
- Análise e encaminhamento das manifestações: é importante que todas as manifestações recebidas sejam analisadas, registradas e encaminhadas para as áreas competentes, de modo que as medidas necessárias sejam tomadas para solução dos problemas identificados. É fundamental que o usuário receba um retorno sobre a manifestação apresentada, de forma clara e objetiva.
- Monitoramento e avaliação: é importante que o serviço de ouvidoria seja monitorado e avaliado continuamente, de modo que possa ser aprimorado e adaptado às necessidades dos usuários. Para tanto, podem ser realizadas pesquisas de satisfação, análise das estatísticas de manifestações recebidas, entre outras estratégias.
- A implantação de um serviço de ouvidoria em uma instituição de saúde é uma estratégia importante para a melhoria da qualidade do atendimento, permitindo que as manifestações dos usuários sejam recebidas, analisadas e encaminhadas de forma efetiva. Para tanto, é fundamental que a ouvidoria seja um serviço autônomo, independente e com acesso direto à direção da instituição, garantindo a transparência e o respeito nas relações com os usuários.

609

Spencer





A pesquisa de satisfação dos usuários emerge como um instrumento gerencial e de planejamento de suma importância. Originou-se da necessidade de compreender o grau de contentamento dos usuários não apenas com o funcionamento da instituição, mas também com a qualidade do atendimento prestado pelos diversos setores.

Além disso, estabelece um canal de comunicação direta com os usuários, registrando suas inúmeras sugestões de aprimoramento, que se integram ou podem vir a integrar as demandas possíveis de serem atendidas. Serve ainda como base para análises comparativas dos resultados, visando a manutenção e o aprimoramento contínuo do excelente nível de qualidade dos serviços.

Os aspectos considerados na avaliação da satisfação dos usuários incluem:

- Disposição para ajudar e fornecer um serviço ágil.
- Proteção contra riscos, perigos ou ações duvidosas.
- Esforço para compreender as necessidades reais dos clientes.

Conforme as prioridades e recomendações dos usuários que participaram da pesquisa, as proposições serão atendidas na medida do possível, levando em conta o número e a relevância dos comentários e sugestões.

As informações serão consolidadas mensalmente em relatórios, garantindo uma comunicação integral aos dirigentes. Isso possibilita uma avaliação contínua do nível de qualidade do serviço, com o objetivo permanente de buscar a excelência no atendimento.

Pesquisa de satisfação dos usuários (PACIENTES INTERNADOS)

Local de: 1 a 3 meses / 4 a 6 meses / mais de 6 meses / não se lembra

Nome do paciente: _____

Número de identificação: _____

Avaliação da Satisfação:

1 2 3 4 5

Pessimo ○ ○ ○ ○ ○ Excelente

Modelo de pesquisa





11. Política nacional de atenção básica

611

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é um documento do Ministério da Saúde que estabelece diretrizes e orientações para a organização e funcionamento da Atenção Básica à Saúde no Brasil. A PNAB é considerada um marco regulatório da saúde pública no país, pois orienta a atuação dos gestores e dos profissionais de saúde na Atenção Básica.

A Atenção Básica é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e é composta por um conjunto de ações e serviços de saúde que visam atender às necessidades de saúde da população de forma integral, contínua e coordenada. Essa modalidade de atenção é desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com equipe multiprofissional e com a participação da comunidade.

A PNAB estabelece as diretrizes e as competências das equipes de saúde da Atenção Básica, que devem trabalhar com uma perspectiva territorial, identificando as necessidades de saúde da população de uma determinada área geográfica. Além disso, a política também estabelece os critérios para a organização e funcionamento das UBS, a formação e qualificação dos profissionais de saúde, o financiamento e a gestão da Atenção Básica.

Entre as principais diretrizes da PNAB, destaca-se a integralidade da atenção, que busca garantir um atendimento integral e contínuo aos usuários, considerando suas necessidades de saúde em sua totalidade. Outra diretriz importante é a equidade, que busca garantir o acesso aos serviços de saúde de forma igualitária, considerando as necessidades e demandas de saúde de cada indivíduo e comunidade.

A PNAB também prioriza a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a redução dos agravos à saúde da população, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Além disso, a política busca fortalecer a participação da comunidade na gestão e no controle social do SUS, por meio de conselhos de saúde e outras instâncias de participação popular.

A PNAB é uma política dinâmica e em constante evolução, que busca se adaptar às demandas e desafios da Atenção Básica à Saúde. Em 2021, foi aprovada uma nova versão da PNAB, que traz mudanças significativas, como a ampliação do escopo de

Edilson





atuação da Atenção Básica, a incorporação da Estratégia de Saúde da Família como modelo preferencial de atendimento, a ênfase na atenção primária à saúde mental, entre outras.

612

Em resumo, a PNAB é um documento fundamental para a organização e funcionamento da Atenção Básica à Saúde no Brasil, estabelecendo diretrizes e orientações para a atuação dos gestores e dos profissionais de saúde. A política busca garantir um atendimento integral, equitativo e de qualidade aos usuários, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção contínua e coordenada.

12. Procedimentos operacionais

Um Procedimento Operacional Padrão (POP) na área da saúde é um documento que descreve de forma clara e detalhada um conjunto de ações a serem realizadas em determinado processo ou procedimento, com o objetivo de garantir a qualidade e segurança no atendimento aos pacientes.

Os POPs são elaborados com base em normas e diretrizes técnicas, regulamentações e legislações específicas, e devem ser seguidos rigorosamente pelos profissionais de saúde envolvidos na execução dos procedimentos. Eles podem ser elaborados para diversas atividades dentro de um serviço de saúde, desde procedimentos simples, como a lavagem das mãos, até procedimentos mais complexos, como a realização de uma cirurgia.

Os POPs contêm informações importantes, como a descrição detalhada das atividades a serem realizadas, os equipamentos e materiais necessários, os cuidados específicos que devem ser tomados, as orientações sobre os riscos e as medidas de prevenção de acidentes e danos, além dos registros que devem ser feitos durante o procedimento.

A elaboração e a atualização dos POPs devem ser realizadas pelos profissionais de saúde responsáveis pela atividade, com o apoio da equipe técnica e da gestão do serviço de saúde. Eles devem ser revisados periodicamente para garantir que estejam atualizados e reflitam as melhores práticas e as mudanças nas normas e regulamentações.

A utilização dos POPs é uma prática essencial na área da saúde, pois garante a padronização dos procedimentos, a segurança dos pacientes, a efetividade dos

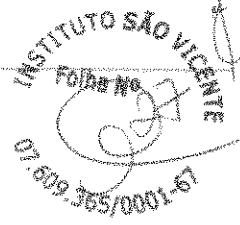


tratamentos e a qualidade dos serviços prestados. Além disso, os POPs também são importantes instrumentos para a avaliação e melhoria contínua dos processos e procedimentos em saúde.

Cada POP deverá ser alocado em local de fácil acesso, com visibilidade e toda equipe deverá ser capacitado para utiliza-lo e dispor no período de avaliação as críticas para mudança no documento e validação de todo o processo de implantação e implementação.

A equipe que será nomeada para capacitação do POP e validação do mesmo deverá direcionar os conteúdos de atualização (todos com embasamento científico) para os contatos que forem disponibilizados a posteriores pelo Departamento de Atenção Básica.

613





614

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
Número POP - 022	Data da Validação	Data da Revisão
EXÊRESE DE CISTOS, LIPOMAS E NEVOS		

EXECUTANTE: Médico

CONCEITO:

Cisto sebáceo:

Decorre da oclusão do conduto de uma glândula sebácea, resultando em acúmulo de secreção (sebo). As áreas mais afetadas são: couro cabeludo, pescoço e face (Figura 3). Geralmente é assintomático, tem crescimento lento e atinge tamanhos variados. Apresenta-se como uma elevação local, pouco consistente, arredondada, ligada à pele por ducto excretor que se abre num orifício por onde se extrai, por meio de pressão, material amorfo, caseoso e fétido. Pode infectar, apresentando sinais flogísticos.

TRATAMENTO:

O tratamento do cisto não infectado é a exérese cirúrgica (com retirada da cápsula). Já o cisto infectado tem indicação de drenagem de abscesso simples, uma vez que a tentativa de retirar a cápsula pode propiciar propagação de infecção.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.

- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local.
- Campos estéreis.
- Material para o procedimento: pinça hemostática curva, pinça dente de rato, pinça anatômica, tesoura reta, tesoura curva, porta-agulha.
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Soro fisiológico para irrigação.
- Gaze. • Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.

Edulis

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha nº
07-1000/593C-629/10



- Agulha 40 x 12 (rosa).
- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Fio de sutura nylon 2.0, 3.0, 4.0.
- Máscara e óculos para proteção.

615

MÉTODO (TÉCNICA):

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização
2. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tóxico disponível e cubra-a com o campo estéril.
3. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente sobre o meio da lesão, com o cuidado de injetar no subcutâneo.
4. Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, de acordo com as linhas de força da pele.
5. Uma vez realizada a anestesia, faz-se uma incisão longa e profunda o suficiente até identificar a cápsula do cisto.
6. Ressecção do cisto, sem romper a cápsula. Se a cápsula for rompida durante o procedimento, retira-se todo o material interno e segue-se a sua total remoção.
7. Irrigar a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.
8. Hemostasia.
9. Sutura da pele com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento (ver capítulo de sutura). Se o espaço morto residual for importante, considerar o uso de um dreno de Peurose.
10. Curativo com gaze.

NEVOS

Conceito:





São manchas cutâneas compostas por depósitos de pigmento melânico. São vários os subtipos: pigmentados; epidérmicos; dérmicos; hipodérmicos; hipocrômicos. Encontram-se espalhados por todo o corpo. São lesões pré-cancerígenas em alguns casos e, por isso, a importância de sempre enviar o material para análise anatomopatológica (Figura 5).

616

Materiais necessários para a realização do procedimento:

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local.
- Campos estéreis.
- Material para o procedimento: pinça hemostática curva, pinça dente de rato, pinça anatômica, tesoura reta, tesoura curva, porta-agulha.
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Soro fisiológico para irrigação.
- Gaze. • Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12 (rosa).
- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Fio de sutura nylon 2.0, 3.0, 4.0.
- Máscara e óculos para proteção

Técnica:

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
2. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.
3. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro da lesão, na sua circunferência, com o cuidado de injetar no subcutâneo.
4. Faz-se incisão elíptica simples, sem margens ao redor da lesão.



5. Hemostasia.
6. Sutura da pele com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento (ver capítulo de sutura).
7. Curativo.
8. Colocar a peça cirúrgica num frasco com formol. Identificá-la e encaminhá-la para análise anatomopatológica. Sempre descrever a lesão e os sintomas para auxiliar o patologista.

617

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
Número POP - 023	Data da Validação	Data da Revisão
LAVAGEM AURICULAR - RETIRADA DE CERUME		

EXECUTANTE: Médico

CONCEITO:

Cerume é uma condição normal no canal auditivo externo e geralmente confere proteção contra otites agudas. O cerume impactado está presente em aproximadamente 10% das crianças, 5% dos adultos hígidos, 57% dos pacientes idosos e 37% das pessoas com retardo cognitivo. A presença dele é geralmente assintomática, mas, às vezes, pode causar complicações, como perda auditiva, dor ou tonturas. Também pode interferir no exame da membrana timpânica. A remoção de cerume é o procedimento mais comum de otorrinolaringologia realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) nos EUA e na Inglaterra. Estima-se que 4% dos pacientes da APS consultarão devido a essa condição naquele país. Há algumas técnicas que podem ser utilizadas para a remoção, dependendo da habilidade do profissional, da disponibilidade de instrumentos e da aceitabilidade do paciente.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

MÉTODO (TÉCNICA):

1. O otoscópio deve ser testado e o otocone, devidamente limpo, deve ser acoplado a ele. Prioriza-se um otocone com calibre intermediário.
2. O paciente deve estar preferencialmente sentado, em posição confortável.
3. Recomenda-se iniciar o exame no ouvido contralateral àquele afetado.

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº
07.609.365/0001-67



4. Realiza-se a inspeção e palpação cuidadosas do ouvido externo.
5. Com a mão não dominante do examinador, traciona-se a orelha pela hélice, no sentido posterior e superior, e a orelha deve ser mantida nessa posição até o final do exame. O objetivo da tração é a retificação do conduto auditivo externo (Figura 7).
6. Segura-se o otoscópio pelo cabo, com a cabeça voltada para baixo. Sempre se deve apoiar levemente a região hipotenar da mão que segura o cabo do otoscópio na cabeça do paciente, para evitar trauma se houver movimentação brusca da cabeça.
7. Deve-se procurar visualizar a membrana timpânica integralmente, identificando alguns pontos anatômicos de acordo com a Figura 3. Recomenda-se identificar o cone de luz como referencial que sempre estará disposto na região anteroinferior da membrana timpânica.

Tratamento O tratamento é realizado, sobretudo, por meio da remoção mecânica do cerume impactado, principalmente pelas técnicas de irrigação com solução salina ou remoção manual.

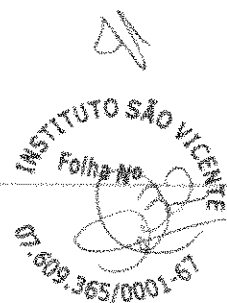
Abordaremos a técnica de irrigação com solução salina pela disponibilidade, boa segurança e aceitabilidade, sendo possível de ser realizada na maioria dos centros de saúde do País. Para a remoção de cerume, são consideradas as seguintes indicações:

1. Otalgia.
2. Diminuição importante da audição.
3. Dificuldade de realizar otoscopia.
4. Desconforto auditivo.
5. Tinnitus (zumbido).
6. Tontura ou vertigem.
7. Tosse crônica.

Técnica - Irrigação com solução salina

1. Campo, toalha limpa ou compressa.
2. 1 otoscópio com otocone (calibre médio).
3. 1 seringa de 20 ml ou maior (pode-se usar seringa comum de plástico).
4. 1 cuba redonda.
5. 1 cuba rim.

Edilson





6. 1 par de luvas de procedimento.
7. 1 tesoura.
8. 1 scalp (butterfly) calibroso (pelo menos calibre 19).
9. 1 frasco estéril de solução salina isotônica a 0,9% (soro fisiológico) – sugere-se usar frascos de 100 ml. É possível a necessidade de uso de mais de um frasco.

Técnica de realização de remoção de cerume por irrigação

1. Indicar emolientes ou solução salina, sempre que possível, previamente ao procedimento.
2. Preparar o material seguindo a lista de equipamentos recomendados para o procedimento.
3. Cortar o scalp (butterfly) com aproximadamente 4 cm a partir da extremidade de acoplamento da seringa. Descartar a extremidade da agulha em local apropriado.
4. Aquecer a solução fisiológica isotônica a 0,9% (soro fisiológico), ainda com o frasco fechado, até a temperatura corporal (37°C), para evitar nistagmos e desconforto. Pode-se utilizar “banho-maria” ou aquecimento em micro-ondas.
5. Examinar cuidadosamente o canal do ouvido externo por meio da inspeção e palpação.
6. Realizar sempre a otoscopia antes do procedimento.
7. Despejar o soro aquecido na cuba redonda. Sempre assegurar que a temperatura do soro não está excessivamente alta, podendo pedir também ao paciente para verificá-la.
8. Aspirar com a seringa diretamente na cuba com o soro aquecido até completar a seringa.

PROCEDIMENTOS

9. Acoplar a seringa na extremidade não cortada do scalp.
10. Posicionar a toalha, campo cirúrgico ou compressa no ombro do paciente.
11. Sob leve pressão, posicionar a cuba rim, bem justaposta, à cabeça/pescoço do paciente na altura logo abaixo da orelha. Verificar se está bem justaposta para não molhar o paciente durante o procedimento.
12. Usar luva de procedimentos.
13. Introduzir a extremidade cortada do scalp com a concavidade voltada para frente e levemente para cima. Monitorar sempre sintoma de dor durante o procedimento.





14. Sob leve pressão, instilar o soro fisiológico, deixando escoá-lo na cuba rim.
15. Uma vez esvaziada a seringa, removê-la com o cateter (scalp), desacoplá-la e repetir as seis etapas anteriores quantas vezes forem necessárias.
16. Uma vez que esvazie a cuba redonda com o soro, deve-se completar novamente com o soro aquecido. Depois de completa de soro com cerume, esvaziá-la.
17. Verificar esporadicamente por meio da otoscopia se há mais cerume a ser removido.
18. O procedimento deve ser suspenso diante das seguintes situações:
 - Se não houver mais cerume a ser removido;
 - Insucesso após várias tentativas de remoção do cerume;
 - Desistência do paciente;
 - Dor ou outra intercorrência.

Cuidados com o procedimento

É fundamental realizar a otoscopia previamente e ao término do procedimento. Sempre realizar exame prévio cuidadoso, observando as contraindicações do procedimento.

Nunca insistir no procedimento na vigência e persistência de dor.

Não utilizar muita pressão durante a instilação do soro aquecido no ouvido do paciente.

Cuidado para não superaquecer o soro, nem tampouco utilizá-lo gelado. Verificar sempre a temperatura antes de instilar no ouvido.

Contraindicações à realização do método de irrigação com solução salina São consideradas contraindicações para a remoção do cerume por meio do método de irrigação com solução salina:

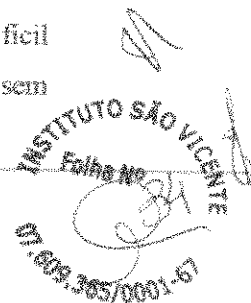
1. Otite aguda.
2. História progressa ou atual de perfuração timpânica.
3. História de cirurgia otológica.
4. Paciente não cooperativo.

Quando encaminhar:

O paciente deverá ser encaminhado ao especialista se detectada patologia auricular de difícil resolução na Atenção Primária à Saúde, como perfuração de tímpano, tumoração ou infecção sem



Edius





sucesso no tratamento clínico, ou diante de história clínica que indique contraindicação à remoção mecânica do cerume.

Para o paciente em que o procedimento de remoção do cerume não foi satisfatório, podem-se utilizar emolientes por alguns dias e tentar novamente a remoção. Caso seja ineficaz, sugere-se o encaminhamento ao especialista.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
Número POP - 025	Data da Validação	Data da Revisão
LAVAGEM AURICULAR - RETIRADA DE CERUME		

EXECUTANTE: Médico

CONCEITO:

Cerume é uma condição normal no canal auditivo externo e geralmente confere proteção contra otites agudas. O cerume impactado está presente em aproximadamente 10% das crianças, 5% dos adultos hígidos, 57% dos pacientes idosos e 37% das pessoas com retardo cognitivo. A presença dele é geralmente assintomática, mas, às vezes, pode causar complicações, como perda auditiva, dor ou tonturas. Também pode interferir no exame da membrana timpânica. A remoção de cerume é o procedimento mais comum de otorrinolaringologia realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) nos EUA e na Inglaterra. Estima-se que 4% dos pacientes da APS consultarão devido a essa condição naquele país. Há algumas técnicas que podem ser utilizadas para a remoção, dependendo da habilidade do profissional, da disponibilidade de instrumentos e da aceitabilidade do paciente.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

MÉTODO (TÉCNICA):

1. O otoscópio deve ser testado e o otocone, devidamente limpo, deve ser acoplado a ele. Prioriza-se um otocone com calibre intermediário.
2. O paciente deve estar preferencialmente sentado, em posição confortável.
3. Recomenda-se iniciar o exame no ouvido contralateral àquele afetado.
4. Realiza-se a inspeção e palpação cuidadosas do ouvido externo.

Edilson
INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº 05
07.609.365/0001-67



5. Com a mão não dominante do examinador, traciona-se a orelha pela hélice, no sentido posterior e superior, e a orelha deve ser mantida nessa posição até o final do exame. O objetivo da tração é a retificação do conduto auditivo externo (Figura 7).

6. Segura-se o otoscópio pelo cabo, com a cabeça voltada para baixo. Sempre se deve apoiar levemente a região hipotenar da mão que segura o cabo do otoscópio na cabeça do paciente, para evitar trauma se houver movimentação brusca da cabeça.

7. Deve-se procurar visualizar a membrana timpânica integralmente, identificando alguns pontos anatômicos de acordo com a Figura 3. Recomenda-se identificar o cone de luz como referencial que sempre estará disposto na região anteroinferior da membrana timpânica.

Tratamento O tratamento é realizado, sobretudo, por meio da remoção mecânica do cerume impactado, principalmente pelas técnicas de irrigação com solução salina ou remoção manual. Abordaremos a técnica de irrigação com solução salina pela disponibilidade, boa segurança e aceitabilidade, sendo possível de ser realizada na maioria dos centros de saúde do País. Para a remoção de cerume, são consideradas as seguintes indicações:

1. Otolgia.
2. Diminuição importante da audição.
3. Dificuldade de realizar otoscopia.
4. Desconforto auditivo.
5. Timbitus (zumbido).
6. Tontura ou vertigem.
7. Tosse crônica.

Técnica - Irrigação com solução salina Campo, toalha limpa ou compressa.

1. 1 otoscópio com otocone (calibre médio).
2. 1 seringa de 20 ml ou maior (pode-se usar seringa comum de plástico).
3. 1 cuba redonda.
4. 1 cuba rim.
5. 1 par de luvas de procedimento.
6. 1 tesoura.



- 623
- 1 scalp (butterfly) calibroso (pelo menos calibre 19).
 - 1 frasco estéril de solução salina isotônica a 0,9% (soro fisiológico) – sugere-se usar frascos de 100 ml. É possível a necessidade de uso de mais de um frasco.

Técnica de realização de remoção de cerume por irrigação

1. Indicar emolientes ou solução salina, sempre que possível, previamente ao procedimento.
2. Preparar o material seguindo a lista de equipamentos recomendados para o procedimento.
3. Cortar o scalp (butterfly) com aproximadamente 4 cm a partir da extremidade de acoplamento da seringa. Descartar a extremidade da agulha em local apropriado.
4. Aquecer a solução fisiológica isotônica a 0,9% (soro fisiológico), ainda com o frasco fechado, até a temperatura corporal (37°C), para evitar nistagmos e desconforto. Pode-se utilizar “banho- maria” ou aquecimento em micro-ondas.
5. Examinar cuidadosamente o canal do ouvido externo por meio da inspeção e palpação.
6. Realizar sempre a otoscopia antes do procedimento.
7. Despejar o soro aquecido na cuba redonda. Sempre assegurar que a temperatura do soro não está excessivamente alta, podendo pedir também ao paciente para verificá-la.
8. Aspirar com a seringa diretamente na cuba com o soro aquecido até completar a seringa.

PROCEDIMENTOS

9. Acoplar a seringa na extremidade não cortada do scalp.
10. Posicionar a toalha, campo cirúrgico ou compressa no ombro do paciente.
11. Sob leve pressão, posicionar a cuba rim, bem justaposta, à cabeça/pescoço do paciente na altura logo abaixo da orelha. Verificar se está bem justaposta para não molhar o paciente durante o procedimento.
12. Usar luva de procedimentos.
13. Introduzir a extremidade cortada do scalp com a concavidade voltada para frente e levemente para cima. Monitorar sempre sintoma de dor durante o procedimento.
14. Sob leve pressão, instilar o soro fisiológico, deixando escoá-lo na cuba rim.
15. Uma vez esvaziada a seringa, removê-la com o cateter (scalp), desacoplá-la e repetir as seis etapas anteriores quantas vezes forem necessárias.



16. Uma vez que esvazie a cuba redonda com o soro, deve-se completar novamente com o soro aquecido. Depois de completa de soro com cerume, esvaziá-la.

17. Verificar esporadicamente por meio da otoscopia se há mais cerume a ser removido.

18. O procedimento deve ser suspenso diante das seguintes situações:

- Se não houver mais cerume a ser removido;
- Insucesso após várias tentativas de remoção do cerume;
- Desistência do paciente;
- Dor ou outra intercorrência.

Cuidados com o procedimento

É fundamental realizar a otoscopia previamente e ao término do procedimento. Sempre realizar exame prévio cuidadoso, observando as contraindicações do procedimento.

Nunca insistir no procedimento na vigência e persistência de dor.

Não utilizar muita pressão durante a instilação do soro aquecido no ouvido do paciente.

Cuidado para não superaquecer o soro, nem tampouco utilizá-lo gelado. Verificar sempre a temperatura antes de instilar no ouvido.

Contraindicações à realização do método de irrigação com solução salina São consideradas contraindicações para a remoção do cerume por meio do método de irrigação com solução salina:

1. Otite aguda.
2. História pregressa ou atual de perfuração timpânica.
3. História de cirurgia otológica.
4. Paciente não cooperativo.

Quando encaminhar:

O paciente deverá ser encaminhado ao especialista se detectada patologia auricular de difícil resolução na Atenção Primária à Saúde, como perfuração de timpano, tumoração ou infecção sem sucesso no tratamento clínico, ou diante de história clínica que indique contraindicação à remoção mecânica do cerume.

624



Para o paciente em que o procedimento de remoção do cerume não foi satisfatório, podem-se utilizar emolientes por alguns dias e tentar novamente a remoção. Caso seja ineficaz, sugere-se o encaminhamento ao especialista.

625

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
Número POP - 026	Data da Validação	Data da Revisão
REMOÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS		

EXECUTANTE: Médico

CONCEITO:

Quase todos os ferimentos causados por corpos estranhos têm o potencial de infecção e, devido ao pequeno orifício de entrada, devem-se considerar o bacilo do tétano e os organismos piogênicos comuns como os possíveis invasores. Assim, a profilaxia do tétano deve ser rotina no tratamento primário dos corpos estranhos nos tecidos moles. O segundo problema diz respeito à questão sobre remover ou não o corpo estranho.

Quando penetrado nos tecidos recentemente, ele é facilmente localizado e acessível. Nesses casos, no geral, tentase a remoção. Se, contudo, ele não determina quaisquer sintomas, é melhor deixá-lo permanecer. Esse julgamento é criterioso, e o paciente deve ser informado. Quando se decide remover o corpo estranho, deve-se localizá-lo no tecido. Isso pode não ser difícil se o objeto é palpável, ou se é relativamente grande e o orifício de entrada estiver nitidamente visível. Se for pequeno e se localizar profundamente na gordura ou no músculo, a retirada é difícil. Particularmente quando não se pode localizá-lo com precisão nos tecidos, com ausência de referência a algum ponto na superfície da pele, que é válido para pequenos objetos pontiagudos, tais como agulhas, que podem migrar pelo tecido, como resultado da pressão local ou dos próprios movimentos. Às vezes é necessário o uso de radiografias para determinar o local exato dos objetos. Para retirada do corpo estranho, na maioria das vezes faz-se bloqueio anestésico local, tomando o cuidado com o edema formado, para não haver distorções anatômicas. Geralmente amplia-se o orifício de entrada, se for visível. Caso já esteja cicatrizado, faz-se nova incisão no local. Abaixo serão listados alguns procedimentos para retirada de alguns dos mais comuns corpos estranhos encontrados no dia a dia das Unidades Básicas de Saúde.

Tipos de corpos estranhos: Farpas de madeira e metálicas; Pedras, roupas; Vidro; Projéteis de arma de fogo.

Materiais necessários para o procedimento:

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha No
19-1000/586 699/10

Esclus



Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina. Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local. Campos estéreis.

Material para o procedimento: pinça hemostática curva, pinça anatômica, pinça dente de rato, porta-agulha, tesoura reta e tesoura curva.

Lâmina de histuri nº 11. Fio de sutura nylon 3.0.

Soro fisiológico para irrigação. Gaze.

Dreno de Penrose.

Luva esterilizada.

Seringa de 5 ml.

Agulha 40 x 12 (rosa).

Agulha hipodérmica (de insulina). Máscara e óculos para proteção.

Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
2. Determine o local do corpo estranho.
3. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.
4. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduzir o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro do local do objeto. Cuidar com o edema que resulta, pois se podem perder os parâmetros da localização. Utiliza-se o orifício de entrada quando existente ou utiliza-se a cicatriz prévia como referência.
5. Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, que deve ser longa.
6. Uma vez realizada a anestesia, faz-se incisão longa e profunda o suficiente ao longo da linha da pele para promover a retirada do objeto, com auxílio das pinças.
7. Irrigar a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.



8. Se o ferimento permitir, e for necessário, pode-se confeccionar uma sutura com pontos simples como nylon 3.0.

9. 10. Curativo com gaze.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número do POP - 027

Data da Validação Data da Revisão

REMOÇÃO DE MOLUSCO CONTAGIOSO

EXECUTANTE: Médico

CONCEITO:

O molusco contagioso é uma doença dermatológica causada pelo vírus do gênero Molluscipoxvirus, da família Poxviridae. Afeta crianças, principalmente as atópicas, pacientes imunossuprimidos e adultos sexualmente ativos. A transmissão ocorre por contato direto com pessoas infectadas, por meio de fômites ou autoinoculação. O período de incubação é variável, geralmente de três semanas a três meses. Na infância, o pico de incidência situa-se entre 3 e 10 anos e as pápulas localizam-se na face, tronco ou extremidades. Em adultos, a transmissão costuma ser sexual e as lesões, portanto, geralmente limitadas à região anogenital. A presença de lesões múltiplas na face, pescoço ou disseminadas em adultos sugere imunossupressão, devendo se atentar para infecção pelo HIV.

Usualmente as lesões são assintomáticas, mas podem apresentar eczema e prurido ao redor delas. A procura à Unidade Básica de Saúde costuma ser em função do incômodo estético.

TRATAMENTO

Em geral, nos indivíduos imunocompetentes, as lesões involuem espontaneamente em um a dois anos, não se justificando tratamentos mais agressivos que possam deixar cicatrizes. Quando se opta pelo tratamento, pode ser realizada a remoção mecânica por meio da curetagem com posterior aplicação de tintura de iodo em cada lesão. Alternativas eficazes, porém não disponíveis na Unidade Básica de Saúde, é a realização de crioterapia e o uso tópico da cantaridina.



Deve-se alertar o paciente quanto à possibilidade do aparecimento de novas lesões, dado o curso natural da infecção, que pode durar vários meses e não desenvolver imunidade definitiva.

Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.

O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção.

Aplica-se espessa camada do creme anestésico* com aproximadamente 2,5 g por 10 cm². A aplicação deve ser feita sob bandagem oclusiva, com tempo de contato mínimo de 60 minutos. Retira-se a bandagem e o creme anestésico e prepara-se a área afetada com um agente tópico disponível.

Procede-se à curetagem das lesões com uma agulha de calibre compatível com a lesão (geralmente usa-se a agulha 40 x 12). O médico deve observar se as lesões são muito grandes ou estão inflamadas, o que pode impedir o procedimento devido ao risco de infecção ou dor.

Após a curetagem, aplica-se álcool iodado em cada lesão. * Geralmente são utilizados cremes à base de lidocaina 25 mg isolada ou associada à prilocaina (25/25 mg/g). A mistura eutética de anestésicos locais parece ser especialmente útil em crianças e para procedimentos cirúrgicos superficiais.

Em crianças entre 3 e 12 meses de idade, a dose total não deverá exceder a 2 g, nem a área total de aplicação na pele deverá exceder a 16 centímetros quadrados, por um tempo máximo de quatro horas.

Não está recomendado para crianças menores de três meses de idade.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
Número do POP - 028	
Data da Validação	Data da Revisão

TRATAMENTO DE FERIDAS SUPERFICIAIS

EXECUTANTE: Médico

CONCEITO:



629

Assistência aos casos de traumatismos superficiais nas Unidades Básicas de Saúde, orientando as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) para limpeza da ferida, síntese, curativo e profilaxia do tétano das feridas consequentes de traumatismos. Entende-se por traumatismo as lesões sofridas por qualquer tecido dentro de sua integridade anatômica e vivência celular. A maioria dos traumatismos é de origem extrínseca, violenta e de natureza acidental ou intencional. Quando o agente vulnerante atinge a pele, o tecido celular subcutâneo ou mesmo as aponeuroses e os músculos, o traumatismo é chamado superficial. O atendimento a pacientes portadores de traumatismos superficiais constitui a maior parte do movimento de cirurgia ambulatorial dos hospitais que dispõem de serviço de emergência e, destes, grande parte poderia ser resolvida nos serviços de APS.

TRATAMENTO

O objetivo principal do tratamento nos traumatismos superficiais é restabelecer a integridade anatômica e funcional dos tecidos, sem se esquecer do aspecto estético, às vezes, de grande importância.

Nas feridas, o objetivo principal é o seu fechamento o mais breve possível. No entanto, antes de iniciar o tratamento, ela deve ser inspecionada com os cuidados de assepsia para evitar o aumento da contaminação.

Simultaneamente, deve-se colher dados sobre as circunstâncias em que ocorreu o traumatismo, o tipo de agente vulnerante, o tempo decorrido até a procura do tratamento, o estado de imunidade, a presença de moléstia crônica debilitante e de alergias em geral.

a. Fechamento primário:

É reservado para as feridas limpas, com pequeno risco de infecção. Nas feridas traumáticas, seu sucesso depende de limpeza rigorosa, desbridamento e hemostasia. O fechamento primário é contraindicado nas seguintes situações:

- Intervalo maior que 6-8 horas entre o traumatismo e o início do tratamento: esse critério, apesar de servir como orientação geral, é relativo. Assim, uma ferida limpa em jovem sadio pode ser fechada mesmo que tenha uma evolução mais longa. Ao contrário, uma ferida perfurante, suja, num indivíduo idoso, debilitado, não deve ser fechada, mesmo que abordada precocemente.
- Tecidos com suprimento sanguíneo inadequado.
- Impossibilidade técnica de aproximação das bordas da ferida em consequência de perda de pele e tecido celular subcutâneo.

Esperanças



630
• Ferida por mordedura. Em que pese o grande risco de infecções, deve-se fazer exceção nos casos de feridas extensas com necessidade de recomposição estética ou funcional.

b. Fechamento primário retardado: É reservado para feridas com maior risco de infecção, seja pelo alto grau de contaminação, continuação seja pelo longo tempo decorrido entre a lesão e a procura de tratamento. Nesses casos, após limpeza, desbridamento e hemostasia rigorosos, cobre-se a ferida com gaze esterilizada e faz-se inspeção diária em condições assépticas: se a ferida evoluir sem sinais de infecção até o terceiro ou quarto dia, procede-se ao fechamento normal.

Caso contrário, faz-se a opção pelo tratamento aberto.

c. Tratamento aberto: É utilizado quando há contraindicação para o fechamento primário ou primário retardado, ou quando esses dois falham. Sua maior indicação é nas feridas infectadas. Após colher material para bacterioscopia direta e cultura, a ferida é mantida aberta de modo a drenar espontaneamente, sendo apenas recoberta com gaze esterilizada umedecida em solução salina.

Se a infecção apresentar sinais de disseminação (linfangite, linfadenite, celulite), com ou sem sinais de toxemia, deve-se administrar antibióticos de largo espectro até que se obtenham maiores indícios quanto ao agente bacteriano responsável, por meio do exame direto, cultura antibiograma da secreção.

E, nesses casos, o paciente deve ser encaminhado para um pronto-socorro mais próximo, para a coleta de amostras e antibioticoterapia.

O fechamento desse tipo de ferida processa-se pela formação de tecido de granulação e o posterior epitelização. O resultado estético em geral não é bom.

d. Fechamento secundário: É reservado para feridas cujo tratamento aberto evolui bem. Na tentativa de abreviar a cura, faz-se a excisão de suas bordas e procede-se à sutura ou, quando esta não é possível, aplica-se sobre a ferida um enxerto cutâneo. Preparo da área traumatizada A área ao redor da ferida deve ser limpa com água e sabão ou soluções antissépticas não irritativas. O uso de antissépticos no leito das feridas não deve ser feito, não só pela citotoxicidade, contribuindo para o retardo na cicatrização, mas também por não consistir no mecanismo mais eficiente de reduzir a contagem bacteriana nas lesões. Os antissépticos devem ser utilizados somente para a limpeza da pele íntegra adjacente à ferida. A tricotomia somente é feita em áreas pilosas quando os pelos dificultam o tratamento adequado da ferida. Algumas regiões como



supercílios e cílios não devem ser raspadas porque o crescimento dos pelos pode ser irregular, retardado ou ausente. Anestesia

631

Nas lesões traumáticas superficiais, é utilizada a anestesia local, em suas várias modalidades (tópica, infiltração local, bloqueio de campo e bloqueio regional). Ela é aplicada após a limpeza da área traumatizada. Caso contrário, pode aumentar a contaminação dos tecidos, levando à infecção. Deve-se evitar também o uso de anestésicos associados a vasoconstritores, pois a isquemia local favorece o aparecimento de infecções.

Os nervos digitais podem ser bloqueados com a introdução da agulha à altura da base dos dedos, por meio de duas punções, dos dois lados do tendão extensor, entrando pela face posterior do dedo e dirigindo-se a agulha até o plano subcutâneo da face palmar.

A seguir, a agulha é direcionada mais profundamente até sentir a resistência óssea, para infiltração do periosteio. Não se deve utilizar anestésico com vasoconstritor pelo risco de isquemia do dedo. Esse tipo de bloqueio serve para anestesia do dedo e da unha. Limpeza da ferida. Uma vez anestesiada, a ferida deve receber limpeza rigorosa de seu leito, cujo objetivo é remover as fontes de contaminação como corpos estranhos, coágulos e bactérias.

A irrigação da ferida pode ser feita com soro fisiológico em leve pressão (seringa de plástico) para promover o desprendimento de bactérias e corpos estranhos aderidos aos tecidos. Para essa irrigação, é utilizada agulha de calibre 12 e seringa de 20 ml. Estudos recentes têm mostrado que esses cuidados são mais eficientes na profilaxia de infecções que o uso de antibióticos.

Hemostasia

A hemostasia é feita rotineiramente após a limpeza da ferida, exceto naqueles casos de sangramento intenso em que será feita de imediato. Deve-se ter o cuidado de pinçar somente o vaso que sangra, evitando ligaduras em massa que só servem para aumentar a área de necrose e contribuir no aparecimento de infecções. Para a ligadura de pequenos vasos, utiliza-se fio absorvível 4-0 ou 5-0.

É desaconselhável o uso de cautério em feridas traumáticas devido ao aumento da área de necrose.

Desbridamento

É muito importante que seja realizado o desbridamento nas feridas traumáticas, com o objetivo remover tecidos desvitalizados ou impregnados com substâncias estranhas cuja remoção é impossível com a limpeza da ferida. Além disso, diminui a carga bacteriana e facilita os mecanismos de defesa local do hospedeiro. Com o desbridamento, também se acertam as bordas da ferida, preparando-a para a síntese.

Epheus



Síntese

Consiste na aproximação dos tecidos separados por traumatismo acidental ou cirúrgico. O objetivo é restabelecer a anatomia e a função alteradas pelo traumatismo. A síntese pode ser feita com sutura, fitas adesivas, adesivos sintéticos ou biológicos, imobilização, ou qualquer outro método que produza bom afrontamento das bordas da ferida.

A síntese da pele é feita preferencialmente por pontos separados, por serem seguros e permeáveis, o que constitui vantagem diante da maior possibilidade de infecção, e pode ser feita de diversas maneiras, cada uma com vantagens e desvantagens.

O ponto simples é o tipo mais usado e permite adequada aproximação das bordas de uma ferida. Detalhes importantes: a tensão para amarrar o ponto deverá ser o suficiente para aproximar borda com borda, suavemente, sem esmagar, pois pontos muito apertados impedem a boa circulação local e, conseqüentemente, a boa cicatrização, além de deixar marcas evidentes e definitivas dos fios; e a distância entre os pontos também deve ser observada, para que fique o mais distante um do outro para facilitar a circulação local, porém de tal maneira que não permaneçam áreas de bordas afastadas, sem contato íntimo. Também é importante destacar que, para um resultado ainda mais estético, o médico assistente deve considerar as linhas de força da pele, que consistem na orientação da menor tensão da superfície corporal.

A síntese das aponeurosses e dos músculos visa, sobretudo, a reconstituição funcional. Os fios utilizados são preferencialmente os sintéticos absorvíveis, em pontos separados, simples, em "X" ou em "U" horizontal (modalidades de pontos).

Os fios utilizados em sutura dividem-se em absorvíveis (após um tempo se desintegram, não deixando resquícios) e inabsorvíveis (permanecem por tempo indefinido em contato com os tecidos, possuindo, em geral, maior força tênsil residual); biológicos (origem animal) e sintéticos; mono e multifilamentares, entre outras características. Os fios mais utilizados em traumatismos superficiais são o nylon (inabsorvível) e o catégute (absorvível biológico).

Profilaxia do tétano

A profilaxia do tétano deve constituir medida de rotina no tratamento das feridas. Sabe-se que qualquer ferimento é potencialmente perigoso desde que entre em contato com o Clostridium tétano. No entanto, algumas feridas representam terreno mais propício à germinação dos esporos do tétano.

Estes, em condições favoráveis (anaerobiose), transformam-se na forma vegetativa e iniciam a produção de sua potente exotoxina. Atenção especial deve ser dada a indivíduos portadores de

632



feridas profundas, sede de corpos estranhos, com grande quantidade de tecido desvitalizado e que vieram tardiamente à procura de cuidados.

633

Medidas gerais

- Instituir o tratamento cirúrgico correto das feridas;
- Determinar para cada paciente a profilaxia adequada contra o tétano;
- Todo paciente deve receber imunização ativa com o toxoide tetânico, aplicado intramuscularmente no momento da lesão, exceto os que completaram a imunização nos últimos 12 meses e os que receberam dose de reforço nos últimos 12 meses;
- Considerar a necessidade de imunoglobulina tetânica homóloga, analisando as características da ferida e o estado prévio de imunização ativa e fornecer ao paciente cartão de registro das imunizações recebidas.

Retirada de pontos

Deve-se evitar a permanência exagerada dos pontos na pele.

Sugestão:

- 5 dias na face, pela facilidade de cicatrização.
- 10-12 dias em membros inferiores e regiões de articulações.
- 7 dias em outras regiões do corpo.

Para se retirar os pontos, deve-se utilizar uma pinça, tipo dente de rato, ou outra que pegue realmente os fios, e uma tesoura de ponta fina e bem afiada. Com a pinça, pega-se a extremidade do fio que é levantado ligeiramente, expondo o ponto de penetração na pele que será cortado exatamente nessa região com a tesoura de ponta fina. Se, durante a retirada deles, for notado algum sinal de deiscência, alguns pontos de ancoragem podem ser deixados, além de reforço de adesivo, e reavaliar em 2-3 dias para completar a retirada dos outros pontos.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número do POP - 029

Data da Validação Data da Revisão

634

TRATAMENTO DE UNHA ENCRAVADA

EXECUTANTE: Médico

CONCEITO:

Um conhecimento básico sobre a anatomia da unha é útil no entendimento das doenças ungueais e seu tratamento cirúrgico. A unha é uma unidade anatômica composta por corpo, leito e matriz. O corpo é a parte dura, queratinizada, que é habitualmente convexa e situa-se na parte distal da falange. É a parte que “cresce” da unha e que causa a maior parte dos problemas sintomáticos. O corpo é firmemente aderido ao leito ungueal e, proximoamente, existe a matriz 50 Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção a Saúde | Departamento de Atenção Básica que é responsável pela produção de queratina dura. Ocultando a raiz, há uma prega cutânea de queratina mole denominada eponíqueo (popularmente chamada de cutícula). Seguindo entre o eponíqueo e o corpo, há uma zona esbranquiçada em forma de meia lua chamada lúnula. Denomina-se unha encravada a situação em que a margem ungueal penetra a camada córnea vizinha com lesões das bordas laterais, podendo haver tecido de granulação ou infecção associado.

O quadro é geralmente acompanhado de dor intensa, inflamação e, às vezes, infecção com secreção purulenta. O dedo mais frequentemente afetado é o hálux. Não se deve esquecer que, apesar de rara, pode haver lesão maligna subungueal nos casos crônicos que não respondem ao tratamento.

Para os casos agudos ou decorrentes de trauma, o tratamento de primeira escolha é a simples remoção de um segmento de unha, que, certamente, aliviará a inflamação, mas o paciente deve estar ciente de que o processo pode retornar e deve aprender a mantê-la limpa, adequadamente aparada (corte reto) e hidratada, além do uso de sapatos confortáveis.

MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA O PROCEDIMENTO:

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaina 1% sem vasoconstrictor para anestesia local.
- Campos estéreis.



Esportes



- Material para o procedimento: tenta cânula, pinça anatômica, pinça dente de rato, porta agulha, tesoura reta.
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Fio de sutura mono nylon 3.0.
- Soro fisiológico para irrigação.
- Gaze.
- Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12 (rosa).
- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Máscara e óculos para proteção.

635

TÉCNICA

Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.

Examine a unha que será tratada e o tecido de granulação circunscrito.

Realiza-se o bloqueio digital com lidocaina sem vasoconstritor, pois o procedimento é extremamente doloroso.

Procede-se à limpeza do dedo com sabão e água, degermação com povidine ou clorexidíne.

Inicia-se o procedimento propriamente dito com a introdução de uma tentacânula, ou instrumental semelhante, a mais ou menos 3 mm da margem lateral, longitudinalmente até a

matriz. Descola-se o leito ungueal, provocando avulsão parcial do segmento que está encravado. Resseca-se esse segmento da unha com uma tesoura reta, ou lâmina de bisturi, até a base da unha, juntamente com a matriz.

Em seguida, corta-se em elipse o tecido de granulação e pode-se realizar a curetagem do leito. Se não houver infecção associada, pode-se retirar uma elipse de pele e tecido subcutâneo da borda com tecido de granulação, suturando-se após com nylon, propiciando cicatrização por primeira intenção.

Lavar o ferimento com soro fisiológico Curativo com gaze.

Handwritten signature



Existem outras técnicas cirúrgicas para tratamento de unha encravada, porém tão importantes quanto o procedimento são os cuidados pré e pós-operatórios com adequada orientação de higiene dos pés, corte e manutenção diária das unhas, principalmente dos pacientes idosos e diabéticos.

636

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 038	Data da Validação	Data da Revisão
------------------	-------------------	-----------------

PASSAGEM DE SONDA ENTERAL COM LOCALIZAÇÃO PRÉ- PILÓRICA (GÁSTRICA)

EXECUTANTE: Enfermeiros e Médicos

OBJETIVO: Obter via de acesso para administração da nutrição com a sonda em posição pré-pilórica (gástrica).

APLICAÇÃO: Aos pacientes com prescrição médica de nutrição enteral (localização gástrica) no domicílio.

MATERIAIS: Bandeja, biombo, toalha, luvas de procedimento, papel higiênico, sonda enteral Nº12 ou 14 para gavagem e Nº16 ou 18 para sifonagem, esparadrapo, xilocaina gel, seringa de 20ml, estetoscópio, coletor sistema aberto (para sifonagem), máscara descartável.

AÇÕES:

1. Verificar na prescrição médica a indicação da sondagem;
2. Revisar o histórico do paciente para condições nasais que contra indiquem a passagem da sonda pelo nariz (nesse caso faz-se a passagem pela cavidade oral);
3. Avaliar o estado mental do paciente;
4. Explicar o procedimento ao paciente (mesmo inconsciente);
5. Realizar a higienização das mãos.
6. Avaliar as narinas verificando algum fator que contra indique sua passagem (obstrução nasal, desvio de septo acentuado, presença de secreção);
7. Avaliar a capacidade do paciente para deglutição;
8. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
9. Separar o material necessário para o procedimento na bandeja;

Edius



637

10. Colocar a bandeja próxima ao paciente;
11. Assegurar a privacidade do paciente com biombos;
12. Colocar o paciente em posição sentada ou elevar o decúbito em 45°, colocando a toalha sobre o tórax.
13. Calçar as luvas de procedimento;
14. Verificar o uso de prótese dentária (devem ser retiradas com o consentimento do paciente);
15. Solicitar ao paciente que faça, ou fazer por ele a higiene das narinas com papel higiênico;
16. Medir a sonda da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide, descer alguns centímetros conforme a estatura do paciente em marcar com um pedaço de esparadrapo o local;
17. Lubrificar a sonda com xilocaina gel;
18. Solicitar ao paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax (Verificar se não há restrições no movimento do pescoço ou fazer por ele s/n);
19. Introduzir a sonda suavemente pela narina escolhida até ultrapassar a epiglote (sentido cranial, para trás e para baixo), solicitando ao paciente que faça o movimento de deglutição;
20. Voltar à cabeça para a posição ereta;
21. Continuar introduzindo a sonda até o ponto marcado na sonda;
22. Para certificar o posicionamento correto da sonda, utilizar os métodos abaixo:
 - a) Injetar 10ml de ar pela sonda e auscultar em região gástrica por meio de estetoscópio para certificar o posicionamento (som específico);
 - b) Conectar uma seringa de 20ml à extremidade da sonda e aspirar para confirmar o posicionamento correto da sonda no estômago (deve refluir resíduo gástrico);
 - c) Emergir a parte proximal da sonda e um copo com água e, se aparecer borbulhas, a sonda está nas vias aéreas (retirá-la imediatamente);
23. Observar dispnéia, cianose ou dificuldade para falar (o posicionamento da sonda pode estar errado – retirá-la imediatamente);



24. Fixar a sonda com adesivo hipoalergênico, e de maneira que a sonda não pressione a asa do nariz. 638
25. Em caso de sifonagem, adaptar um coletor sistema aberto na extremidade da sonda;
26. Posicionar o paciente de forma confortável;
27. Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
28. Desprezar os resíduos;
29. Retirar a luva de procedimento;
30. Encaminhar o material permanente para a sala de utilidades, onde a bandeja deverá ser lavada com água e sabão, secada com papel toalha e higienizada com álcool a 70%.
31. Realizar a higienização das mãos.
32. Checar o horário do posicionamento da sonda na prescrição médica, com a rubrica de quem instalou;
33. Descrever o procedimento realizado na evolução de enfermagem, assim como suas possíveis intercorrências.
34. O procedimento para a passagem da sonda orogástrica é o mesmo descrito acima, apenas modificando o local de inserção do nariz pela boca, diminuindo o tamanho da sonda a ser inserida.

Cuidados Relacionados:

- Cianose, tosse e dispnéia são indicativos de que a sonda está sendo dirigida para o trato respiratório (retirar a sonda imediatamente);
- Trocar a fixação da sonda sempre que estiver solta ou suja;
- É privativo ao enfermeiro na equipe de enfermagem a instalação da sonda nasogástrica;

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 039	Data da Validação	Data da Revisão
------------------	-------------------	-----------------

ANTROPOMETRIA

EXECUTANTE: Profissional de Saúde que prestam assistência ao usuário.

OBJETIVO: fazer um levantamento das medidas de tamanho e proporções do corpo humano.

CONCEITO:



Consiste em fazer um levantamento das medidas de tamanho e proporções do corpo humano, as medidas antropométricas, tais como: peso, altura, circunferência da cintura e do quadril. O objetivo desta investigação é avaliar o padrão nutricional e estabelecer a prevalência de obesidade de população brasileira e os fatores associados.

MATERIAIS: Esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, Balança antropométrica, Algodão, álcool a 70%, Fita métrica, Glicosímetro, Fitas de glicemia.

ORIENTAÇÕES

O profissional de saúde deverá realizá-lo antes de cada atendimento ao usuário (consulta médica, consulta de enfermagem, consulta do cirurgião dentista, vacinação, inalação, medicação, curativos, HIPERDIA, puericultura, etc.).

1. Realizar a lavagem das mãos antes e após os procedimentos de acordo com o Protocolo.
2. Orientar ao usuário sobre o procedimento.
3. Avaliar suas queixas.
4. Registrar no prontuário as informações adquiridas, conforme protocolo.
5. Encaminhar as fichas ou as anotações para as salas de atendimento;
6. Manter a sala organizada.

***Para unidades de saúde onde os auxiliares/técnicos de enfermagem realizam as medidas antropométricas, temperatura axilar, aferição de PA e Glicemia Capilar para toda a equipe, a equipe deverá se organizar para as ações que serão prescritos pelo Enfermeiro quando da implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Neste sentido, dependendo das demandas da equipe de enfermagem para a efetivação da SAE, os profissionais de saúde deverão realizar as medidas antropométricas, aferição de PA e Glicemia dos seus pacientes, assim como as demais medidas antropométricas.

Cabe ressaltar que, não é exclusividade da equipe de enfermagem realizar pré-triagem para os demais membros da equipe.

PESO

- ☐ Balança Infantil – mecânica ou eletrônica
- ☐ Balança de Adulto
- ☐ Aferir periodicamente as balanças
- ☐ Certificar que as balanças estão apoiadas sobre uma superfície plana, lisa e firme.

Handwritten signature

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha nº 639
07.09.2015



- 1- INFANTIL < de 1 ano= prato da balança deve ser forrado com uma proteção (papel descartável ou fralda de pano) antes da calibragem, para evitar erros na pesagem.
- 2- Para balança mecânica->Destruar a balança; verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Não estando calibrada, gire lentamente o calibrador, observe a nivelção da agulha.
- 3- Assim que calibrada, trave a balança
- 4- Verifique o ambiente (observe correntes de ar) para pedir à mãe despir a criança (inclusive calçado). Em Adolescentes/Adultos/Pessoa Idosa, devem ter o menor peso possível de roupas e acessórios.
- 5- Destruar a balança, mover os cursores sobre a escala numérica: primeiro adéque o "peso" maior para os quilos, depois o menor para os gramas
- 6- Coloque a Criança deitada, ou sentada na balança (atentar para sua segurança)
- 7- Ajude os Adolescentes/Adultos/Pessoa Idosa a subir na balança (devidamente forrada -> os pés descalços).
- 8- Realizar a leitura.
- 9- Travar a balança, evitando desgaste da mola (para manter o bom funcionamento do aparelho).
- 10- Retirar a criança da balança ou, auxiliar a descida do Adolescentes/Adultos/Pessoa Idosa da balança.
- 11- Retornar os cursores ao zero na escala numérica.
- 12- Anotar o peso no cartão da criança ou, prontuário (no caso de adolescente/adulto/Pessoa Idosa).
- 13- Comunique o peso para o cliente ou acompanhante. 14- Deixe a balança, pronta para a próxima pesagem.

Passo a passo por imagem:

ATENÇÃO: Em hipótese alguma a criança menor de dois anos poderá ser pesada em balança de adulto.

PERÍMETRO CEFÁLICO

- 1- Criança em decúbito dorsal



- 641
- 2- Posicionar a fita métrica sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima
 - 3- Não incluir pavilhão auricular.
 - 4- Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior
 - 5- Registrar a informação no prontuário e na carteira de vacinação (podendo ser utilizado gráficos).
 - 6- Registrar o valor encontrado em caderneta de vacinação e no prontuário conforme protocolo.
 - 7- Manter a sala organizada.

PERÍMETRO TORÁCICO

- 1- Colocar a criança deitada ou sentada de acordo com a idade da criança.
- 2- Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos. 3- Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax.
- 4- Realizar a leitura.
- 5- Anotar na ficha clínica, gráfico de desenvolvimento e crescimento e cartão da criança.
- 6- Registrar no prontuário conforme protocolo estabelecido.

CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL

- 1- Orientar o paciente quanto ao procedimento.
- 2- Orientar a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com mínimo de roupas possível.
- 3- Colocar a fita métrica ao redor do quadril, na área de maior diâmetro, sem comprimir a pele.
- 4- Manter a fita métrica ajustando no mesmo nível em todas as partes. 5- Realizar a leitura.
- 6- Registrar em prontuário conforme protocolo estabelecido.

CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

- 1- Solicitar a pessoa que fique em pé com os braços relaxados ao lado do corpo, os pés juntos e a região abdominal também relaxada e livre de roupas.



- 2- O profissional deve se posicionar lateralmente à pessoa para fazer a leitura
- 3- Localizar a última costela – Solicitar para a pessoa inspirar e segurar a respiração por alguns segundos
- 4- Localizar a crista ilíaca – apalpar o ilíaco até encontrar a região mais elevada
- 5- Colocar a fita horizontalmente ao redor do abdome sobre o ponto médio definido
- 6- Segurar a parte inicial da fita com a mão esquerda e posicionar abaixo da parte final da fita que estará segura pela mão direita
- 7- Verificar se a fita está alinhada em um plano horizontal, paralelo ao chão
- 8- Ajustar a fita firmemente em torno do abdome, sem enrugar a pele, nem comprimir os tecidos subcutâneos
- 9- Realizar a leitura no final da expiração
- 10- Registrar o valor obtido no prontuário conforme protocolo.

MEDIDA DE ESTATURA

Crianças menores de 2 anos:

- 1- Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços.
- 2- Manter, com a ajuda da mãe/responsável: a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito; os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro; os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro.
- 3- Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam.
- 4- Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada.
- 5- Retirar a criança.
- 6- Registrar em prontuário conforme protocolo estabelecido.

Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:



- 1- Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento.
- 2- Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
- 3- Solicitar ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/ parede.
- 4- Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
- 5- Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel. 6- Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento.
- 7- Registrar no prontuário conforme protocolo estabelecido.

TEMPERATURA AXILAR

- 1- Receba o cliente e explique o procedimento e lave as mãos
- 2- Expor e secar a axila, proporcionar a privacidade do usuário.
- 3- Coloque o bulbo do termômetro na axila, protegendo o termômetro entre as duas dobras da pele, fazer abdução do braço direito até um ângulo de 35°C
- 4- Assegurar a colocação exata e realizar a adução
- 5- O termômetro deve ficar firme no local por 3 minutos 6- Retirar o termômetro
- 7- Realizar leitura
- 8- Anotar no prontuário
- 9- Comunique a temperatura ao cliente ou acompanhante 10- Encaminhar paciente para consulta ou procedimento.

☐ Temperatura axilar com termômetro digital

1. Colocar o cliente em decúbito dorsal ou sentada, sentir o pulso sobre os dedos. Esse será o nível estimado da PAS, neste momento insufla-se mais 20 a 30 mmHg;
2. Coloque o campânula (o diafragma) do estetoscópio sobre a artéria braquial; 9- Observar o mostrador do manômetro;
3. Trave a válvula de rosca da pera;



4. Desaperte lentamente a válvula de rosca da pera, (observe o ponto de velocidade (lento) que permita observar o movimento do ponteiro do manômetro);
5. Ao liberar a pressão do manguito, após um período de silêncio ocorrerá o som inicial, (primeiro som, seguido de batidas regulares -> é o pico da pressão arterial durante a contração sanguínea (sístole);
6. Seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Acompanhe o ponteiro e após 10 a 20 mm Hg do último som auscultado solte o ar rapidamente. Registre a última fração numérica (diástole);
7. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólicas, complementando com a posição do cliente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida;
8. Anote no prontuário e cartão de acompanhamento do programa da unidade (se o mesmo tiver);
9. Realize educação em saúde ou orientações;
10. O cliente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial;
11. Encaminhar paciente para consultas ou procedimentos.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 040	Data da Validação	Data da Revisão
------------------	-------------------	-----------------

COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL

EXECUTANTE: Enfermeiros e Médicos

OBJETIVO: Rastreamento de avaliação ginecológica das mulheres em idade fértil

MATERIAIS: Espéculo (tamanho pequeno, médio e grande). Lâmina com uma extremidade fosca. Espátula de Ayre. Escova cervical. Par de luvas para procedimento. Formulário de requisição do exame. Lápis n.º. 2 (para identificação da lâmina). Máscara cirúrgica e óculos de proteção. Fixador apropriado. Recipiente para acondicionamento das lâminas. Lençol para cobrir a cliente. Avental. Foco de Luz.

AÇÕES:

Descrição do procedimento:

ANTES DE INICIAR A COLETA



- 1- Perguntar se está grávida ou suspeita estar. Caso afirmativo não colher material endocervical.
- 2- Identificar a lâmina, na extremidade fosca, com lápis n.º 2, com as iniciais do nome da mulher, data de nascimento, data da coleta e estabelecimento de saúde. Identificar o frasco que vai acondicionar a lâmina com o nome completo da mulher, data de nascimento, data da coleta e estabelecimento de saúde.

COLETA

- 3- Crie um ambiente acolhedor respeitando a privacidade da mulher;
- 4- Orientar a mulher sobre o desenvolvimento do exame;
- 5- Solicite à cliente que esvazie a bexiga;
- 6- Preencher o formulário completo, com letra legível e sem rasura;
- 7- Colocar a mulher na posição ginecológica adequada, o mais confortável possível;
- 8- Cubra-a com o lençol;
- 9- Posicionar o foco de luz;
- 10- Colocar as luvas descartáveis;
- 11- Inicie o exame, expondo somente a região a ser examinada:
 - * Observar atentamente os órgãos genitais externos, prestando atenção à distribuição dos pelos, à integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, à presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação, de veias varicosas e outras lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações.
- 12- Colocar o espéculo, que deve ter o tamanho escolhido de acordo com as características perineais e vaginais da mulher a ser examinada:
 - * Escolha o espéculo mais adequado ao tamanho da vagina da paciente. A dificuldade em localizar o colo pode estar na escolha errada do tamanho do espéculo. O espéculo de tamanho pequeno deve ser utilizado em mulheres que não tiveram parto vaginal (normal), muito jovem, menopausa das e em mulheres muito magras. O espéculo de tamanho grande pode ser o indicado para as mulheres multiparas e para as obesas. Condições intermediárias ou em caso de dúvida, use o de tamanho médio.
- 13- Introduza o espéculo, procedendo da seguinte forma:





- 646
- a) Não lubrifique o espécúlo com qualquer tipo de óleo, glicerina, creme ou vaselina.
 - b) No caso de pessoas idosas com vaginas extremamente ressecadas, recomenda-se molhar o espécúlo com soro fisiológico ou solução salina.
 - c) Introduzir o espécúlo suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinado fazendo uma rotação deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espécúlo fique na posição horizontal.
 - d) Abrir lentamente e com delicadeza de maneira que o colo do útero fique exposto completamente.
 - e) Na dificuldade de visualização do colo sugira que a mulher tussa, não surtindo efeito solicite ajuda de outro profissional mais experiente.
 - f) Se ao visualizar o colo houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça, sem esfregar, para não perder a qualidade do material a ser colhido.

14- Coleta da Ectocérvice:

- a) Utilize a espátula de madeira tipo Ayre, do lado que apresenta reentrância.
- b) Encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360.º, em torno de todo o orifício, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra.
- c) A amostra ectocervical deve ser disposta no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada com as iniciais da mulher e o número do registro.

15- Coleta Endocervical:

- a) Utilize a escova de coleta endocervical.
- b) Recolha o material introduzindo a escova delicadamente no canal cervical, girando-a 360.º.
- c) Estenda o material retirado da endocérvice rolando a escova de cima para baixo, na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal.

16- Fixação do Material:



- a) A fixação do esfregaço deve ser procedida imediatamente após a coleta, sem nenhuma espera.
- b) Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20cm.
- c) Colocar a lâmina dentro do seu recipiente.
- 17- Fechar o espêculo não totalmente, evitando beliscar a mulher.
- 18- Retirar o espêculo delicadamente, inclinando levemente para cima, observando as paredes vaginais.
- 19- Auxiliar a mulher a descer da mesa. 20- Retirar as luvas e lavar as mãos.
- 21- Anotar o procedimento, a inspeção clínica e as intervenções no prontuário da cliente.
- 22- Informar sobre a possibilidade de um pequeno sangramento que poderá ocorrer depois da coleta, tranquilizando-a que cessará sozinho
- 23- Orientá-la quanto ao tempo que levará para a chegada do resultado do exame.
- 24- Enfatizar a importância do retorno para o resultado e se possível agendar conforme rotina da unidade básica de saúde

Orientações para a mulher antes da coleta do exame:

1 - Não estar menstruada. Preferencialmente, aguardar o 5º dia após o término de menstruação.

A presença de pequeno sangramento de origem não menstrual, não é impeditivo para a coleta, principalmente nas mulheres na pós-menopausa.

2 - Não usar creme vaginal nem submeter-se a exames intravaginais (ultrassonografia) por 2 dias antes do exame.

3 - Não manter relações sexuais 48 horas antes da coleta. É impossível realizar análise de amostra que contenha grande quantidade de sangue ou esteja contaminada por creme vaginal, vaselina e outros.

647

Edilson



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 041 Data da Validação Data da Revisão

COLETA DE TESTE DO PEZINHO (PKU)

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS: Luvas de procedimento. Álcool a 70%. Gaze ou algodão. Lanceta com ponta triangular. Cartão específico para a coleta.

ORIENTAÇÕES

- 1- Recepcionar a família, orientando-a sobre o exame;
- 2- Preencher de todas as informações do cartão de coleta, preferencialmente anotar todos os dados com letra de forma;
- 3- Preencher livros de registros e cartão de coleta, chocando todas as informações com a família;
- 4- Lavar as mãos;
- 5- Solicitar à mãe que permaneça em pé e segure a criança na posição vertical;
- 6- Calçar as luvas de procedimento e sentar-se em cadeira de frente para a mãe ou pai; 7- Fazer a assepsia com álcool a 70% do local a ser punccionado e secar completamente.
- 8- Fazer uma leve compressão, seguida por uma descompressão no local punccionado para aumentar a circulação sanguínea e obter uma boa gota de sangue
- 9- Segurar o calcanhar com o indicador e o polegar expondo o calcanhar para punção, mantendo o pé firme, sem apertar demais;
- 10- Não fazer pressão excessiva que pode prejudicar a coleta, dificultando a saída do sangue;
- 11- Escolher o local onde será feita essa punção, de acordo com a figura;
- 12- Punccionar o calcanhar nas áreas riscadas do calcanhar, conforme figura acima.
- 13- Espere formar uma GRANDE GOTA de sangue antes de colocá-la no papel;
- 14- Encoste delicadamente o verso do primeiro círculo do papel filtro na gota de sangue formada;

[Handwritten signature]





15- Após preencher o primeiro círculo, repetir o procedimento com todos os outros círculos. 649

Uma a duas gotas é o suficiente para preencher todo o círculo;

16- Verificar imediatamente a qualidade da amostra coletada é necessário que o sangue tenha atravessado o papel filtro (os dois lados);

- Amostra insuficiente:

- Amostra saturada:

- Amostra Molhada

- Amostra Valida:

17- Ao término da coleta deitar a criança no colo ou na maca, comprimir o local com algodão ou gaze.

18- Desprezar a lanceta no lixo para perfuro-cortante.

19- Colocar a amostra para a secagem por período de 1 hora.

20- Não expor as amostras ao sol, ar-condicionado ou ventilador.

21- Lavar as mãos.

22- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

23- Registrar o procedimento em planilha de produção.

24- Manter a sala em ordem.

APÓS A SECAGEM DA AMOSTRA

25- Colocar os cartões de coleta em um envelope e encaminhá-los para Central de Exames em até 24 horas após a secagem do material.

- As coletas realizadas na sexta-feira podem ser enviadas para Central de Exames na segunda-feira, desde que não fiquem expostas ao sol, ar-condicionado ou ventilador.

- Amostras com mais de 30 dias de coletadas ou insuficientes para a realização do exame, são canceladas e são solicitadas uma nova amostra.



SOLICITAÇÃO DO MATERIAL

650

26- Quando houver necessidade de material, como lanceta, papel filtro do pré-natal (1ª e 2ª fase), papel filtro do neonatal, relação nominal e envelope, a solicitação poderá ser feita junto com o envio de amostras no próprio envelope.

RECOLETA (SORO OU SANGUE)

27- Identificar corretamente o tubo de soro ou sangue total com o nome completo e data de nascimento da criança;

28- Coletar a amostra de sangue;

29- Deixar o tubo com sangue por uma hora em temperatura ambiente, para retração do coágulo.

30- Enviar junto com o tubo de soro ou sangue a via de reconvocação enviada pelo setor de Busca Ativa do IPED/APAE.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 042	Data da Validação	Data da Revisão
------------------	-------------------	-----------------

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

EXECUTANTE: Enfermeiros e Médicos

OBJETIVO: Avaliar sinais e sintomas referidos por pacientes a fim de realizar o diagnóstico diferencial entre alterações suspeitas de câncer e aquelas relacionadas a condições benignas.

MATERIAIS:

AÇÕES:

- 1- Receber o paciente no consultório;
- 2- Orientar quanto ao procedimento, diminuindo sua ansiedade; 3- Lavar as mãos;
- 4- Calçar as luvas;
- 5- Solicitar ao paciente que retire a blusa e o sutiã se for mulher;
- 6- Posicionar o paciente sentado na maca;

Handwritten signature



7- Iniciar o exame clínico das mamas;

INSPEÇÃO ESTÁTICA:

- 8- Inspeccionar as mamas com o cliente sentado com os braços pendentes ao lado do corpo;
- 9- Observar a cor do tecido mamário, erupções cutâneas incomuns ou descamação, assimetria, evidência de peau d'orange ("pele em casca de laranja"), proeminência venosa, massas visíveis, retrações ou pequenas depressões.
- 10- Inspeccionar a aréola quanto ao tamanho, forma e simetria.
- 11- Observar alterações na orientação dos mamilos, desvio da direção em que os mamilos apontam; achatamento ou inversão; ou evidência de secreção mamilar como crostas em torno do mamilo.

INSPEÇÃO DINÂMICA:

- 12- Solicitar que ao paciente que eleve e abaixe os braços lentamente;
- 13- Solicitar que ao paciente que realize contração da musculatura peitoral, comprimindo as palmas das mãos uma contra a outra adiante do tórax, ou comprimindo o quadril com as mãos colocadas uma de cada lado.

PALPAÇÃO AXILAS:

- 14- Palpar as cadeias ganglionares axilares a paciente deverá estar sentada, o braço homolateral relaxado e o antebraço repousando sobre o antebraço homolateral do examinador.
- 15- Palpação das cadeias ganglionares supraclaviculares deve ser realizada com a paciente sentada, mantendo a cabeça semifletida e com leve inclinação lateral.

PALPAÇÃO MAMAS:

- 16- Colocar o paciente em decúbito dorsal, com a mão correspondente a mama a ser examinada colocada sob a cabeça;
- 17- Cada área de tecido deve ser examinada aplicando-se três níveis de pressão em sequência: leve, média e profunda, correspondendo ao tecido subcutâneo, ao nível intermediário e mais profundamente à parede torácica.
- 18- Realizar movimentos circulares com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos da mão como se tivesse contornando as extremidades de uma moeda.
- 19- Palpar a região da aréola e da papila (mamilo) sem comprimi-las.

651

Edilson





PALPAÇÃO MULHERES MASTECTOMIZADAS:

- 20- Palpar a parede do tórax, a pele e a cicatriz cirúrgica;
- 21- Observar possíveis alterações na temperatura da pele e a existência de nódulos.
- 22- Na presença de nódulos descrever: o tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização.

PESQUISA DE DESCARGA PAPILAR:

- 23- Aplicar compressão unidigital suave sobre a região areolar, em sentido radial, contornando a papila.
- 24- Descrever se a descarga é uni ou bilateral, uni ou mult ductal, espontânea ou provocada pela compressão de algum ponto específico, coloração e relação com algum nódulo ou espessamento palpável.
- 25- Encerrar o exame e pedir para o paciente se vestir; 26- Retirar as luvas;
- 27- Lavar as mãos;
- 28- Anotar no prontuário as observações realizadas no exame. 29- Encaminhar para serviço especializado os casos alterados:
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo, independente da idade.
 - Nódulo mamário persistente por mais de um ciclo menstrual em mulheres com mais de 30 anos ou presente depois da menopausa.
 - Nódulo mamário em mulheres com história prévia de câncer de mama.
 - Nódulo mamário em mulheres com alto risco para câncer de mama.
 - Alteração unilateral na pele da mama, como eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea ou distorções do mamilo.
 - Descarga papilar sanguinolenta unilateral e espontânea (secreções transparentes ou rosadas também devem ser investigadas).
 - Homens com 50 anos ou mais com massa subareolar unilateral de consistência firme com ou sem distorção de mamilo ou associada a mudanças na pele.

652





PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

653

Número POP - 043 Data da Validação Data da Revisão

COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros.

OBJETIVO: Organizar o fluxo de coleta de exames laboratoriais na unidade;

MATERIAIS: Tubos para coleta de exames, Escalpes, Seringas, Algodão, Garrote, Álcool 70%, Caixa de isopor ou poliuretano, Gelox, Braçadeira 1 p/ 15 coletas, Caixa de descarte para material perfurocortante, Fita adesiva, Etiquetas para identificação, Luvas de procedimentos, Impressos/caderno para registro, Grade para suporte dos tubos, Coletor

Universal, Coletor de urina pediátrico, Esparadrapo, Papel toalha, Sabão líquido.

ORIENTAÇÕES

- 1- Preparar a sala que será usada, no final do dia anterior ao da coleta, organizando e abastecendo de materiais necessários;
- 2- Receber o cliente, checando o preparo adequado para o exame, levantando o rol de exames a serem realizados juntamente com as solicitações do sisreg e orientando para os procedimentos;
- 3- Registrar os exames em impressos ou planilhas destinados para tal;
- 4- Receber materiais coletados (fezes, urina e escarro) identificando-os e armazenando nas caixas de isopor também identificadas;
- 5- Identificar os tubos para a coleta de exames (bioquímica, sorologia, hematologia e outros), relacionando a quantidade de exames/tubos conforme protocolo do laboratório de referência;
- 6- Colher o material segundo técnica específica;
- 7- Realizar as coletas domiciliares de acordo com a rotina estabelecida na Unidade de Saúde;
- 8- Conferir os tubos após a coleta e acondicioná-los em recipiente identificado e próprio para o transporte ao laboratório;
- 9- Realizar o descarte de material perfurocortante respeitando as normas de biossegurança; 10- Preencher notificação em caso de acidente biológico;

Edna
INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha No
07.609.365/0001-67



11- Checar o retorno dos resultados dos exames em caderno próprio de registro ou no site específico de cada laboratório; não esquecendo de anotar exames não realizados, realizados de forma indevida, etc. 654

11- Orientar sobre a data da retirada do resultado de exame.

12- Registrar no prontuário eletrônico o procedimento, conforme protocolo.

13- Realizar no expurgo, a lavagem diária das caixas de isopor utilizadas e deixá-las para secagem.

14- Manter a sala limpa e organizada.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 044	Data da Validação	Data da Revisão
------------------	-------------------	-----------------

VACINAS – NORMATIZAÇÃO DO SERVIÇO DE IMUNIZAÇÃO

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem; e Enfermeiros

OBJETIVO: Orientar quanto a rotina da sala de vacinas

ORIENTAÇÃO GERAL:

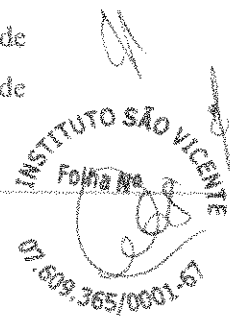
Ficam estabelecidas normas para o funcionamento das salas de vacina no município, objetivando obter melhor qualidade nas ações de imunização e aumentar os índices de cobertura vacinal, nos seguintes termos:

1º - A sala de vacina deverá contar com profissional na categoria de técnico de enfermagem e enfermeiro, obrigatoriamente capacitado em sala de vacina e administração de BCG-ID (quando for o caso de oferta de BCG), com carga horária mínima de 40 hs cada;

2º - A área física utilizada deverá estar de acordo com as normas do Programa nacional de Imunização (PNI), descritas no regimento municipal;

3º - Os equipamentos e materiais de uso permanentes devem constar, de acordo com o estabelecido pelo PNI, descrito no regimento Municipal;

4º - As vacinas utilizadas nas salas de vacina da rede pública deverão ser fornecidas pelo PNI do Ministério da Saúde, distribuídas pela Secretaria de Estado de Saúde às Gerências Regionais de Saúde e destas ao Município. É de responsabilidade do Município a distribuição para as salas de





vacinas. Não é permitido em sala de vacinas da rede pública o acondicionamento ou utilização de imunobiológicos doados e/ou fornecidos por outras instituições, bem como outros materiais ou insumos, que não constem na lista de imunobiológicos, materiais e equipamentos básicos da sala de vacina;

É de responsabilidade da equipe da sala de vacina a manutenção do estoque de imunobiológicos necessário para o atendimento da população;

As vacinas utilizadas nas salas de vacinas privadas deverão estar obrigatoriamente, registradas na ANVISA.

5º - As vacinas deverão ser conservadas e aplicadas de acordo com as normas técnicas estabelecidas pelo PNI, descritas neste regimento. Toda alteração de temperatura de geladeira não coincidente com as normas estabelecidas deverá ser comunicada, imediatamente, via telefone e e-mail, ao Núcleo Municipal de Imunização.

6º - É de inteira responsabilidade do enfermeiro da equipe estabelecer um fluxo de informação na unidade para evitar perdas de vacina por alterações de temperatura;

7º - As vacinas sob suspeita deverão ser mantidas entre 2º e 8º C, até o momento de seu envio ao Núcleo de Imunização.

8º - Todas as vacinas deverão ser disponibilizadas, diariamente, em todo o período de funcionamento da unidade;

9º - Qualquer cliente que procure um serviço de saúde que possui sala de vacina, durante o seu horário de funcionamento, deverá ser atendido, independente de seu local de residência, garantindo assim seu direito ao acesso ao serviço de imunização, evitando perda da oportunidade de encontro com o indivíduo, garantindo o controle de doenças imunopreviníveis;

10º - É obrigatório manter uma segunda via do comprovante vacinal, onde deve constar: data da aplicação, nome do laboratório produtor da vacina, número do lote, sítio de aplicação da vacina discriminando lateralidade, nome do vacinador e estabelecimento de saúde;

11º - Todos os indivíduos vacinados deverão estar inseridos no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI);

12º - O controle de temperatura da geladeira da sala de vacina é de responsabilidade da equipe de enfermagem do setor e deverá ser anotada em impresso próprio, afixado na geladeira, diariamente, no mínimo, duas vezes ao dia;



13º - O degelo do refrigerador deverá ser realizado quinzenalmente ou quando houver placa de gelo na parede, prejudicando a manutenção da temperatura interna;

656

14º - A sala de vacinação deverá realizar, mensalmente, a busca de faltosos, tanto para adulto quanto para crianças;

15º - Mensalmente, conforme fluxo e data, preestabelecidos, o responsável pela sala de vacina deverá encaminhar ao Núcleo de Imunização as informações a respeito das doses aplicadas, controle de temperatura, utilização de imunobiológicos, exportação do SI-PNI, Fichas de notificação antirrábica, resumo de antirrábica e solicitação mensal de imunobiológicos.

16º - Todas as rotinas e técnicas de atendimento em sala de vacina encontram-se descritas no Regimento Municipal e no Manual de Normas e procedimentos de vacinação do PNI (2014). É de responsabilidade da equipe a leitura dos mesmos e de informes técnicos de alterações repassados pela instância municipal;

17º É de inteira responsabilidade do enfermeiro, a supervisão direta da equipe de vacinadores e das informações geradas pelo atendimento em vacina;

18º A decisão do fechamento da sala de vacina só poderá ser tomada juntamente com a Gerência de Imunização e o Departamento da Atenção Básica;

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICOS

ENFERMEIRO

1- Exercer todas as atividades vacinação respeitando as normas técnicas vigentes 2- Atualizar, supervisionar e treinar em serviço a equipe que atua na sala de vacina 3- Consolidar os dados de doses de vacinas aplicadas

4- Preencher o Boletim Mensal de Doses Aplicadas

5- Fazer controle e previsão de imunobiológicos destinados à demanda de vacinas, tanto na rotina, como em campanhas e situações de bloqueios

6- Notificar e investigar os Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV) e os procedimentos inadequados pós imunização

7- Solicitar as vacinas indicadas para as crianças após o EAPV

8- Calcular e avaliar cobertura vacinal e taxa de abandono de sua área de abrangência 9- Avaliar as anotações do controle de temperatura dos equipamentos de



refrigeração e notificar se ocorrer alterações de temperatura

10- Controle e previsão de imunobiológicos destinados à demanda de vacinação, tanto na rotina, como em campanhas e situações de bloqueios.

11- Avaliar sistematicamente as estratégias desenvolvidas.

EQUIPE DE ENFERMAGEM

1- Manter e fazer manter a ordem e higienização do ambiente

2- Conhecer as normas de imunização, documentos técnicos sobre as vacinas aplicadas no calendário de vacinação e legislações específicas

3- Realizar as atividades de vacinação (rotina, campanhas, intensificação e bloqueios) 4- Avaliar as contra indicações e situações de adiamento às aplicações de vacinas

5- Prestar assistência com segurança

6- Utilizar os imunobiológicos de acordo com indicação preconizada pelo Programa Nacional de Imunização/Ministério da Saúde.

7- Anotar procedimentos realizados e registrar na ficha registro as vacinas administradas.

8- Manter os imunobiológicos em temperatura adequada (+2° a +8° C)

9- Notificar os responsáveis pelas alterações de temperatura ocorridas no equipamento de refrigeração

10- Manusear os equipamentos corretamente e mantê-los em bom estado de funcionamento

11- Realizar limpeza dos equipamentos de refrigeração conforme necessidade: Geladeira doméstica, a camada de gelo no congelador. Não pode ultrapassar 1 cm

12- Operar os equipamentos corretamente e mantê-los em bom estado de funcionamento

13- Solicitar as vacinas indicadas para as crianças após o EAPV

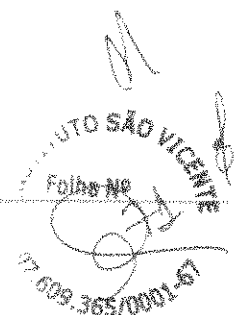
14- Registrar e desprezar de forma adequada os imunobiológicos inutilizados

15- Fazer o controle e busca dos faltosos

16- Realizar, manter e orientar princípios de biossegurança

657

Epues





ESPAÇO FÍSICO

658

☐ A Sala de Vacina deve ser de uso exclusivo para atividade de imunizações ter os seguintes requisitos:

- 1- Fácil acesso ao público
- 2- Planta física adequada
- 3- Ventilação e iluminação adequadas, evitando incidência de luz solar direta 4- Paredes e piso laváveis
- 5- Pia com torneira
- 6- Tomada para cada equipamento elétrico

MATERIAL PERMANENTE

- 1- Câmara para conservação de imunobiológicos
- 2- Bancada ou mesa para o preparo dos imunobiológicos
- 3- Bandejas de aço inoxidável de vários tamanhos
- 4- Mesa tipo escrivaninha com gavetas
- 5- Cadeiras (3 no mínimo)
- 6- Fichário ou arquivo
- 7- Armário com porta para armazenar material de consumo
- 8- Saboneteira para sabonete líquido
- 9- Suporte para papel toalha
- 10- Lixeira com tampa acionada por pedal
- 11- Suporte para caixa de descarte de material perfurocortante

MATERIAL DE APOIO E CONSUMO

- 1- Imunobiológicos
- 2- Bandeja plástica perfurada
- 3- Termômetro de máxima e mínima digital 4- Termômetro clínico digital
- 5- Algodão hidrófilo
- 6- Recipiente para algodão com tampa 7- Álcool a 70%;
- 8- Almotolia para álcool a 70%; ou pronta com álcool a 70% para utilização
- 9- Caixa térmica

658



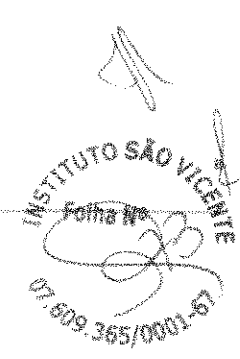
- 10- Gelo reutilizável
- 11- Seringas descartáveis (1ml, 3ml e 5 ml)
- 12- Agulhas descartáveis para uso intradérmico, subcutâneo, intramuscular e diluição
- 13- Sabonete líquido
- 14- Papel toalha
- 15- Saco plástico para lixo
- 16- Material de escritório (lápiz, caneta, borracha, almofada para carimbo e outros)
- 17- Carimbo com a identificação da Unidade de Saúde
- 18- Carimbo para registro de vacina com CNES
- 19- Carteira de vacinas e cartão espelho

659

MATERIAL PARA ATIVIDADE DE VACINAÇÃO EXTRA MUROS

- 1- Imunobiológicos
- 2- Caixa térmica
- 3- Gelo reutilizável
- 4- Termômetro cabo extensor e/ou caixa térmica com termômetro digital acoplado
- 5- Algodão hidrófilo em recipiente com tampa
- 6- Almotolia com álcool a 70%
- 7- Seringas descartáveis
- 8- Agulhas descartáveis
- 9- Campo oleado
- 10- Caixa própria para descarte de material perfurocortante
- 11- Dispensador portátil com álcool gel
- 12- Material de escritório
- 13- Fita adesiva
- 14- Saco plástico para lixo hospitalar e comum

Handwritten signature





- 15- Impressos próprios para estratégia de vacinação

MATERIAL NECESSÁRIO EM CASO DE FALTA DE ENERGIA ELÉTRICA

- 1- Caixa térmica
- 2- Termômetro cabo extensor e/ou caixa térmica com termômetro digital acoplado
- 3- Gelo reutilizável
- 4- Fita adesiva

IMPRESSOS E MANUAIS

- 1- Caderneta de Saúde da Criança (menino/ menina) e Caderneta de Vacinação do Adulto
- 2- Ficha de Registro de Vacinas
- 3- Mapa de Registro de Doses Aplicadas de Vacinas
- 4- Boletim mensal de doses aplicadas
- 5- Mapa para Registro Diário de temperatura
- 6- Mapa de movimento de imunobiológicos
- 7- Boletim mensal de movimento de imunobiológicos
- 8- Ficha de investigação de EAPV
- 9- Ficha de investigação de Procedimento Inadequado
- 10- Ficha de notificação de alteração de temperatura
- 11- Mapas e boletins específicos para estratégias de Campanhas de Vacinação
- 12- Norma Técnica do Programa de Imunização
- 13- Manual de Procedimentos para Vacinação
- 14- Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais
- 15- Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação
- 16- Documento Técnico Rede de Frio
- 17- Informes Técnicos

INÍCIO DO TRABALHO DIÁRIO

1- Antes de iniciar as atividades diárias a equipe deve:

- Verificar e anotar no Mapa de Registro Diário de Temperatura, as temperaturas máxima, mínima e do momento da Câmara de Conservação de Vacinas
- Realizar higienização das superfícies e bancadas de trabalho



- ☐ Verificar o estoque, prazo de validade dos imunobiológicos dispondo-os de maneira que, os que estiverem com o prazo de validade mais próximo do vencimento fiquem logo na frente para serem utilizados
- ☐ Retirar do compartimento de estoque a quantidade de vacinas e respectivos diluentes e acondicioná-los no compartimento de uso diário para que sejam utilizados durante a jornada de trabalho
- ☐ Fazer anotação no Mapa, à medida que os imunobiológicos forem sendo utilizados.

ATENDIMENTO A CLIENTELA

- ☐ 1º ATENDIMENTO - Verificar se o cliente está comparecendo à sala de vacinação pela primeira vez ou se é retorno (pois, o mesmo pode já possuir a caderneta de vacinação)
- ☐ 1º ATENDIMENTO - Para primeira vez, fornecer (se não tiver) documento de registro de vacinação (Caderneta de Saúde da Criança ou Caderneta de Vacinação do Adulto)
- ☐ RETORNO - Verificar no arquivo a Ficha de Registro de Vacinas ou na Caderneta de vacinação.
- ☐ JUNTO AO CLIENTE - Obter informações a respeito do estado de saúde do cliente a ser vacinado, evitando falsas contra-indicações. Orientar a importância da vacinação, esquema vacinal, retornos e possíveis eventos adversos.

☐ ANOTAÇÕES:

- Fazer o registro do lote, validade e vacina a ser administrada
- Mapa de Registro de Doses – aplicadas de vacinas (controle interno para alimentar o sistema)
- Caderneta de Saúde da Criança ou Caderneta de Vacina Adulto, carimbando e datando
- Alimentar o Sistema do Programa de Imunização – SIS PNI
- Agendar retorno

☐ ADMINISTRAÇÃO DO IMUNOBIOLÓGICO

- Verificar qual vacina será administrada de acordo com o Calendário Vacinal vigente
- Orientar o cliente quanto ao procedimento a ser realizado
- Lavar as mãos com água e sabonete líquido





- Examinar o produto observando aspecto da solução, estado da embalagem, prazo de validade, número do lote, dose e via de administração preconizada
- Preparar e administrar a vacina
- Observar a ocorrência de possíveis reações imediatas
- Desprezar o material descartável na caixa de material perfurocortante
- Reforçar as orientações
- Rubricar o documento de registro (Caderneta de Saúde da Criança ou Caderneta de Vacinas Adulto),
- Conferir o agendamento do retorno
- Anotar no prontuário conforme protocolo.
- Lavar as mãos com água e sabonete líquido



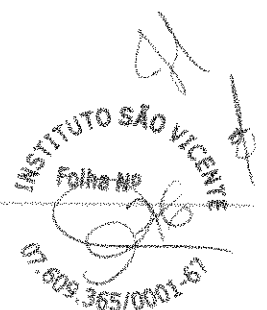
ENCERRAMENTO DO TRABALHO DIÁRIO AO FINAL DO DIA

- Desprezar os frascos de vacina que ultrapassaram o prazo para uso estabelecido após a abertura do frasco.
- Verificar e anotar no Mapa de Registro Diário de Temperatura, a temperatura máxima, mínima e do momento da Câmara de Conservação de Vacinas
- Guardar no compartimento de estoque as vacinas que ainda podem ser utilizadas
- Guardar todo material
- Avaliar estoque das vacinas e se necessário fazer solicitação de grade de complementação.

HIGIENIZAÇÃO AMBIENTE DA SALA DE VACINA

- Equipe de Enfermagem- Higienização diária e sempre que necessário, de bancadas e superfícies com água e sabão e desinfecção com álcool a 70%.
- Serviço de Higiene- Utilizar técnica estabelecida pela empresa contratada, sendo que a periodicidade deverá ser: Limpeza Concorrente – diária e quantas vezes ao dia forem necessárias; Limpeza terminal – semanal.
- Utilizar acondicionamento necessário.

Edson





O processo de vacinação não será cancelado por conta da higienização terminal na sala de vacinas.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 045 Data da Validação Data da Revisão

INALAÇÃO

EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem

OBJETIVO: Orientar os profissionais acerca dos procedimentos a serem realizados, contribuindo na padronização dos procedimentos.

MATERIAL:

Kit de inalação (máscara, copo, extensão);

Régua de ar comprimido ou torpedão de oxigênio com fluxômetro ou inalador portátil; Soro fisiológico;

Medicações conforme a prescrição.

ORIENTAÇÕES

1. Acolher o usuário com sua prescrição ou receita médica;
2. Acomodá-lo em local adequado para realização do procedimento;
3. Separar e montar o kit de inalação conforme a faixa etária do usuário (pediátrico ou adulto)
4. Checar a validade dos medicamentos e soro fisiológico para uso na inalação;
5. Preparar a medicação de acordo com a dosagem prescrita no copo do kit e montar o circuito conectando-o ao fluxômetro;
6. Orientar o usuário à permanecer com a máscara junto a face, mantendo a respiração eupneica durante todo o procedimento, assim como postura adequada mantendo vias aéreas permeáveis;



7. Ligar o fluxômetro e observar possíveis alterações e/ou queixas do usuário durante realização do procedimento. Solicitar presença do enfermeiro ou médico em caso de possíveis alterações com o usuário;
8. Ao Termino da inalação, desligar o fluxômetro, observando o estado geral do paciente e possíveis queixas;
9. Anotar no verso na própria receita com letra legível a data e horário da realização do procedimento, nome e número de registro do conselho de quem atendeu;
10. Proceder ao registro do atendimento no prontuário, seja físico ou eletrônico no caso do prontuário físico anotar com letra legível a data, horário, descrição do procedimento, nome e número de registro do conselho;
11. Desconectar o circuito para a desinfecção dos materiais
12. Realizar limpeza com álcool a 70% na régua e nos bicos de saída de O2
13. Proceder a limpeza e desinfecção dos materiais conforme descrito no POP

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 046 Data da Validação Data da Revisão

FERIDA

EXECUTANTE: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

OBJETIVO: Padronizar o cuidado com feridas abertas e permitir um ambiente favorável para a cicatrização e reparação adequada.

APLICAÇÃO: aos pacientes com feridas abertas com exposição de tecidos e cicatrização por segunda intenção como as lesões por pressão, úlceras de pernas (venosa, arterial, neuropáticas).

MATERIAIS: Pacote de curativo estéril; Luvas de procedimento ou estéril depende da técnica a ser utilizada; Gazes estéreis; Esparadrapo ou Micropore; Soro fisiológico a 0,9%; Agulha 40x12; Acrescentar se necessário: lâmina de bisturi nº 23 com cabo, tesoura estéril reta pequena, Bacia ou cuba estéril, Ataduras de crepe, Chumaço de algodão estéril ou compressa estéril, Luvas estéreis e de procedimento.



AÇÕES:

- 1- Lavar as mãos – sempre utilizar a técnica recomendada (Protocolo Para a Prática de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde – Ministério da Saúde / ANVISA / FIOCRUZ).
 - 2- Reunir o material e levá-lo próximo ao cliente;
 - 3- Explicar ao cliente o que será realizado;
 - 4- Garantir a privacidade do cliente;
 - 5- Colocar o cliente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
 - 6- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
 - 7- Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
 - 8- Abrir a embalagem do SF a 0,9%, previamente aquecido e colocá-la próximo ao campo estéril;
 - 9- Perfurar a parte superior do frasco do SF a 0,9% com agulha 40x12;
 - 10- Calçar as luvas;
 - 11- Umedecer o micropore ou esparadrapo com SF a 0,9% ou solução oleosa (glicerina, óleo de girassol) para facilitar a retirada da cobertura secundária;
 - 12- Retire o curativo anterior delicadamente com uma pinça ou a luva de procedimento, observando o aspecto do curativo anterior;
 - 13- Descarte o curativo anterior e todo material utilizado durante o procedimento em saco plástico branco leitoso;
 - 14- Descarte a luva de procedimento utilizada na remoção do curativo anterior;
 - 15- Calçar novas luvas estéril ou de procedimentos em caso de pinças estéreis;
 - 16- Realizar a limpeza da ferida considerando o tecido existente
- **TECIDO DE GRANULAÇÃO** em quase 100% da ferida: - irrigue a lesão com soro fisiológico morno, em toda a sua extensão.
 - **TECIDO DESVITALIZADO** : necrose liquefativa / esfacelo (tecido de coloração amarelada, liquefeito ou mais seco) ou necrose coagulativa / escara (tecido mais firme, algumas vezes rígido, de coloração que varia entre o marrom, passando pelo cinza ao preto). Irrigue a lesão





ou limpe com gaze estéril embebida em solução fisiológica morna exercendo suave pressão para remover tecidos inviáveis.

• PRESENÇA DE INFECÇÃO - irrigue a lesão ou limpe a ferida com gaze estéril embebida em solução fisiológica (e antisséptico, se houver indicação). Posteriormente, remover todo o anti-séptico com solução fisiológica.

17- Secar a pele apenas ao redor da ferida, garantindo que as bordas da mesma fiquem secas.

18- Limpe a pele ao redor da ferida com gaze embebida em solução fisiológica e posteriormente limpe a ferida operatória. (Certifique em não tocar na face da gaze que limpará a ferida e alternar as faces da gaze enquanto se faz a limpeza. Após o uso de cada face da gaze, deve descartá-la e utilizar uma nova);

19- Aplicar a cobertura apropriada para o tipo de tecido da lesão: considerando a prescrição de enfermagem e ou médica.

20- Ocluir a ferida com gaze estéril, chumaço ou compressa (cobertura secundária) e fixar com esparadrapo, micropore ou atadura de crepe, quando necessário;

21- Retirar as luvas;

22- Lavar as mãos;

23- Anotar no prontuário conforme protocolo considerando: tipo de ferida, aspecto, presença de exsudato, tamanho, local, e procedimento realizado, data, horário e profissional que realizou.

24- Orientar retorno do cliente, se necessário.

Orientações:

• A irrigação deve ser realizada com uma distância de aproximadamente 10cm entre o frasco de soro e o local irrigado.

• Em caso de feridas muito exsudativas o curativo deverá ter indicação de duas vezes ao dia.

• Se a ferida apresentar túneis, espaço morto, a irrigação deverá ser realizada nesses locais com o uso de uma seringa acoplada em um cateter (sonda de aspiração ou uretral).

• O uso de produtos tópicos debridantes deverá ser orientado e prescrito pelo enfermeiro e ou médico.

660



[Handwritten signature]



25- O debridamento instrumental, quando necessário, deve se realizado pelo enfermeiro e ou médico. Lavar as mãos;

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 047 Data da Validação Data da Revisão

RETIRADA DE PONTOS

EXECUTANTE: Equipe de enfermagem, médico e odontólogo

MATERIAIS:

Tesoura de Íris, Gazes (estéril),

Pinça Kelly ou anatômica (pacote de retirada de pontos), Luvas de Procedimento,

Soro Fisiológico 0,9%.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 048 Data da Validação Data da Revisão

CURATIVO EM COTO UMBILICAL

EXECUTANTE: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

OBJETIVO: Prevenir infecções e promover desidratação, mumificação e queda do coto umbilical.

MATERIAIS: 01 par de luvas, álcool 70%, 01 pacote de gaze e 01 pacote de cotonete.

AÇÕES:

- 1- Receber o cliente na sala de procedimento;
- 2- Orientar a mãe ou responsável quanto ao procedimento; 3- Lavar as mãos;
- 4- Calçar as luvas;
- 5- Realizar limpeza da cicatriz umbilical, com haste de algodão embebida em álcool a 70%
- 6- Proteger o coto com uma gaze sem fixar, cobrir com a fralda, solicitar à mãe que vista a

Handwritten signature

