



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA**

**Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos  
Operacionais Padrão (POPS)**

**Ubiratã - PR**

**2023**

**“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!” Florence Nightingale**

**EQUIPE GESTORA:****Prefeito Municipal**

Fábio de Oliveira Dalecio

**Secretária Municipal de Saúde**

Lilian Welz

**Coordenadora Municipal de Atenção Básica**

Bruna Dembitzky Sader

**Coordenadora Municipal de Vigilância Epidemiológica**

Flávia Vicente Andrade

**EQUIPE TÉCNICA:**

Ana Paula de Camargo Branco

Eliza Thiemi Shindate Martins dos Santos

Ana Lúcia Cedorak

Flávia Vicente Andrade

Mayara Cristina da Silva Capana

Nádia da Silva Tinelli Diel

Marciano Pedroso

Thaís Aparecida Tomiazzi

Rafael Alexandre Pereira Pinto

Solange Fabris

Laura Shiratsu Sgarioni

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS: Atenção Primária de Saúde;  
ACCR: Acolhimento com Classificação de Risco;  
AE: Ambulatório de Especialidades;  
SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;  
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária;  
ASB: Auxiliar de Saúde Bucal;  
ASF: Associação Saúde da Família;  
APS: Atenção Primária à Saúde;  
BCG: Bacilo de Calmette-Guérin (vacina);  
BPM: Batimentos por Minuto;  
CEO: Centro de Especialidades Odontológicas;  
Cm: Centímetro; CNS: Cartão Nacional de Saúde;  
COFEN: Conselho Federal de Enfermagem;  
COREN: Conselho Regional de Enfermagem;  
oC: Graus Celsius;  
dT: Dupla Adulto (vacina);  
DTP: Difteria, Tétano e Pertussis (vacina);  
DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis;  
ECG: Eletrocardiograma;  
EPC: Equipamento de Proteção Coletiva;  
EPI: Equipamento de Proteção Individual;  
EV: Endovenosa;  
FA: Ficha de Atendimento;  
FC: Frequência Cardíaca;  
FR: Frequência Respiratória;  
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana;

HPV: Papilomavírus Humano;  
IM: Intramuscular;  
IML: Instituto Médico Legal;  
IRAS: Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde;  
IRM: Incursões Respiratórias por Minuto;  
L: Litro;  
ML: Mililitro;  
MmHg: Milímetro de Mercúrio;  
MMII: Membros Inferiores;  
MMSS: Membros Superiores;  
MPX: Monkeypox;  
NR: Norma Regulamentadora;  
O2: Oxigênio;  
OSS: Organização Social de Saúde;  
PNE: Pessoas com Necessidades Especiais;  
PNH: Política Nacional de Humanização;  
PNI: Programa Nacional de Imunização;  
POP: Procedimento Operacional Padrão;  
PPD: Derivado Proteico Purificado (exame);  
RAS: Rede de Atenção à Saúde;  
RDC: Resolução da Diretoria Colegiada;  
RN: Recém-Nascido;  
RNM: Ressonância Nuclear Magnética;  
RPM: Respirações por Minuto;  
RT: Responsável Técnico;  
SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem;  
SAME: Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico;  
SC: Subcutânea;  
SF: Soro Fisiológico;

SMS: Secretaria Municipal da Saúde;

S/N: Se Necessário;

SpO2: Saturação Periférica de Oxigênio;

SUS: Sistema Único de Saúde;

SVO: Serviço de Verificação de Óbito;

T: Temperatura;

TNT: Tecido não tecido;

TR: Teste Rápido;

TSB: Técnico de Saúde Bucal;

UBS: Unidade Básica de Saúde;

VIP: Vacina Inativada Poliomielite;

VD: Visita Domiciliar;

VOP: Vacina Poliomielite Oral;

VORH: Vacina Oral Rotavírus Humano

## **INTRODUÇÃO**

Após a avaliação dos Enfermeiros das equipes da Atenção Primária em Saúde, foi constatado que havia a necessidade de implantar manuais e protocolos técnicos, que regulamentam e padronizam atividades, ações e procedimentos das equipes de enfermagem, a fim de subsidiar as linhas de cuidados das unidades de saúde da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de Ubitatã Paraná.

Desta forma, foi criado Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem, direcionado às Unidades Básicas de Saúde. Este documento é um conjunto de procedimentos, normas e rotinas que visam subsidiar os profissionais de enfermagem quanto a regulamentação do funcionamento da unidade de saúde em consonância com a regulamentação profissional e as diretrizes da Secretaria Municipal da Saúde, com objetivo primordial de garantir a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

A segunda edição deste Manual tem como objetivo atualizar os profissionais da enfermagem nas questões administrativas e técnicas, bem como nas rotinas de trabalho voltadas para Unidades de Saúde da Atenção Básica – Secretaria Municipal da Saúde.

## **COMPOSIÇÃO**

O serviço de enfermagem está disposto na seguinte classificação hierárquica:

- Enfermeiros RT
- 2 Técnicos de Enfermagem

## **HORÁRIO DE TRABALHO**

O atendimento do Serviço de Enfermagem deve ser garantido durante todo o horário de funcionamento da Unidade, folgas, férias, reuniões e treinamento dos profissionais, realizando o revezamento dos trabalhadores.

<b>PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>
ENFERMEIRO RT	<b>40 HORAS</b>
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	

### **NORMAS E ROTINAS GERAIS**

As informações abaixo referem-se ao conjunto de normas gerais a serem observadas por todos os profissionais de enfermagem, a saber:

1. Iniciar suas atividades laborais no horário estabelecido, conforme contrato de trabalho e necessidade do serviço;
2. Nos atendimentos realizados aos pacientes deverá ser respeitada a individualidade e a privacidade;
3. Os profissionais deverão estar devidamente uniformizados. Utilizar o avental, estando este limpo e em condições de uso, conforme regimento interno;
4. Utilizar crachá, de forma visível a todos;
5. Prestar informações aos pacientes e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades;
6. Sempre apresentar-se ao paciente informando nome e função, explicar o procedimento ou atividade que será realizada;
7. Atuar em conformidade com os princípios do SUS;
8. É vedada a captura de imagens dos setores, aparelhos e pacientes, exceto com autorização expressa e antecipada da administração da chefia imediata;

9. Os profissionais deverão manter a organização de seu setor, bem como a higienização de seus instrumentos de trabalho;

10. Quanto à apresentação pessoal, o profissional deverá seguir o estabelecido pelo Código de Vestimenta da APS que dispõe, entre outras, as seguintes orientações gerais:

10.1. É obrigatório o uso do uniforme durante o horário de trabalho dentro das dependências da unidade (para aquelas funções nas quais existe a obrigatoriedade no uso de uniforme);

10.2. Como regra geral, é de responsabilidade do colaborador a limpeza, a guarda e a conservação do uniforme;

10.3. É obrigatória a utilização do crachá durante todo o horário de trabalho;

10.4. O colaborador que não estiver portando seu documento de identificação funcional poderá ter seu acesso restringido ou até mesmo negado às dependências da UBS, sede ou regionais, bem como ser advertido pela sua não utilização;

10.5. Em nenhum dia da semana será permitido: calça jeans rasgada ou manchada; bermuda ou shorts; moletom; roupa excessivamente justa, curta ou transparente; blusa de frente única, cavada ou decotada; blusa ou vestido que mostre a barriga, tomara-que-caia, legging, chinelos, boné ou gorro; camiseta de time, partido político ou banda.

11. Ainda quanto à apresentação pessoal, o profissional deverá seguir o estabelecido no Código de Vestimenta da ASF e em consonância com as normas do manual técnico: Biossegurança na saúde nas UBS, SMS/SP, que dispõem sobre:

11.1. Cabelos: Quando compridos, devem ficar presos na sua totalidade;

11.2. Perfume: Devem ser evitados em ambientes técnicos por inúmeros motivos: são poluentes ambientais e muitos pacientes têm intolerância a odores em função de seu estado de saúde e outros em função dos medicamentos dos quais fazem uso, entre outros;

11.3. Joias, bijuterias e brincos grandes: Não devem ser utilizados adereços que possam interferir com a higiene adequada das mãos, como anéis e pulseiras;

11.4. Unhas: Devem ser curtas e bem cuidadas. Não podem ultrapassar a “ponta dos dedos” e preferencialmente sem conter esmaltes. O Esmalte libera partículas por microfraturas que acomodam sujidades. Não usar unhas postiças;

11.5. Sapatos: Sempre fechados;

12. É proibido o consumo e armazenamento de alimentos nos setores técnicos e de atendimento ao usuário;

13. É proibida a aplicação de cosméticos nos setores técnicos e de atendimento ao usuário;

14. Os profissionais de enfermagem devem registrar em prontuário eletrônico, de forma clara, todo tipo de atendimento e procedimento realizado, principalmente se houver intercorrências durante o turno de trabalho;

15. Zelar pelo patrimônio da instituição;

16. Tratar sempre o paciente pelo nome ou como deseja ser chamado;

## **NORMA INTERNA NA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO**

Finalidade: Orientar as unidades quanto aos procedimentos em casos de acidentes de trabalho. Abertura da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho - anexo 1). A Previdência Social, preconiza que a empresa deve comunicar o acidente de trabalho até o 1º dia útil após sua ocorrência e, em caso de morte, imediatamente. Para tanto, se faz necessário a abertura da CAT pela Unidade de Serviço.

Também se faz necessário o preenchimento da ficha de notificação de acidente de trabalho (anexo 2), para finalidade de dados epidemiológicos, pelo primeiro serviço que prestou atendimento após o acidente ocorrido.

Para a emissão deste documento, o funcionário que se acidentar deverá comunicar imediatamente à Chefia Imediata, Gerente ou Auxiliar Técnico Administrativo (ATA) de RH, que providenciará a CAT imediatamente após o acidente.

Caso venha ocorrer algum tipo de acidente de trabalho, bem como acidente de percurso, se faz necessário o preenchimento da CAT e a mesma deverá ser entregue no prazo máximo de 24 horas no setor de Recursos Humanos da Prefeitura.

Em anexo o modelo a ser preenchido - CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), a mesma deverá ser preenchida com os dados do servidor, juntamente com as informações do acidente de trabalho, e caso seja necessário atendimento médico se faz necessário o preenchimento do médico que fez o 1º atendimento.

A CAT deve ser preenchida nos casos que;

- ocorrer um acidente;
- por todos os servidores que se acidentarem;
- e, mesmo que não haja afastamento;

O atendimento médico deverá ocorrer após o acidente. Não sendo assim, impedirá a abertura da CAT (comunicação de acidente de trabalho). O formulário de transporte do SAMU e Corpo de Bombeiros (se necessário) e demais documentos deverão ser levados ao RH imediatamente para sequência nos trâmites, o documento deve conter Nome do Colaborador. Anexar Atestado Médico constando: diagnóstico com CID, período de afastamento; assinatura e carimbo do médico. Em situações que envolvam violência ou acidente no trajeto casa-trabalho, trabalho-casa, onde foi emitido Boletim de Ocorrência, uma cópia deste deve ser anexada à CAT.

Acidente típico: Acidente que ocorre durante seu expediente de trabalho;  
Acidente de trajeto: trajeto casa-trabalho ou trabalho-casa; obrigatório manter o endereço atualizado no Rh.

**ANEXO 01 CAT**



## CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT:

### Informações do Emitente

Emitente	Prefeitura Municipal de Ubitatã	Data Emissão	xx/xx/xxxx
Tipo de CAT	Início	Comunicação Óbito	Não
Filiação	Empregador	E-mail	recursoshumanos@ubirata.pr.gov.br

### Informações do Empregador

Razão Social/Nome	Prefeitura Municipal de Ubitatã		
Tipo/Num Doc	76.950.096/0001-10	CNAE	84.11.600
CEP	85440-000	Telefone	44-3543-8014
Bairro	Centro	Estado	Paraná
Endereço	Avenida Nilza de Oliveira Pipino		
Município	Ubitatã- PR		

### Informações do Acidentado

Nome			
Nome da Mãe			
Data de Nascimento		Sexo	
Grau de Instrução			
Estado Civil		Remuneração	
CTPS		Identidade	
PIS/PASEP/NIT		CEP	
Endereço		Bairro	
Estado		Município	
Telefone		CBO	
Aposentadoria		Área	

### Informações do Acidente

Data do Acidente		Hora do Acidente	
Horas Trabalhadas		Tipo	
Houve Afastamento?		Reg. Policial	
Local do Acidente			
Esp. Local			
CNPJ / CGC ou CEI da Prestadora		UF do Acidente	
Município do Acidente		Último dia Trab. Dt Óbito	
Parte do Corpo			
Agente Causador			
Sit. Geradora			
Morte		Data Óbito	

Ubitatã

Local e Data

Assinatura e carimbo do emitente

### Informações do Atestado Médico

Unidade			
Data Atendimento		Hora Atendimento	
Houve Internação		Será afastado?	
Nat. Lesão			
CID - 10			
Observações			
CRM			

Local e Data

Assinatura (\*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em:

\* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo. A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.

## ANEXO 02 FICHA DE NOTIFICAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO

### 2.1 ACIDENTE DE TRABALHO

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO

Nº

**Definição de caso:** Todo caso de acidente de trabalho por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3
	ACIDENTE DE TRABALHO		Y 96	Data da Notificação	
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação	
					Código (IBGE)
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7
Dados de Residência	8		Nome do Paciente		9
					Data de Nascimento
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12
Antecedentes Epidemiológicos	14		ESCOLARIDADE		13
					Raça/Cor
					1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
Dados Complementares do Caso	15	Número do Cartão SUS		16	
					Nome da mãe
	17	UF	18	Município de Residência	
Dados da Empresa Contratante	20		Bairro		21
					Logradouro (rua, avenida, ...)
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	
Antecedentes Epidemiológicos	25		Geo campo 2		26
					Ponto de Referência
	28	(DDD) Telefone	29	Zona	
Antecedentes Epidemiológicos	31		Ocupação		32
					Situação no Mercado de Trabalho
					01 - Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 99 - Ignorado 02 - Empregado não registrado 06 - Aposentado 10 - Trabalhador avulso 03 - Autônomo/ conta própria 07 - Desempregado 11 - Empregador 04 - Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12 - Outros
Antecedentes Epidemiológicos	33		Tempo de Trabalho na Ocupação		34
					Local Onde Ocorreu o Acidente
					1 - Instalações do contratante 3 - Instalações de terceiros 9 - Ignorado 2 - Via pública 4 - Domicílio próprio
Antecedentes Epidemiológicos	35		Registro/ CNPJ ou CPF		36
					Nome da Empresa ou Empregador
	37	Atividade Econômica (CNAE)		38	UF
Antecedentes Epidemiológicos	40		Distrito		41
					Bairro
	43	Número	44	Ponto de Referência	
Antecedentes Epidemiológicos	45		(DDD) Telefone		

Acidente de Trabalho Grave

Sinan Net

SVS 21/06/2019

<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	46 O Empregador é Empresa Terceirizada 1 - Sim    2 - Não    3 - Não se aplica    9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
	47 Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal		48 CNPJ da Empresa Principal
	49 Razão Social (Nome da Empresa)		
<b>Dados do Acidente</b>	50 Hora do Acidente H (hora)    M (minutos)		51 Horas Após o Início da Jornada H (hora)    M (minutos)
	52 UF	53 Município de Ocorrência do Acidente	54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98) CID 10
	55 Tipo de Acidente 1 - Típico    2 - Trajeto    9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	57 Se Sim, Quantos		
<b>Dados do Atendimento Médico</b>	58 Ocorreu Atendimento Médico? 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		59 Data do Atendimento
	61 Município do Atendimento	Código (IBGE)	62 Nome da U. S de Atendimento
	63 Partes do Corpo Atingidas 01- Olho    04- Tórax    07- Membro superior    10- Todo o corpo 02- Cabeça    05- Abdome    08- Membro inferior    11- Outro 03- Pescoço    06- Mão    09- Pé    99- Ignorado		64 Diagnóstico da Lesão CID 10
	65 Regime de Tratamento 1- Hospitalar <input type="checkbox"/> 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado		
<b>Conclusão</b>	66 Evolução do Caso 1 - Cura    4 - Incapacidade total permanente    7 - Outro <input type="checkbox"/> 2 - Incapacidade temporária    5 - Óbito por acidente de trabalho grave 3 - Incapacidade parcial permanente    6 - Óbito por outras causas    9 - Ignorado		
	67 Se Óbito, Data do Óbito		68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT 1 - Sim    2 - Não    3 - Não se aplica    9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
<b>Informações complementares e observações</b>			
Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente			
Outras informações:			
<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura

## 2.2 ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE		Nº
<p><b>Definição de caso:</b></p> <p>- São considerados acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho. São considerados acidentes de trabalho graves aqueles que resultam em morte, aqueles que resultam em mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos.</p> <p>- Acidente de trabalho fatal é aquele que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente.</p> <p>- Acidentes de trabalho com mutilações: é quando o acidente ocasiona lesão (poli traumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto) que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.</p> <p>- Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes: é quando o acidente de trabalho acontece com pessoas menores de dezoito anos.</p>				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
Antecedentes Epidemiológicos	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho			
	33 Tempo de Trabalho na Ocupação			
	34 Local Onde Ocorreu o Acidente			
<p><b>Dados da Empresa Contratante</b></p>				
35 Registro/ CNPJ ou CPF		36 Nome da Empresa ou Empregador		
37 Atividade Econômica (CNAE)		38 UF	39 Município	
40 Distrito		41 Bairro		42 Endereço
43 Número		44 Ponto de Referência		45 (DDD) Telefone
Acidente de Trabalho Grave		Sinan Net		SVS 08/10/2009

Antecedentes Epidemiológicos	46 O Empregador é Empresa Terceirizada <input type="checkbox"/> 1 - Sim    2 - Não    3 - Não se aplica    9- Ignorado			
	47 Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal		48 CNPJ da Empresa Principal	
	49 Razão Social (Nome da Empresa)			
Dados do Acidente	50 Hora do Acidente H (hora)    M (minutos)		51 Horas Após o Início da Jornada H (hora)    M (minutos)	
	52 UF	53 Município de Ocorrência do Acidente    Código (IBGE)	54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98) <b>CID 10</b>	
	55 Tipo de Acidente 1- Típico    2- Trajeto    9- Ignorado		56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos 1- Sim    2- Não    9- Ignorado	
Dados do Atendimento Médico	58 Ocorreu Atendimento Médico? 1 - Sim    2 - Não    9- Ignorado			59 Data do Atendimento
	61 Município do Atendimento    Código (IBGE)		62 Nome da U. S de Atendimento    Código	
	63 Partes do Corpo Atingidas 01- Olho    04- Tórax    07- Membro superior    10- Todo o corpo 02- Cabeça    05- Abdome    08-Membro inferior    11- Outro 03- Pescoço    06- Mão    09- Pé    99- Ignorado		64 Diagnóstico da Lesão <b>CID 10</b>	65 Regime de Tratamento 1- Hospitalar    2- Ambulatorial 3- Ambos    9- Ignorado
Conclusão	66 Evolução do Caso 1 - Cura    4- Incapacidade total permanente    7- Outro 2 - Incapacidade temporária    5- Óbito por acidente de trabalho grave    9- Ignorado 3- Incapacidade parcial    6-Óbito por outras causas			
	67 Se Óbito, Data do Óbito		68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT 1 - Sim    2 - Não    3- Não se aplica    9 - Ignorado	

**Informações complementares e observações**

Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Outras informações:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura

## NORMAS E ROTINAS PARA MANUTENÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS SALAS EM GERAL

1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
2. Calçar luvas de procedimento;
3. Organizar sua estação de trabalho antes de iniciar o atendimento aos usuários, ao término do plantão e sempre que necessário;
4. Realizar limpeza concorrente a cada início de plantão e sempre que necessário de bancadas e superfícies com água e detergente e desinfecção com álcool 70%;
5. Manter as salas limpas e organizadas. Camas, macas forradas com lençol (de TNT, de papel ou tecido);
6. Checar o funcionamento dos equipamentos a cada início do expediente, comunicando ao responsável caso identifique problemas em instalações ou equipamentos
7. Realizar a reposição de materiais e insumos do setor ao qual estiver responsável;
8. Trocar frascos de álcool e demais soluções anti sépticas de acordo com a validade;
9. Identificar os frascos, almotolias abertas com etiqueta constando data da abertura e validade;
10. Verificar a data de validade dos materiais;
11. Realizar checagem de temperatura das geladeiras da sala de vacina e coleta diariamente pela manhã e tarde, anotando sempre em planilha de controle;
12. Garantir que seja realizada Limpeza Terminal pelo Serviço de Higiene contratado, com periodicidade mínima semanal ou de acordo com a especificidade e necessidade do setor.
13. É extremamente proibido consumir e armazenar alimentos dentro das salas de atendimento.

## **NORMAS E ROTINAS PARA SALA DE MEDICAÇÃO E OUTROS PROCEDIMENTOS**

Finalidade: Aplicar medicações via ocular, intramuscular, subcutânea, sublingual, oral, retal, endovenosa e inalatória, conforme prescrição médica, de enfermagem ou odontológica. Realizar procedimentos de enfermagem como aferição de pressão arterial, glicemia capilar etc.

Rotinas:

1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
2. Calçar luvas de procedimento;
3. Organizar a sala no início e término de cada plantão e sempre que necessário;
4. Realizar limpeza concorrente diária no início do turno de trabalho, higienização diária e sempre que necessário de bancadas e superfícies com água e detergente e desinfecção com álcool 70%;
5. Realizar conferência e reposição de medicações, nebulização e materiais;
6. Checar o funcionamento da rede de oxigênio e válvulas;
7. Chamar o paciente pelo nome e confirmar seu nome completo e data de nascimento, garantindo a segurança do paciente e profissional;
8. Apresentar-se pelo nome e função ao paciente ou acompanhante, explicar o procedimento que será realizado;
9. Ao administrar medicação, utilizar os “treze certos”, garantindo a segurança do paciente;
10. Realizar anotação de enfermagem na evolução do paciente, anotando data, horário, procedimento realizado, materiais utilizados, assinar e carimbar (o carimbo deve conter o nº do COREN, categoria profissional e nome legível);

11. Repor o material conforme necessidade do setor;
12. Solicitar à farmácia e trocar os kits de inalação conforme necessidade;
13. Retirar os kits de inalação a cada uso e acondicionar em caixa plástica organizadora;
14. Encaminhar os kits inaladores contaminados para o expurgo em caixa fechada com tampa;
15. Manter as boas práticas para segurança do paciente;
16. Garantir o direito de permanência de acompanhantes nos casos previstos por lei: pessoas idosas, pessoas com necessidades especiais, crianças, adolescentes e gestantes;
17. Garantir a Limpeza terminal pelo serviço de higiene contratado com periodicidade semanal e conforme necessidade do setor.

Observações:

- As medicações de uso fracionado deverão ser identificadas com data de abertura e validade;
- Após as medicações serem entregues pela farmácia, a reposição no setor é feita pela enfermagem;
- Se houver dúvida referente à realização dos procedimentos realizados nesta sala, chamar o enfermeiro responsável imediatamente;
- Qualquer reação adversa no usuário após administração de medicamentos, deverá ser imediatamente comunicado ao enfermeiro responsável, assim como quaisquer tipos de intercorrências.

## **NORMAS E ROTINAS PARA COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS**

Finalidade: Orientar os usuários sobre o preparo para coleta de exames, garantindo a qualidade das amostras. Realização de coletas, armazenamento e preparo para transporte das amostras biológicas.

Rotinas:

1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
2. Calçar luvas de procedimento;
3. Organizar a sala no início e término de cada plantão e sempre que necessário, mantendo-a organizada;
4. Realizar limpeza concorrente diária no início do turno de trabalho, higienização diária e sempre que necessário de bancadas e superfícies com água e detergente e desinfecção com álcool 70%
5. Dispor os insumos de forma organizada, facilitando o acesso no momento da coleta de exames;
6. Verificar a data de validade dos materiais e prover o setor realizando reposição;
7. Checar a temperatura da geladeira do setor diariamente pela manhã, a tarde e à noite;
8. Garantir a Limpeza terminal pelo serviço de higiene contratado com periodicidade semanal e conforme necessidade do setor.

## **NORMAS E ROTINAS PARA O ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

Finalidade: O setor de emergência ou urgência é destinado ao atendimento e cuidados primários que presta o tratamento inicial de um amplo espectro de doenças, algumas das quais podem ser ameaçadoras à vida, requerendo intervenção imediata.

Rotinas:

1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
2. Calçar luvas de procedimento;
3. Organizar a sala no início e término de cada expediente e sempre que necessário;
4. Realizar limpeza concorrente diária no início do turno de trabalho, higienização diária e sempre que necessário de bancadas e superfícies com água e detergente e desinfecção com álcool 70%;
5. Dispor os insumos de forma organizada, de maneira a facilitar o acesso no momento do atendimento;
6. Verificar a data de validade dos materiais e prover o setor realizando reposição;
7. Checar os equipamentos da sala, garantindo seu adequado funcionamento no atendimento à urgência e emergência.
8. Verificar nível de consciência, sinais vitais, monitorar e chamar o médico disponível para conduzir o atendimento;
9. Auxiliar o médico e/ou enfermeiro durante todo atendimento ao paciente, até a alta ou transferência para a unidade referência, realizando os procedimentos e medicações conforme prescrição;
10. Realizar anotação de enfermagem na evolução do paciente, anotando data, horário, procedimento realizado, materiais utilizados, em prontuário

eletrônico ou em prontuário de papel se instabilidade de energia ou sistema, nesse caso assinar e carimbar (o carimbo deve conter o n° do COREN, categoria profissional e nome legível).

Observações:

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem e médico, fazer a liberação da ambulância ao serviço de referência;
- Somente equipe de enfermagem e equipe médica estão autorizados a entrar na sala de urgência e emergência durante o atendimento ao paciente. Salvo pessoas autorizadas conforme solicitado.

## NORMAS E ROTINAS PARA REMOÇÃO DE PACIENTES

Finalidade: Realizar a transferência para serviço de referência em que haja recursos necessários para o atendimento adequado do paciente, de modo a assegurar sua integridade física, minimizando riscos de agravos à saúde e mantendo seu estado clínico estável.

Rotinas:

1. O médico preenche a ficha de contrarreferência solicitando a transferência do usuário. Observação: nos casos de ausência médica o Enfermeiro, após classificação de risco do paciente, pode solicitar a remoção deste usuário, se necessário; 2. O enfermeiro recebe a ficha e solicita remoção e vaga ao Serviço de Urgência;

3. Durante todo o período de permanência do usuário no serviço ele deverá ser monitorado quanto ao nível de consciência e sinais vitais. Caso o paciente esteja desacompanhado, verificar se ele possui algum familiar para entrar em contato, realizar o contato telefônico e informar sobre a transferência;

4. A equipe de enfermagem deve auxiliar o médico durante todo atendimento ao paciente, até a alta ou transferência para a unidade referência;

5. Realizar anotação de enfermagem na evolução do paciente, anotando data, horário, procedimento realizado, materiais utilizados, em prontuário eletrônico ou em prontuário de papel se instabilidade de energia ou sistema nesse caso assinar e carimbar (o carimbo deve conter o n° do COREN, categoria profissional e nome legível).

6. Identificar a equipe que está realizando a transferência (placa do veículo e nome do motorista) com data e horário;

7. O enfermeiro deve realizar a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) para todos os pacientes que serão removidos.

Observação: Em caso de recusa da remoção pelo paciente é necessário orientá-lo sobre os riscos de tal decisão, realizando o registro dessas informações

na ficha de atendimento do usuário, de forma a constituir documentação legal que respalde a conduta do profissional.

## **Procedimentos Operacionais Padrão**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 01	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE REGRAS DE BIOSSEGURANÇA</b>	

**EXECUTANTE:** Todos os profissionais da equipe de saúde.

**ÁREA:** Higienização e antissepsia.

**OBJETIVO:** Garantir a higienização pessoal, o bem-estar do profissional, evitando a transmissão de organismos que podem causar doenças.

### Higiene pessoal:

- O profissional de saúde deve se atentar à prática de higiene pessoal ao realizar os serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde devido ao contato com microrganismos que estão aderidos à pele, unhas e cabelos;
- Somente a higiene adequada das mãos e o banho poderão eliminar suor, sujidades e microrganismos, tornando possível a salubridade e a aparência agradável.

### Cuidados com o corpo:

- Através da execução do serviço de assepsia entra-se em contato com microrganismos que ficam aderidos à pele, unhas e cabelos. Somente o banho poderá eliminar o suor, sujidades e os microrganismos e tornar a aparência agradável.

**Cuidados com os cabelos:**

- Os cabelos devem estar limpos e, presos, se compridos. Utilizar touca sempre que necessário (procedimentos estéreis, etc.).

**Cuidado com as unhas:**

- As unhas devem estar sempre aparadas e limpas, para evitar que a sujeira fique depositada entre as unhas e a pele dos dedos;
- O profissional que realizar procedimentos na Atenção Primária à Saúde não poderá utilizar unhas postiças, em acrílico, vidro, ou qualquer outro material utilizado para alongamento das unhas, visando à segurança do paciente e do profissional;
- Deve-se dar preferência a esmaltes claros, e/ou transparentes para visualizar sujeiras e poder eliminá-las.

**Cuidados com o uniforme:**

- Todo trabalho que requer esforço físico, o suor é inevitável, portanto, o uniforme deverá ser trocado todos os dias, principalmente se utilizado em visitas domiciliares;
- A roupa de trabalho deverá ser lavada separadamente da roupa doméstica para evitar riscos de contaminação domiciliar;
- Deve-se atentar durante a limpeza do uniforme para a ausência de manchas, odor e descostura;
- Caso o profissional não tenha uniforme, deve utilizar vestuário compatível com o ambiente de trabalho, evitando calças rasgadas, roupas decotadas e/ou curtas, de forma a proteger a pele do profissional, diante do risco de exposição a fluidos corpóreos e microrganismos. No atendimento ao usuário, diante da exposição aos riscos de fluidos corporais, é obrigatório uso de jaleco manga comprida e fechado.
- Evite roupas muito justas ou com transparência;
- Evite Itens de aparência esportiva ou casual em ambientes formais;
- Evitar roupas muito largas ou desajustadas;
- Cuidado com pequenas manchas, rasgos e roupas mal conservadas.

**Cuidados com os sapatos:**

- Devem ser fechados e impermeáveis, para proteger os pés.
- Utilize sapatos confortáveis para realizar os atendimentos, visitas domiciliares e ações de saúde;



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 02	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>PRECAUÇÕES PADRÃO</b>	

**EXECUTANTE:** Todos os profissionais da equipe de saúde.

**ÁREA:** Higienização e antissepsia.

**OBJETIVO:** Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecção.

**MATERIAIS:** Luvas, Máscaras, Óculos protetores e capote.

### USO DE LUVAS:

Utilizar sempre que for antecipado o contato com sangue e líquidos corporais, secreções e excreções, membranas mucosas, pele lesada, artigos ou superfícies sujas com material biológico; usar luvas devidamente ajustadas; trocar as luvas entre procedimentos no mesmo paciente se houver contato com material infectado; desprezar as luvas imediatamente após uso.

### USO DE AVENTAL:

Utilizar como barreira física, quando existir possibilidade de contaminar as roupas ou a pele de profissional da saúde com material biológico; utilizar avental de manga longa e sempre fechado; desprezar o avental de proteção de contato imediatamente após uso.

### USO DE MÁSCARA:

É uma barreira de uso individual que cobre o nariz e a boca. Objetivo de proteger o trabalhador de saúde de infecções por inalação de gotículas transmitidas à curta

distância e pela projeção de sangue ou outros fluidos corpóreos que possam atingir suas vias respiratórias.

### **USO DE ÓCULOS DE PROTEÇÃO:**

Deve ser usado durante a realização de procedimentos no paciente ou manuseio de artigos ou materiais contaminados sempre que houver a possibilidade da ocorrência de respingos de material biológico sobre as mucosas do olho; após o uso, lavar os óculos com água e sabão e fazer a desinfecção com álcool etílico 70%.

- Lavar as mãos ou usar soluções antissépticas antes e depois de qualquer procedimento.
- Usar Luvas quando tocar em sangue e secreções corporais, mucosas ou lesão de pele de qualquer usuário, quando realizar punção venosa periférica.
- Usar avental quando houver risco de contaminação do uniforme com sangue e secreções corporais.
- Usar máscara, touca e protetor de olhos quando houver risco de respingos de sangue e secreções na face.
- Desprezar agulhas e instrumentos cortantes em recipientes rígidos e nunca reencapar agulhas.
- Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado;
- Todos os artigos e equipamentos reutilizáveis devem ser submetidos à limpeza e desinfecção ou esterilização antes de serem usados para outro paciente.
- **Observação: A precaução padrão deve ser seguida com todos os pacientes independentes da suspeita ou não de infecções.**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 03	DATA DE VALIDADE: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS</b>	

EXECUTANTE: Todos os profissionais da equipe de saúde.

OBJETIVO: Garantir a higienização das mãos, evitando a transmissão de infecções.

ÁREA: Higienização e antissepsia.

1. Retirar relógios, jóias e anéis das mãos e braços (sob tais objetos acumulam-se bactérias que não são removidas mesmo com a lavagem das mãos);
2. Abrir a torneira com a mão dominante sem encostar na pia para não contaminar a roupa, quando na ausência de dispensador de pedal;
3. Molhar as mãos;
4. Colocar em torno de 3 a 5 ml de sabão líquido nas mãos;
5. Ensaboar as mãos (proporcionar espuma), através de fricção por aproximadamente 30 segundos em todas as faces (palma e dorso das mãos), espaços interdigitais, articulações, unhas e extremidades dos dedos;
6. Com as mãos em nível baixo, enxaguá-las em água corrente, sem encostá-las na pia, retirando totalmente a espuma e os resíduos de sabão;
7. Enxugar as mãos com papel toalha descartável; em caso de torneira sem dispensador de pedal, fechar a torneira com o mesmo papel toalha;

### **Observação: 5 momentos para a higienização das mãos:**

- 1) Antes de entrar em contato com o paciente;
- 2) Antes da realização de um procedimento limpo/asséptico;

- 3) Após risco de exposição a fluidos corporais;
- 4) Após contato com o paciente;
- 5) Após contato com as áreas próximas ao paciente





## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 04	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>ORIENTAÇÕES BÁSICAS ANTISSÉPTICAS DAS MÃOS COM O USO DE ÁLCOOL 70%</b>	

EXECUTANTE: Todos os pacientes e profissionais da equipe de saúde.

OBJETIVO: Garantir a proteção dos pacientes e dos profissionais da saúde, evitando a transmissão de microrganismos oriundos das mãos.

- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do álcool 70% para cobrir a palma da mão.
- Friccionar as mãos entre si.
- Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice e versa.
- Friccionar a palma das mãos entre si, com os dedos entrelaçados.
- Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, e vice e versa.
- Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimentos circulares, e vice e versa.
- Friccionar a polpa digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fazendo movimentos circulares e vice e versa.
- Friccionar os punhos com movimentos circulares.
- Friccionar até secar, não utilizar papel toalha.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 05	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>DESINFECÇÃO EM SUPERFÍCIE, BANCADA E EQUIPAMENTO, COM RESPINGOS OU DEPOSIÇÃO DE MATÉRIA ORGÂNICA (SANGUE, SECREÇÕES, EXCRETAS E EXSUDATO).</b>	

EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem

ÁREA: **Higienização, desinfecção e esterilização**

OBJETIVO: Garantir a retirada de sujidades.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Luvas de autoproteção (látex); Papel toalha absorvente; Saco branco leitoso para lixo infectante; 02 Panos limpos; 02 Baldes (1 contendo água limpa e 1 contendo água e detergente - se necessário); Desinfetante.

Técnica de desinfecção com pequena quantidade de matéria orgânica:

- Calçar luvas de autoproteção;
- Retirar o excesso da matéria orgânica em papel absorvente;
- Desprezar o papel em saco de lixo para resíduo infectante;
- Proceder à limpeza, utilizando a técnica de dois baldes; → Se piso ou paredes: – Realizar, primeiramente, a limpeza com sabão ou detergente na superfície a ser desinfetada, com o auxílio do rodo; – Enxaguar e secar; – Após a limpeza, aplicar o desinfetante na área que foi retirada a matéria orgânica, deixando o tempo necessário para ação do produto conforme fabricante (geralmente 10 min); – Se necessário, remover desinfetante por meio de enxágue e secagem com pano. → Se mobiliário: – Realizar limpeza com sabão ou detergente na superfície a ser desinfetada, com o auxílio de panos de mobília. – Após a limpeza do

mobiliário, realizar a fricção com álcool a 70% ou outro desinfetante.

Técnica de desinfecção com grande quantidade matéria orgânica

- Remover a matéria orgânica com auxílio do rodo e da pá;
- Desprezar a matéria orgânica, líquida, no esgoto sanitário (tanque do expurgo ou vaso sanitário); 3) Caso a matéria orgânica esteja no estado sólido, acondicionar em saco plástico;
- Proceder à limpeza, utilizando a técnica de dois baldes;
- Seguir os mesmos passos indicados na Técnica de desinfecção com pequena quantidade de matéria orgânica.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 06	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>DESCONTAMINAÇÃO DE SUPERFÍCIES CONTAMINADAS</b>	

EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem.

ÁREA: Higienização, desinfecção e esterilização.

OBJETIVO: Realizar a retirada de sujidades e focos de contaminação de superfícies.

1. Utilizar luvas de autoproteção (látex);
2. Retirar o excesso da matéria orgânica em papel absorvente;
3. Desprezar o papel em saco de lixo para resíduo infectante;
4. Aplicar o desinfetante e deixar o tempo necessário – 10 min;
5. Remover o desinfetante com pano molhado;
6. Proceder a limpeza com água e sabão.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 07	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>TÉCNICA DE LIMPEZA DO MOBILIÁRIO, BANCADAS E EQUIPAMENTOS</b>	

EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem.

ÁREA: Higienização, desinfecção e esterilização.

OBJETIVO: Consiste em retirar a poeira, lavar, retirar manchas, polir e escovar bancadas, móveis e equipamentos, diariamente.

REUNIR O MATERIAL NECESSÁRIO: panos de limpeza, 2 baldes, água, detergente líquido, escova, touca, botas, luvas de autoproteção.

1. Colocar o EPI;
2. Encher metade dos baldes, um com água limpa e outro com água e detergente líquido;
3. Retirar os objetos de cima e, se possível, do interior do móvel ou equipamento a ser limpo;
4. Retirar a poeira do móvel ou equipamento com o pano úmido dobrado, para obter várias superfícies de limpeza;
5. Imergir o outro pano na solução detergente e retirar o excesso;
6. Limpar o móvel ou equipamento, esfregando o pano dobrado com solução detergente; se necessário usar a escova;
7. Retirar toda a solução detergente com pano umedecido em água limpa;
8. Enxugar o móvel ou equipamento;
9. Limpar o material de trabalho e guardar em local apropriado.

**Observação:** Este procedimento deve ser realizado diariamente e sempre que necessário.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 08	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>TÉCNICA DE LIMPEZA MANUAL DE INSTRUMENTAL</b>	

EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem.

ÁREA: Higienização, desinfecção e esterilização.

OBJETIVO: Realizar a limpeza do instrumental após a sua utilização.

MATERIAL:

EPI: gorro, máscara, óculos de proteção, luvas de borracha cano longo, avental impermeável, sapato fechado impermeável e antiderrapante;

Recipientes plásticos de cor opaca com tampa; (Bacia, balde ou cuba de plástico de tamanho compatível com a quantidade de material),

Recipientes para descarte de materiais perfurocortantes;

Jarra medidora de 1 litro;

Escova de cerdas duras e finas e acessórios de limpeza não abrasivos que não liberem partículas, ou cerdas;

Compressas ou panos limpos e macios e/ou toalhas descartáveis que não soltem resíduos, preferencialmente de cor clara;

Detergente neutro próprio para limpeza de produtos para saúde com e sem enzimas (proibido uso de detergente doméstico). (Solução de água e detergente neutro ou detergente enzimático);

Álcool 70%;

Descrição do procedimento

1. Higienizar as mãos;

2. Colocar os EPIs, proporcionando barreira física entre o profissional, os fluídos corporais, matéria orgânica e não orgânica; (Usar EPI para iniciar a limpeza do instrumental)
3. Preparar o setor para o início das atividades verificando se todos os materiais, acessórios e soluções estão disponíveis e aptos para uso, fazendo higienização e desinfecção das mesas, bancadas, caixas e armários com álcool a 70%;
4. Recepcionar os materiais em recipiente fechado, com tampa e conferi-los;
5. Manipular o material cuidadosamente evitando batidas ou quedas;
6. Separar as pinças de pontas traumáticas (Pozzi, Backhaus) e lavar separadamente, evitando acidentes;
7. Desmontar/destrovar peças que apresentam articulações, encaixes ou conexões, todas as partes do instrumental devem ficar expostas à ação do detergente enzimático e a escovação manual (interno e externo);
8. Realizar pré- limpeza, removendo a sujidade grosseira dos instrumentais com água corrente ou jato de água sob pressão;
9. Preparar recipiente com solução contendo detergente enzimático, conforme orientação do fabricante, colocando os materiais em imersão completa, sem sobreposição, com as articulações abertas e lumens preenchido com auxílio da seringa de 20 ml, mantendo o recipiente tampado, durante tempo recomendado pelo fabricante. (Imergir o instrumental aberto na solução de água e detergente (conforme orientação do fabricante), para remoção dos resíduos de matéria orgânica)
10. Observar para que o instrumental mais pesado e maior fique sob os pequenos e leves;
11. Realizar limpeza manual com auxílio de escovas e ou acessórios de limpeza não abrasivos, realizando fricção delicada em todas as superfícies do artigo (interno e externo), nas articulações e cremalheira das pinças;
12. Utilizar as esponjas não abrasivas para friccionar superfícies lisas e extensas como bacia, cúpula, cuba rim entre outras. (Lavar o instrumental peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimentos no sentido das serrilhas. Dar atenção especial para as articulações, serrilhas e cremalheiras);
13. Desprezar a solução com detergente enzimático a cada uso para que não sature com excesso de matéria orgânica e diminua a sua eficácia, além de se tornar substrato para as bactérias, propiciando aumento da contaminação dos artigos;
14. Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações;
15. Enxugar as peças com compressa ou pano macio e limpo, em toda a sua extensão, dando especial atenção para as articulações, serrilhas e cremalheiras;
16. Colocar os materiais sobre uma bancada forrada com pano limpo ou toalha descartável de cor clara que não liberem fibras, para inspeção do material quanto a

limpeza e condições de uso, antes de encaminhar para a secagem na área de preparo. Se identificar inadequação devolver o material para nova limpeza; (Realizar a inspeção visual verificando a eficácia do processo de limpeza e as condições de integridade do artigo. Se necessário, proceder novamente à limpeza ou substituição do artigo. )

17. Guardar as peças em recipiente tampado; separadas por tipo de procedimento para posteriormente embalar em grau cirúrgico e encaminhar para esterilização.
18. Encaminhar para a área de preparo e/ ou para sala/processo de desinfecção química, onde a secagem deve ser realizada o mais rapidamente possível
19. Após o término do processamento dos artigos: Lavar escovas e acessórios de limpeza e guardar em local adequado, higienizar e guardar as caixas plásticas, lavar, secar, desinfetar (quando aplicável) e guardar as EPI reutilizáveis (luvas de borrachas, óculos ou protetor facial), guardar os produtos químicos e utilizados no processo em local adequado, deixar hamper vazio, pia limpa e seca, friccionar álcool 70% em todas as bancadas, após limpeza;
20. Retirar e organizar os EPI's utilizados.
21. Manter área limpa e organizada.
22. Higienizar as mãos.

(COLOCAR LIMPEZA COM ULTRA SÔNICA)



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 08	DATA DE VALIDAÇÃO: ___/___/___
DATA DA REVISÃO: ___/___/___	
Recomendações para preparo e acondicionamento dos artigos	

Executantes: auxiliar /técnico de enfermagem Auxiliar/técnico saúde bucal

Responsável: Enfermeiro/Dentista

Indicação: para todos os artigos passíveis de reprocessamento submetidos à desinfecção e esterilização. Material Preparo e acondicionamento de materiais (Área limpa):

EPIs: Luvas de procedimento, máscara cirúrgica, gorro, sapato fechado impermeável, antiderrapante, protetor auricular se necessário;

Embalagem: Papel grau cirúrgico de vários tamanhos, campo cirúrgico, saco plástico;

Tesouras; Panos limpos e macios e/ou toalhas descartáveis que não soltem resíduos e de cor clara; Álcool 70%; Caixas plásticas com tampa; Máquina seladora; Caneta adequada para registro no papel grau cirúrgico; Etiquetas;

Local para armazenamento (armários, recipientes com tampas, estantes);

### Descrição do procedimento

1. Realizar higienização das mãos antes de iniciar o procedimento;
2. Colocar os EPIs - luvas de procedimento, gorro, máscara e sapato fechado, utilizar quando necessário os óculos de proteção, protetor auricular, luva com proteção térmica e avental;
3. Preparar o setor para o início das atividades verificando se todos os insumos e todos os tamanhos de sistema de barreira estéril estão disponíveis e aptos para uso;
4. Realizar limpeza e desinfecção das mesas, bancadas e armários com álcool a 70% antes de iniciar as atividades. Essa desinfecção deve ser feita, pelo o menos a cada troca de plantão e sempre que houver contaminação para que não suje o material já limpo;
5. Forrar a mesa/ bancada com campos de tecido ou não tecido descartáveis de cor clara para efetuar a inspeção e secagem dos materiais. Esses campos devem ser trocados sempre que estiverem molhados e/ou sujos e a cada troca de plantão;
6. Realizar a inspeção da limpeza, peça por peça, do sentido proximal para o distal (controle do processo de limpeza), integralidade (oxidações, danos, etc) e funcionalidade. Caso

perceba alguma inadequação do material, este deverá ser separado para novo processo de limpeza, manutenção ou inutilização;

7. Secar individualmente cada material com o auxílio de pano limpo e macio ou toalha descartável de cor clara que não liberem fibras, inspecionando a limpeza novamente, Os lumens devem ser secos com ar comprimido medicinal sob pressão;
8. Separar os materiais que serão embalados e montar/ encaixar peças removíveis, montar kits para procedimentos conforme necessidade do serviço e indicação em protocolo;
9. Selecionar a embalagem de acordo com o processo: desinfecção (saco plástico/ caixa plástica com tampa), esterilização (papel grau cirúrgico);
10. Observar data de validade, integridade, registro da ANVISA, lote para rastreabilidade impresso na embalagem de PGC;
11. Observar configuração (perfurocortante), modo de preparo, tamanho, peso, formato do artigo, quantidade de instrumental no kit, ao preparar a embalagem de Papel Grau Cirúrgico (PGC) para o acondicionamento, verificando a necessidade de dupla embalagem, de forma a garantir a integridade do pacote durante o processo de esterilização, mantendo o material estéril até seu uso final;
12. Utilizar embalagem dupla (sistema de embalagem) para materiais pesados, com características perfurocortante, ou se houver mais de 1 item na embalagem proporcionando o aumento do peso da mesma (kits de instrumentais). Também é recomendável dupla embalagem para artigos muito pequenos ou flexíveis que apresenta risco de contaminação no momento da abertura;
13. Materiais perfurocortantes poderão receber capa de proteção em suas extremidades, preferencialmente, se for o único instrumental na embalagem, porém se o material tiver que ser transportado durante o processo, está indicado dupla embalagem;
14. Realizar o ajuste das embalagens duplas, a embalagem interna (primária) deve ter tamanho menor, para evitar dobras e sobras no papel, devem ser acomodadas de forma que a face plástica da embalagem primária esteja voltada para a face plástica da embalagem secundária, permitindo a visualização do produto. Assim como as partes de papel devem estar face a face de modo a garantir a penetração e a remoção do agente esterilizante e do ar, além de não comprometer a secagem do material, considerando que a face de papel é permeável ao agente esterilizante;
15. Manter na dupla embalagem, ambos os invólucros com o mesmo sentido da indicação da seta de abertura, para não comprometer abertura asséptica e ocasionar liberação de fibras no material estéril;
16. Cortar o papel grau cirúrgico de modo que o material fique bem-acondicionado, evitando pacotes muito grandes com desperdício de embalagem ou muito pequenos (pacotes repuxados) em relação ao tamanho do material a ser acondicionado, garantindo uma embalagem que não comprometa o processo de esterilização, permitindo o transporte, armazenamento e manuseio do material sem risco de contaminação, recomenda-se manter apenas 3 cm da base do material até a selagem;
17. Acondicionar os instrumentais com as peças mais leves e menores sobre os maiores e mais pesados;
18. Manter pinças semi abertas ou travadas apenas no primeiro dente da cremalheira; Não é recomendável manter o instrumentais na posição mais aberta possível, isso traz risco a integridade da embalagem. O calor latente do processo de esterilização garante a esterilização de pinças em posição fechada;

19. Manter instrumentais com a extremidade curva, com a curvatura voltada para a tampa da caixa ou face plastificada do PGC;
20. Manter itens com concavidade como as cúpulas, cuba rim, com a abertura voltada para parte de papel;
21. Acondicionar os cabos dos instrumentais voltados para o lado da abertura da embalagem de papel grau cirúrgico, observando a indicação do sentido da seta impressa na lateral do papel, evitando assim a delaminação da embalagem no mo;
22. Remover a maior parte do ar de dentro da embalagem antes da selagem, pois a ação do ar age como barreira ao vapor e a gases esterilizantes;
23. Selar as embalagem mantendo 3 cm de distância do material e da borda de abertura, evitando fissuras, rugas, dobras, delaminação e sinais de queima do papel, obedecendo as orientações do fabricante quanto a temperatura da seladora mais adequada, a integridade da selagem hermética garante a manutenção da esterilização, enquanto pequenas falhas na selagem permitem a entrada de microrganismo;
24. Identificar a embalagem com o nome do material, lote, data de esterilização, data de validade, método de esterilização e responsável/COREN ou CRO. Acrescentar nome do serviço de saúde se necessário se houver transporte do material;
25. Não é recomendado escrever na parte de papel do invólucro, na impossibilidade colar de etiqueta na face do filme, fazer o registro na aba para abertura asséptica, área externa da selagem (parte voltada para o lado do filme evitando assim manipular o material para checagem da data);
26. Encaminhar os materiais críticos embalados com PGC para esterilização utilizando caixa plástica com tampa, previamente limpa e desinfetada;
27. Embalar os artigos desinfetados em sacos plásticos atóxicos, selando-os (quando aplicável) e/ou guardá-los em recipiente plástico com tampa previamente limpo, desinfetado e identificados;
28. Identificar os materiais desinfetados com o nome do artigo, nome do agente desinfetante, data da desinfecção, data de validade e assinatura e COREN do profissional executor;
29. Armazenar os materiais desinfetados em local separados dos esterilizados; As recomendações descritas acima para preparo e acondicionamento dos artigos, tiveram como fonte de pesquisa os manuais da SOBECC, 2013 e APECIH, 2010.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 09	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES (MÁSCARAS, COPINHO E PROLONGAMENTOS)</b>	

EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem.

ÁREA: Higienização, desinfecção e esterilização.

OBJETIVO: Realizar a limpeza do material de inalação após a sua utilização.

MATERIAL: EPI; Solução de água e detergente; Hipoclorito de sódio a 1%; Recipiente com tampa; Balde ou bacia plástica com tampa (opacos); Compressas ou panos limpos e secos; Seringa de 20ml.

1. Separar o material necessário;
2. Colocar o EPI;
3. Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente;
4. Enxaguar o tubo com água corrente, usando o mesmo processo anterior para parte interna;
5. Colocar para escorrer ou secar com ar comprimido;
6. Enxaguar as demais peças rigorosamente interna e externamente;
7. Deixar escorrer sobre um pano limpo, completar a secagem manualmente se necessário;
8. Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 0,5% por 60 minutos; no recipiente opaco e com tampa.
9. Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e/ou pinça longa;
10. Enxaguar as peças rigorosamente em água corrente;
11. Secar com pano limpo e seco;

12. Guardar as peças montadas (máscaras de nebulização) em recipiente tampado identificado;
13. Desprezar a solução de hipoclorito, enxaguando e secando o recipiente;
14. Manter uma área limpa e organizada.

**Observações:**

A solução de Hipoclorito deverá ser identificada com o horário que foi diluído, data e assinatura legível do profissional de Enfermagem responsável por esta e desprezado (trocado) após 12 horas de diluição. Para o preparo da solução deverá ser observada a concentração do produto inicial, no caso de soluções à 2% diluir uma parte de produto para 3 partes águas, no caso de produtos com concentração à 2,5 % diluir uma parte de produto para 4 partes de água.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 10	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem.

ÁREA: Higienização, desinfecção e esterilização.

OBJETIVO: Realizar a limpeza e desinfecção nas almotolias após o término da solução e/ou semanalmente.

MATERIAIS: Equipamento de Proteção Individual; 01 esponja macia de limpeza; 01 escova de mamadeira; Solução de água e detergente; Panos limpos e secos; Balde ou bacia com tampa; Hipoclorito de sódio a 1%.

1. Separar o material a ser limpo;
2. Higienizar as mãos e paramentar-se com EPI para iniciar a limpeza.
3. Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia;
4. Lavar as almotolias com solução detergente ou água e sabão utilizando escova própria para limpeza de seu interior e exterior desprezando a solução através da ponteira;
5. Desenroscar as ponteiras;
6. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
7. Colocar as almotolias e tampas emborcadas para escorrer o excesso de água sobre o pano limpo e seco até secarem completamente;
8. Imergir as almotolias em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos;

9. Retirar o material da solução de hipoclorito;
10. Enxaguar exaustivamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;
11. Preencher as almotolias até 2/3 da sua capacidade (Não completar a solução das almotolias com enchimentos sucessivos).
12. Identificar o tipo de solução das almotolias com a etiqueta, data do envaze, data de validade e nome legível de quem realizou o procedimento;
13. Guardar em recipiente com tampa as almotolias que não serão reabastecidas;
14. Retirar e organizar os EPI's utilizados;
15. Manter o local limpo e organizado;
16. Distribuir as almotolias onde forem necessárias em cada sala e consultórios.
17. Realizar anotações de troca, validade, assinatura conforme imagem a seguir:

Exemplo:

Álcool 70%

Data abertura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO: A quantidade de solução colocada nas almotolias deve ser suficiente apenas para uso diário ou semanal. Nunca reabastecer as almotolias sem limpeza e desinfecção prévia.**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 11	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: / /	
<b>TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS UMIDIFICADORES DE OXIGÊNIO</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem.

ÁREA: Higienização, desinfecção e esterilização.

OBJETIVO: Realizar a limpeza do material de oxigenoterapia após a sua utilização.

MATERIAIS: Equipamento de Proteção Individual, 01 esponja macia de limpeza; 01 escova de mamadeira; Solução de água e detergente; Panos limpos e secos; Balde ou bacia; Hipoclorito de sódio a 1% .

1. Separar o material a ser limpo;
2. Higienizar as mãos e paramentar-se com EPI para iniciar a limpeza.
3. Esvaziar os umidificadores, desprezando a solução na pia;
4. Lavar externamente, incluindo a tampa e tubo metálico, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;
5. Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira;
6. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
7. Colocar para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente;
8. Imergir em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos (somente o recipiente plástico);
9. Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;
10. Friccionar álcool a 70% por 3 vezes na parte metálica que acompanha o umidificador;
11. Guardar em recipiente limpo e com tampa, identificando data, horário e responsável.
12. Retirar e organizar os EPI's utilizados.
13. Manter o ambiente limpo e organizado.
14. Encaminhar para o setor responsável pela esterilização na Unidade.



### PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 12	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBU</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem

ÁREA: Higienização, desinfecção e esterilização

OBJETIVO: Realizar a limpeza no ambu e acessórios após a sua utilização

MATERIAIS: Equipamento de Proteção Individual, Solução de água e detergente neutro e detergente enzimático; Panos limpos e secos.

1. Separar o material
2. Higienizar as mãos e paramentar-se com EPI para iniciar a limpeza (avental impermeável, luvas de borracha, óculos de proteção, máscara e sapato fechado);
3. Desmontar o ambu (retirar a máscara e conexões);
4. Limpar a bolsa ventilatória externamente com pano úmido e sabão. Evitar penetração de água no interior da bolsa;
5. Lavar a máscara e conexões com água e sabão;
6. Enxaguar em água corrente e secar;
7. Imergir a máscara e conexões em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;
8. Retirar da solução de hipoclorito e enxaguar em água corrente;
9. Secar e guardar em recipiente tampado;

10. Retirar e organizar os EPI's utilizados;
11. Manter local limpo e organizado.

**ATENÇÃO: A desinfecção com hipoclorito é necessária somente em presença de matéria orgânica.**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 13	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>TRABALHO PARA A ÁREA DE EXPURGO</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem.

ÁREA: Higienização, desinfecção e esterilização.

OBJETIVO: Organizar o trabalho da enfermagem na execução de procedimentos contaminados na área do expurgo.

1. Lavar as mãos e friccionar álcool em gel a 70% antes e após as atividades;
2. Fazer desinfecção das bancadas com álcool a 70% a cada turno e quando necessário;
3. Usar EPI (jaleco, touca, avental impermeável, máscara, luvas de procedimento e óculos de acrílico);
4. Receber todo o material contaminado conferindo rigorosamente. Observar: Limpeza, integridade e se o mesmo está completo; anotar em impresso próprio as alterações encontradas.
5. Efetuar a limpeza e / ou desinfecção do material conforme rotina do setor;
6. Encaminhar o material para a área de Preparo;
7. Preparar soluções e recipientes que serão usados para desinfecção de material;
8. Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvida no desenvolvimento das atividades.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 14	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>TRABALHO NA ÁREA DE RECEPÇÃO DE MATERIAL</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem

ÁREA: Higienização, desinfecção e esterilização

OBJETIVO: Organizar o fluxo de trabalho do pessoal da área de esterilização de materiais.

1. Lavar as mãos e friccionar álcool glicerinado antes e após executar as atividades;
2. Fazer desinfecção com um pano umedecido em álcool a 70% das mesas e bancadas, no início do plantão e sempre que necessário;
3. Receber e conferir os instrumentais de acordo com a cor e conteúdo de cada pacote, em horários padronizados;
4. Usar EPI durante a conferência dos instrumentais (avental, luvas de procedimento, touca).
5. Preencher o impresso de controle e recepção de material com letra legível, constando as assinaturas do responsável da Central e Unidade.
6. Avaliar rigorosamente a limpeza e a integridade dos materiais recebidos. O instrumental recebido sujo deverá ser reprocessado pelo funcionário escalado na Sala de Recepção;
7. Encaminhar o material para a Área de Preparo;
8. Manter a bancada livre e anotar no relatório de instrumentais as pendências (danificados, incompletos);
9. Encaminhar para o enfermeiro os instrumentais danificados para providências devidas;

10. Manter os armários em ordem;
11. Manter a área limpa e organizada.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 15	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>TRABALHO NA ÁREA DE PREPARO DE MATERIAIS</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem.

ÁREA: Higienização, desinfecção e esterilização.

OBJETIVO: organizar o processo de trabalho do pessoal da área de preparo, lavagem e secagem de materiais, instrumentais.

1. Lavar as mãos e friccionar álcool glicerinado a 70% antes e após executar as atividades;
2. Usar EPI (jaleco, touca e luvas de procedimento);
3. Realizar desinfecção das mesas, bancadas, estantes, e armários com álcool a 70% antes de iniciar as atividades;
4. Verificar a quantidade de material necessário à execução das atividades e solicitar a reposição;
5. Receber o material proveniente do Expurgo, selecioná-lo de acordo com o pacote a ser feito, conferindo a limpeza e integridade;
6. Confeccionar os pacotes conforme a técnica do envelope;
7. Identificar os pacotes colocando no rótulo:
8. Sigla da Unidade;
9. Nome do pacote de acordo com a padronização;
10. Data da esterilização (será preenchido quando for esterilizado)
11. Número do lote (será preenchido quando for esterilizado)
12. Validade (será preenchido quando for esterilizado)
13. Assinatura legível do funcionário que preparou o pacote.

14. Anotar a produção no impresso de estatística.

**Observações:**

1. Preencher a identificação antes de fixar no pacote;
2. Fixar o rótulo no pacote, em local visível e plano, observando para que a fita teste não cubra a identificação.
3. O número do lote tem o objetivo de identificar em qual ciclo o material foi esterilizado, deve ser preenchido com o número da autoclave e o número do ciclo em que será esterilizado o material.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 16	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: / /	
<b>TRABALHO PARA O FUNCIONÁRIO DA ÁREA DE ESTERILIZAÇÃO</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem.

ÁREA: Higienização, desinfecção e esterilização.

OBJETIVO: Organizar o processo de trabalho do pessoal da área de esterilização de materiais, instrumentais.

1. Lavar as mãos e friccionar álcool glicerinado a 70% antes e após executar as atividades;
2. Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água;
3. Passar álcool a 70% em toda a superfície dos móveis e bancadas;
4. Usar EPI (jaleco, touca e luvas de amianto – quando necessário);
5. Controlar o funcionamento das autoclaves, registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido;
6. Complementar rótulo do material anotando a data da esterilização, validade e o número do lote;
7. Montar a carga de acordo com as orientações básicas:
8. Utilizar cestos de aço para acondicionar os pacotes;
9. Observar o tamanho do pacote e adequá-lo ao tamanho do cesto;
10. Colocar os pacotes na posição vertical, dentro dos cestos ou na rack;
11. Evitar que o material encoste nas paredes da câmara;
12. Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor;
13. Posicionar os pacotes pesados na parte inferior da rack;
14. Colocar os materiais: bacias, vidros e cubas com a abertura voltada para baixo;
15. Utilizar no máximo 85% da capacidade da autoclave.

16. Colocar nas autoclaves os pacotes com os testes biológicos no primeiro ciclo diariamente;
17. Entreabrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização e aguardar 15 minutos para retirar o material;
18. Após o esfriamento dos pacotes, encaminhá-los ao Arsenal;
19. Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvidas na execução das atividades;
20. Manter a área limpa e organizada.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 17	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>TRABALHO NA ÁREA DE GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem.

ÁREA: Higienização, desinfecção e esterilização.

OBJETIVO: Organizar o processo de trabalho do pessoal da área de guarda e distribuição de materiais, instrumentais.

1. Lavar as mãos e friccionar álcool glicerinado a 70%, antes e após a execução das atividades;
2. 2 – Usar EPI (jaleco e touca);
3. Realizar a desinfecção dos armários, bancadas, das estantes e suportes livres, com pano umedecido em álcool a 70% diariamente e sempre que necessário;
4. Controlar a quantidade de material a ser distribuído conforme a demanda diária;
5. Conferir e fornecer o material embalado em saco plástico às unidades nos horários padronizados;
6. Receber o material da área de esterilização e guardá-lo após o esfriamento, no local identificado;
7. Observar em cada pacote recebido pela área de esterilização:
8. Modificação ocorrida na coloração da fita teste, para autoclave a vapor;
9. Preenchimento do rótulo;
10. Integridade do pacote.

11. Verificar diariamente se os pacotes estocados estão dentro do prazo de validade da esterilização, colocando os pacotes com data de validade mais próxima do vencimento na frente;
12. Solicitar a orientação do enfermeiro, sempre que houver dúvidas no desenvolvimento das atividades;
13. Manter a área limpa e organizada.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 18	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>SEGREGAÇÃO, ACONDICIONAMENTO E IDENTIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS</b>	

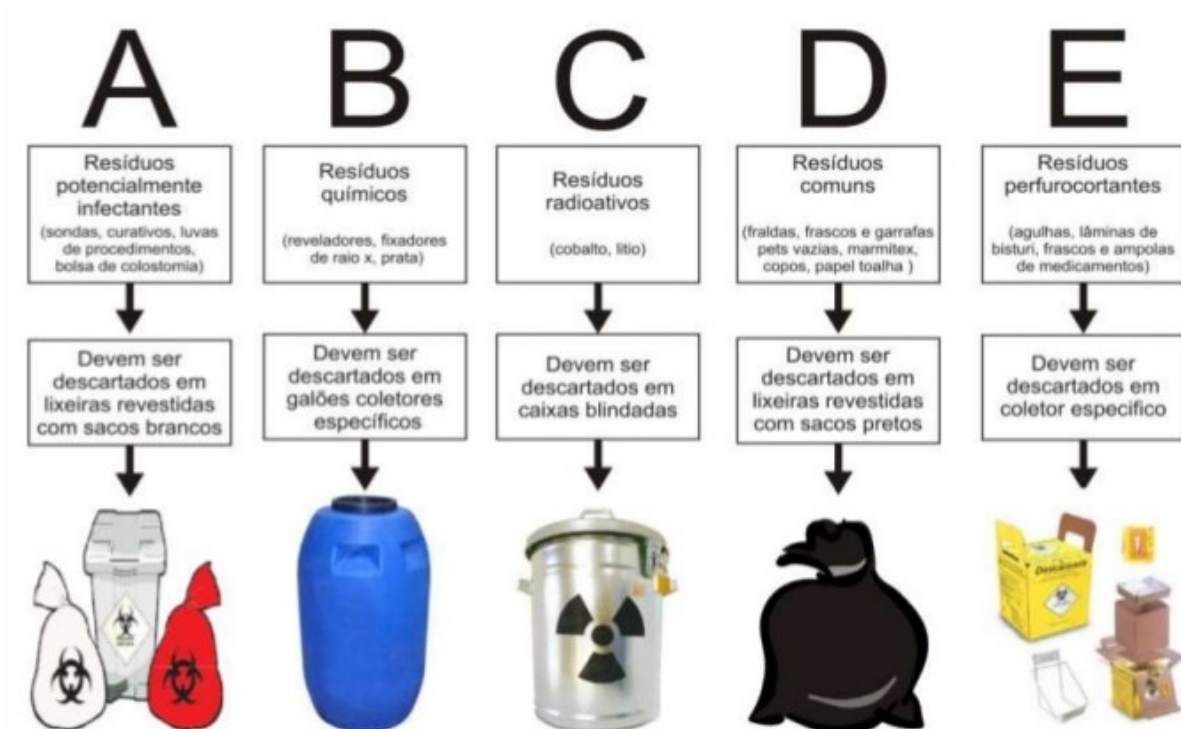
EXECUTANTE: Auxiliares de Serviços Gerais.

ÁREA: Higienização, desinfecção e esterilização.

OBJETIVO: Separar, acondicionar e identificar resíduos em embalagens adequadas para coleta, transporte, armazenamento e disposição finais seguros. Deve ser de acordo com o tipo do resíduo e os limites de enchimento devem ser obedecidos.

1. Separar os resíduos de acordo com o grupo (RDC 306/2004 Anvisa) o Grupo A - Resíduos potencialmente infectantes; o Grupo B – Resíduos químicos; o Grupo D – Resíduos Comuns (semelhante ao domiciliar e reciclável); o Grupo E – Resíduos perfuro cortantes.
2. Para resíduos do grupo A. Acondicionar os resíduos em lixeiras com sacos plásticos brancos leitosos especificados na NBR 9190, de forma que eles preencham até 2/3 do volume da embalagem, possibilitando que esta seja amarrada acima do conteúdo, para evitar o transbordamento na hora da coleta;
3. Para resíduos do grupo B. Acondicionar os resíduos em galões coletores específicos para o material, mantendo-o sempre fechado.
4. Para resíduos do grupo D. Acondicionar os resíduos em lixeira com saco de lixo preto, provendo o seu descarte adequado.

5. Para resíduos do grupo E. Devem ser acondicionados em recipientes resistentes, reforçados impermeáveis e grandes o suficiente para receber o material de uso diário do local. As agulhas não devem ser destacadas das seringas ou manuseadas, a fim de evitar acidente de trabalho. Ao ser descartado, o recipiente deve estar devidamente fechado, envolvido em saco plástico branco leitoso identificado “material cortante”. Todos os resíduos devem estar corretamente acondicionados e identificados oferecendo condições adequadas para manuseio.
6. ATENÇÃO: Os resíduos do grupo A gerados nos serviços de assistência domiciliar devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade e encaminhados para o estabelecimento de saúde de referência.
7. Descarte de lixo radioativo, encaminhar via transporte para CEONC.





## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 19	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E AGENDAMENTOS</b>	

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Acolher o usuário com escuta ativa, visando atender suas necessidades básicas.

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas.

É equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher os trabalhadores da recepção (ou a qualquer outro isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar.

- Utilizar uma escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação;
- Referenciar o paciente à equipe responsável por ele (quando de outra UBS/ESF)
- Agendar retornos a partir de solicitação da equipe de saúde e/ou de acordo com o atendimento programático (programas de saúde);
- Responder às demandas de vigilância à saúde e encaminhar queixas ou denúncias de cunho ambiental/social às instâncias pertinentes

(Departamento de Vigilância à Saúde) e realizar as orientações de saneamento.

- Usuários com atividades agendadas (consultas, por exemplo) ou da rotina da unidade (vacina, por exemplo) devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção;
- Realizar escuta de demanda espontânea em todo horário de atendimento.
- Receber os pacientes que procuram o serviço com queixa, sinal ou sintoma, realizar acolhimento e, quando necessário, consulta de enfermagem, médica ou odontológica.

Cabe ao enfermeiro da UBS supervisionar o acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem;

Não basta ter uma “sala de acolhimento”, por exemplo, sendo equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer trabalhador isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar.

É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida como legítima.

Importante salientar que a realização da escuta qualificada não é prerrogativa exclusiva de nenhum profissional, devendo ser prática corrente de toda a equipe, onde por exemplo, na recepção da unidade, uma atendente de recepção, um agente de saúde, TSB, ou qualquer outro colaborador que ali se fizer presente, podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso, como por exemplo, uma criança com febre alta, um adulto com cólica renal, um usuário agitado, uma pessoa com dificuldade de respirar, um idoso com dor no peito, sinalizando assim para a equipe de enfermagem, desta forma priorizando o atendimento destes.

Situação não aguda (passíveis de agendamento) :

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade;
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez);

- Agendamento/programação de Intervenções.
- Condições crônicas/receitas.
- Puericulturas
- Planejamento familiar
- Pré natal
- Testes rápidos

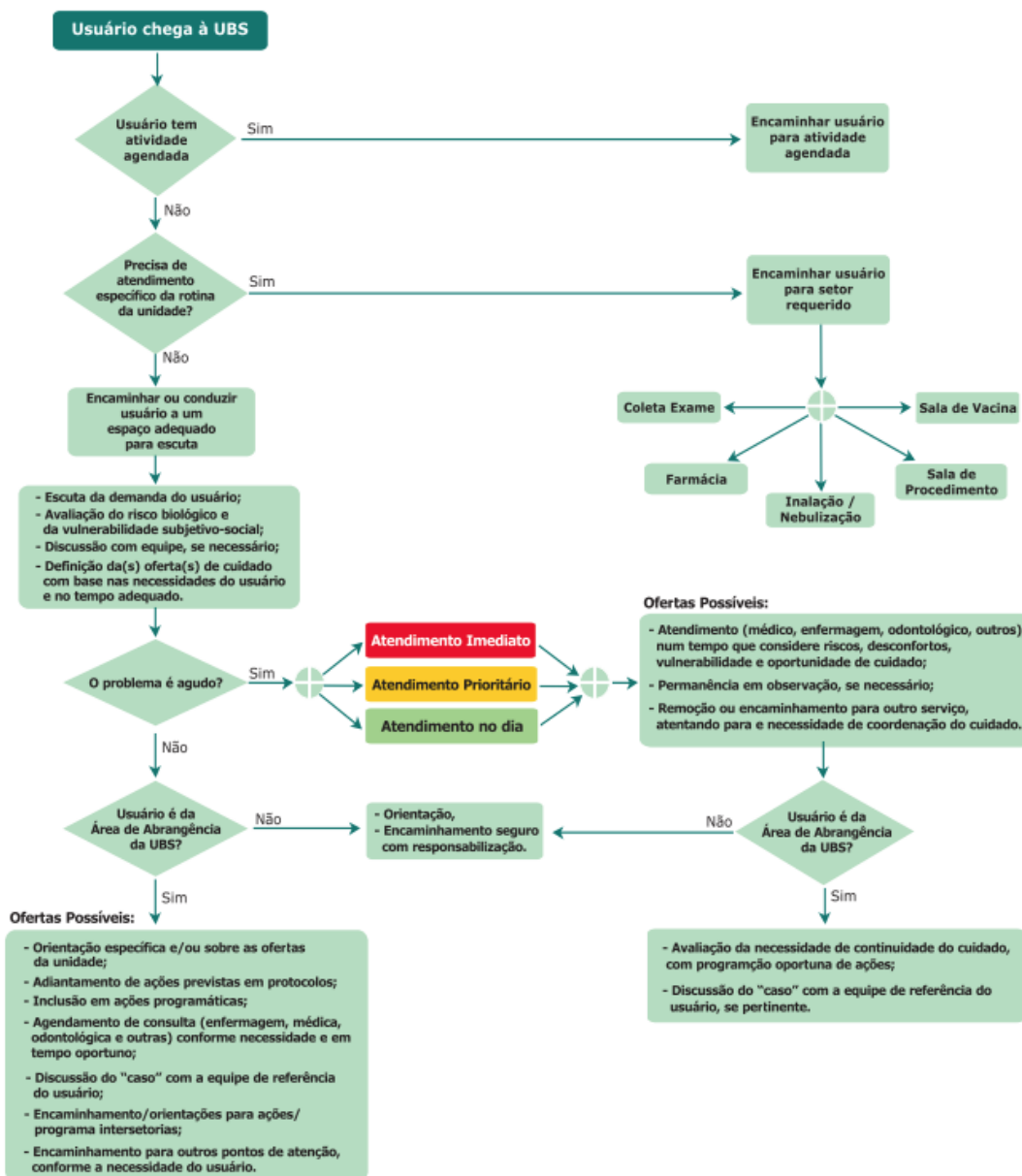
Situação aguda – condutas possíveis:

- Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Exs.: PCR, dificuldade respiratória grave, convulsão, RNC, dor severa;
- Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medida de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influência na ordem de atendimento. Exs.: crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários que necessitam de isolamento, pessoas com ansiedade significativa;
- Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo, dependendo da situação e dos protocolos locais. Exs.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo que já terminou (em casos excepcionais), conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Sempre que possível, realizar o agendamento por hora marcada, nos diferentes formatos possíveis, é uma estratégia que possibilita, por um lado, a atenção em tempo oportuno à maior parte dos “casos agudos” que apresentam maior risco ou

sofrimento e, por outro lado, auxilia na melhor distribuição do número de usuários na unidade ao longo do dia, evitando superlotação, desconforto e tensões.

28





## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 20	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>PRÉ-CONSULTA</b>	

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: As atividades desenvolvidas na pré-consulta, também chamada consulta de preparo, devem anteceder, quando e onde possível, quaisquer consultas de multiprofissionais. A pré-consulta também favorece a detecção de casos suspeitos que devem ser encaminhados para a confirmação e posterior inscrição nos Programas pré-existentes, além de servir como foco de divulgação das atividades da Unidade.

MATERIAL: Esfigmomanômetro e estetoscópio, Termômetro, Balança antropométrica, algodão com álcool 70%, oxímetro, fita métrica.

1. Lavar as mãos antes do procedimento;
2. Orientar o usuário quanto ao procedimento;
3. Questionar o motivo porque procurou a UBS;
4. Registrar no prontuário os dados de aferição de:
  - peso e estatura,
  - pulso e respiração,

- temperatura corporal,
- pressão arterial,
- além de outros dados que estejam programados para o caso.

5. Encaminhar o usuário para aguardar o atendimento.

6. Manter a sala em ordem e guardar o material.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 21	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>CONSULTÓRIOS GERAIS</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento dos consultórios gerais.

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente a cada início do plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Checar o funcionamento dos equipamentos da sala: chamando a manutenção se necessário e comunicando o responsável;
5. Encaminhar espéculos de otoscopias para desinfecção na Central de Material;
6. Trocar almotolias semanalmente;
7. Realizar troca e reposição de lençóis e
8. Repor materiais conforme necessidade.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 22	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>SALA DE PROCEDIMENTOS</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das sala de procedimentos.

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e quinzenal limpeza terminal;
4. Trocar as almotolias semanalmente colocando novas soluções, previamente limpos identificados e datados. As almotolias devem ser preenchidas 50% do volume;
5. Verificar a data de validade de materiais esterilizados;
6. Repor materiais necessários, conforme a rotina da unidade;
7. Realizar os procedimentos conforme POPs específicos;
8. Direcionar material utilizado ao expurgo, e utilizar técnica de limpeza adequada conforme POP específico.
9. Após a realização de procedimentos contaminados solicitar ao zelador limpeza concorrente e descontaminação se necessário;



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 23	DATA DE VALIDAÇÃO: _ / _ / _
DATA DA REVISÃO: _ / _ / _	
<b>SALA DE INALAÇÃO</b>	

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de inalação.

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e mensalmente limpeza terminal;
4. Checar o funcionamento do compressor, chamando a manutenção se necessário;
5. Preparar material necessário, trocar o soro fisiológico utilizado no procedimento a cada 24 horas;
6. Executar os procedimentos conforme prescrição médica e/ ou do enfermeiro, anotando no verso na própria receita com letra legível a data, horário, nome e COREN;
7. Lavar criteriosamente os inaladores logo após o uso com água e sabão os materiais, retirando os resíduos, em seguida enxaguá-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo;
8. Secar o material com pano limpo;

9. Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e solicitar na farmácia conforme a necessidade de reposição;
10. Colocar o material seco em imersão no hipoclorito à 1% - em caixa fechada - por 30 minutos, registrando em formulário o horário de início do processo;
11. Enxaguar o material em água corrente, secar e armazenar em local fechado e limpo;
12. Manter a sala limpa, organizada e abastecida, verificando diariamente a validade dos medicamentos;
13. Ao final do expediente retirar os extensores e proceder a limpeza e desinfecção conforme rotina das máscaras de inalação, desprezar o hipoclorito de sódio e lavar a caixa;
14. Anotar a validade do hipoclorito.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 24	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>	

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem e Enfermagem.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de urgência e emergência.

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão e a cada paciente pós-alta;
3. Solicitar ao serviços gerais que realize limpeza terminal sempre que houver atendimento de urgência;
4. Checar funcionamento dos equipamentos, chamando a manutenção se necessário;
5. Checar medicação e material de urgência, conforme padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde, mensalmente. Solicitar reposição imediata após uso; Substituir lacre sempre após a conferência.
6. Realizar conferência semanal do torpedo de oxigênio. Mantendo o mínimo de 25 litros, avisar ao setor de transporte para solicitação de reposição. Juntamente com oxigênio conferir e manter abastecido o anexo ao torpedo, devendo conter um SF 0.9% de 100 ml, agulha 40x12, cateter nasal, umidificador e prolongamento higienizado.
7. Manter a sala limpa, organizada e abastecida.

### Composição da Caixa de Emergência:

A caixa de emergência é uma estrutura de fácil locomoção que deve conter, de forma sequenciada, um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, para atendimento em situações de urgências e emergências. É importante manter a maleta de emergência organizada, localizada em um espaço facilmente acessível, sem qualquer obstáculo à sua mobilização.

Medicamentos, dispositivos e materiais da caixa de emergência

Medicamentos, dosagem, apresentação	Quantidade	Indicação
Ácido acetilsalicílico 100mg, comprimido	4 comprimidos	SCA
Água destilada injetável, ampola 10mL	10 ampolas	
Atropina sulfato injetável 0,25mg/mL, ampola 1mL	4 ampolas	IA, CQ
Captopril 25mg, comprimido	4 comprimidos	CH
Carvão vegetal ativado 250mg, comprimido	4 comprimidos	IA
Clonidina 0,150mg, comprimido	4 comprimidos	CH
Clorpromazina injetável 5mg/mL, ampola 5mL	5 ampolas	AP
Dexametasona injetável 10mg/2,5mL, ampola 2,5mL	2 ampolas	RA
Diazepam injetável 5mg/mL, ampola 2mL	2 ampolas	CE
Dinitrato de isossorbida 5mg, comprimido sublingual	4 comprimidos	SCA, CH
Epinefrina injetável 1:1.000, ampola 1mL	5 ampolas	AG, IRA, CQ, PCR, RA
Fenitoína injetável 50mg/mL, ampola 5mL	4 ampolas	CE
Fenoterol bromidato (gotas) 5mg/mL, frasco 20mL	1 frasco	AG
Furosemida injetável 10mg/mL, ampola 2mL	3 ampolas	CH
Glicose hipertônica injetável 50%, ampola 10mL	5 ampolas	HG
Haloperidol injetável 5mg/mL, ampola 1mL	5 ampolas	AP

continua...

Hidrocortisona injetável (pó) 100mg, frasco	1 frasco	AG, RA
Hidrocortisona injetável (pó) 500mg, frasco	1 frasco	AG, RA
Brometo de ipratrópio (gotas) 0,25mg/mL, frasco 20mL	1 frasco	AG
Prometazina injetável 25mg/mL, ampola 2mL	3 ampolas	AP, RA
Soro fisiológico injetável 0,9%, frasco 500mL	1 frasco	DG, CQ, PCR
Soro glicosado injetável 5%, frasco 500mL	1 frasco	DG, CQ, PCR
Terbutalina injetável 0,5mg/mL, ampola 2mL	1 ampola	AG

Fonte: adaptado de Brasil.<sup>14</sup>

SCA: síndrome coronariana aguda; IA: intoxicação aguda; CQ: Choque Circulatório; CH: crise hipertensiva adulto (urgência/emergência); AP: agitação psicomotora; RA: reação anafilática; CE: crise epiléptica; AG: asma grave (exacerbação); IRA: insuficiência respiratória aguda; PCR: parada cardiorrespiratória; HG: hipoglicemia grave; DG: desidratação grave plano C (fase de expansão rápida).

Equipamentos/dispositivos		
Manejo de vias aéreas	Quantidade	Indicação
Cânula de Guedel nº 0	1 unidade	AG, CQ, IRA, RA
Cânula de Guedel nº 1	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Cânula de Guedel nº 2	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Cânula de Guedel nº 3	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Cânula de Guedel nº 4	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Cânula de Guedel nº 5	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Cateter nasal tipo óculos para oxigênio medicinal	1 unidade	AG, CQ, IRA, RA
Cilindro para oxigênio medicinal 1m <sup>3</sup> (7L)	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Sistema bolsa-máscara autoinflável adulto com máscara transparente (AMBU)	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Sistema bolsa-máscara autoinflável pediátrico com máscara transparente (AMBU)	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Tubo de silicone para oxigênio medicinal, 2m	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Umidificador de 250mL para oxigênio medicinal	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Válvula reguladora com fluxômetro para cilindro de oxigênio medicinal	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA

Fonte: adaptado de Brasil<sup>14</sup>

AG: asma grave (exacerbação); CQ: choque circulatório; IRA: insuficiência respiratória aguda; RA: reação anafilática; PCR: parada cardiorrespiratória.

Equipamentos/dispositivos	
Acesso venoso	Quantidade
Agulha descartável 13x4,5	5 unidades
Agulha descartável 25x7	5 unidades
Agulha descartável 40x12	5 unidades
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 14G	2 unidades
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 20G	2 unidades
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 22G	2 unidades
Equipo macrogotas para soro	2 unidades
Equipo multivias com 2 vias (Polifix®)	2 unidades
Scalp de infusão intravenosa 21G	2 unidades
Scalp de infusão intravenosa 25G	2 unidades
Seringa descartável de 1mL sem agulha	1 unidade
Seringa descartável de 10mL sem agulha	3 unidades
Seringa descartável de 20mL sem agulha	1 unidades
Seringa descartável de 5mL sem agulha	3 unidades

Material para procedimentos	Quantidade
Garrote para punção venosa periférica	1 unidade
Gaze estéril (pacote com 5 folhas)	3 unidades
Luva cirúrgica nº 7,0	1 unidade
Luva cirúrgica nº 7,5	1 unidade
Luva cirúrgica nº 8,0	1 unidade
Luvas de procedimentos tamanho M	20 unidades
Maleta tipo ferramentas de 16" com alça para carregar	1 unidade
Máscara cirúrgica	2 unidades
Rolo de esparadrapo comum	1 unidade
Sonda nasogástrica adulto 16F*	1 unidade
Tesoura estéril	1 unidade

\*Indicação em intoxicação aguda.

Equipamentos que devem ser mantidos próximos à caixa de emergência	
Equipamentos	Quantidade
Ambu adulto com máscara	1 unidade
Ambu infantil com máscara	1 unidade

Equipamentos necessários ao atendimento	
Glicosímetro	1 unidade
Oxímetro de pulso	1 unidade
Aparelho para nebulização	1 unidade
Cilindro de oxigênio	1 unidade
Umidificador com extensão de látex	1 unidade
Fluxômetro	1 unidade

### Procedimentos padronizados para gestão da medicação da caixa de emergência (medicação de alto vigilância)

- Garantir que a maleta esteja sempre completa, em local único, com todos os materiais necessários ao atendimento de urgência ou emergência e de fácil acesso a todos os profissionais em local seguro e protegido da luz solar.
- Manter a caixa de emergência junto aos Ambú (adulto e pediátrico).
- Identificar a caixa de emergência.
- No interior da caixa de emergência, identificar com etiquetas o nome da medicação, o lote e a validade.
- Identificar as medicações de alto alerta com etiqueta na cor laranja, conforme listagem previamente definida.
- Identificar as medicações psicotrópicas com etiqueta na cor verde, conforme listagem previamente definida.







## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 25	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>EQUIPAMENTOS E MATERIAIS BÁSICOS NA SALA DE VACINAÇÃO</b>	

EXECUTANTE: técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: A sala de vacinação é o local destinado à administração dos imunobiológicos, sendo necessário, por isso, que as suas instalações atendam a um mínimo de condições; deve ter pia e interruptores para uso exclusivo de cada equipamento elétrico; ser arejada e bem iluminada, evitando-se, porém, a incidência de luz solar direta. Além disso, é importante mantê-la em boas condições de higiene. O ideal é que a sala de vacinação seja exclusiva para a administração dos imunobiológicos.

### **A)EQUIPAMENTOS**

- Bancada ou mesa para preparo dos imunobiológicos
- Refrigerador para conservação dos imunobiológicos. O refrigerador é de uso exclusivo de imunobiológicos, não podendo ser colocado nele outro produto e/ou materiais.
- Caixa térmica para conservar os imunobiológicos previstos se necessário.
- Mesa tipo escrivaninha com gavetas.
- Suporte para papel toalha
- Armário com porta para guarda de material esterilizado (descartável ou reutilizável).
- Tesoura reta com ponta romba

### **B)MATERIAL DE CONSUMO**

- Termômetro de máxima e mínima
- Termômetro clínico
- Gelo reciclável ou saco plástico com gelo.
- Caixa térmica para conservação dos imunobiológicos: No dia a dia da sala de vacinação; no caso de falhas na corrente elétrica; para a vacinação de bloqueio; para o transporte de vacinas.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 26	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>EQUIPE DA SALA DE VACINAÇÃO E SUAS ATRIBUIÇÕES BÁSICAS</b>	

EXECUTANTE: técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer fluxo de trabalho e atribuições para a equipe da sala de vacinação. As atividades da sala de vacinação devem ser desenvolvidas por uma equipe de enfermagem, com treinamento específico no manuseio, conservação e administração dos imunobiológicos.

Esta equipe tem as seguintes funções:

- Fazer a leitura diária e anotar no mapa de temperatura do refrigerador. Duas vezes ao dia, no início das atividades de vacinação e no término do expediente, quando for retornar com os imunobiológicos para o refrigerador.
- Verificar o prazo de validade dos imunobiológicos, usando com prioridade aquele que estiver com o prazo mais próximo do vencimento
- Certificar antes da aplicação do imunobiológico, o nome do produto no rótulo, se é o que está indicado;
  - Prover, periodicamente, as necessidades de material e de imunobiológicos.
- Manter as condições ideais de conservação dos imunobiológicos
- Manter os equipamentos em boas condições de funcionamento,
- Encaminhar e dar destino adequado aos imunobiológicos inutilizados e ao lixo da sala de vacinação;

- Orientar e prestar assistência à clientela, com segurança, responsabilidade e respeito
- Registrar a assistência prestada nos sistemas de informações, (IDS, TABELAS E SIPNI).
- Avaliar sistematicamente as atividades desenvolvidas
- Preencher e encaminhar as notificações de efeitos adversos dos imunobiológicos, em impresso próprio.
- Trocar o gelo reciclável de 4 em 4 horas, mantendo a temperatura adequada dentro da caixa térmica, em dias que seja necessário o uso de caixa.
- Arrumar de forma correta os gelos recicláveis dentro da caixa térmica, colocando-os nas laterais da caixa. Dentro da caixa acondicionar os frascos/ampolas protegidos dentro de saco plástico e colocar os imunobiológicos de forma que os mesmos não fiquem em contato direto com o gelo e não contaminem

OBS.: Antes da aplicação de qualquer imunobiológico deve-se verificar o estado vacinal da criança , antecedentes da criança que possam indicar adiamento da vacinação como uso de medicamentos, uso de sangue e hemoderivados etc.

É importante orientar a mãe ou responsável sobre:

- Qual(s) a (s) vacina(s) que a criança irá receber;
- Possíveis reações;
- Retornar a unidade de saúde, caso apresente reações adversas à vacina, para avaliação médica.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 27	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>CONSERVAÇÃO DOS IMUNOBIOLOGICOS</b>	

EXECUTANTE: técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de imunizações.

### A)REDE DE FRIO

Refrigeração é o processo de reduzir a temperatura de uma substância ou de espaço determinado.

Nos casos dos produtos imunobiológicos (vacinas, soros) a refrigeração destina-se exclusivamente à conservação de sua capacidade de imunização, haja visto que são produtos termolábeis, isto é, se deterioram em temperatura ambiente após determinado tempo.

O calor é uma forma de energia que pode transmitir-se de um corpo a outro, em virtude da diferença de temperatura existente entre eles.

O calor se transmite da substância de temperatura mais alta para a de temperatura mais baixa, Quando duas substâncias de temperaturas diferentes estão em contato, há uma tendência para que as temperaturas sejam igualadas.

Colocando-se junto com as vacinas, pacotes de gelo no interior da caixa térmica, o gelo como elemento mais frio do conjunto, funcionará como receptor de calor do ar e das vacinas.

Em consequência, as vacinas permanecerão mais tempo frias até que todo o calor transferido para o gelo o faça derreter. Somente a partir desse momento as vacinas passarão a receber calor, já que serão os elementos mais frios do conjunto.

Verifica-se que 3 fatores interferem na manutenção do frio das vacinas:

1. A temperatura ambiente em torno da caixa térmica. Caso a temperatura ambiente seja mais elevada do que a temperatura da caixa isso fará com que toda a superfície da mesma seja afetada, em virtude da penetração do calor através das paredes da caixa.
2. A quantidade e espessura do material utilizado no isolamento da caixa térmica. Com paredes mais grossas, o calor terá maior dificuldade para penetrar no interior da caixa.
3. Com paredes mais finas, o calor passará mais facilmente. A qualidade do material empregado nas paredes também é importante. Com material mau condutor (Ex.:Poliuretano ao invés de isopor) o calor terá mais dificuldade para penetrar através das paredes da caixa.
4. A quantidade e temperatura do gelo colocado dentro da caixa, junto das vacinas, a quantidade de gelo a ser colocado no interior da caixa é vital para a correta conservação das vacinas.
5. A temperatura do gelo empregado na conservação das vacinas é de grande importância. Caso se utilize gelo em temperatura muito baixas (- 20° C) e em grande quantidade corre-se o risco de que em determinado momento, a temperatura das vacinas esteja próxima à temperatura do gelo

Ao abrir a porta de uma geladeira vertical, ocorrerá a saída de parte do volume de ar frio, contido dentro da mesma, com sua conseqüente substituição por parte do ar quente situado no ambiente mais próximo do refrigerador. O ar frio, por ser mais pesado, sai por baixo, permitindo a penetração do ar ambiente

## **B. RECOMENDAÇÕES:**

- Ao se ajustar a temperatura, deve-se ter o cuidado de abrir a porta somente no ato de regular e ler o termômetro
- As leituras de temperatura devem ser feitas após transcorrida pelo menos uma hora para cada ajuste
- A abertura da porta por um tempo de 30 segundos, modifica a temperatura interna do refrigerador de tal forma que serão necessários de 40 minutos a uma hora, em média, para que a temperatura original se estabilize
- Ao iniciar o funcionamento de um equipamento novo, não coloque as vacinas de imediato, faz-se necessário, primeiro, testar a estabilidade do aparelho.
- Dentro do espaço de um equipamento de refrigeração, nem sempre existe uma mesma temperatura em todo ambiente, por isto deve-se localizar as variações internas de temperatura, o que se faz deslocando o termômetro em vários pontos distintos
- O equipamento de refrigeração pode apresentar temperaturas diferentes, dependendo do horário em que são feitas as leituras (manhã, tarde ou noite)

A rede de frio é o processo de conservação, manipulação e distribuição dos imunobiológicos do PNI, e deverá oferecer as condições adequadas de refrigeração desde o laboratório produtor até o momento em que a vacina é administrada.

### **C. CUIDADOS COM O REFRIGERADOR OU GELADEIRA**

São equipamentos destinados à estocagem de imunobiológicos em temperaturas positivas (+2 a +8°C), devendo para isto estar regulada para funcionar nesta faixa de temperatura.

Devem ser organizados da seguinte maneira:

- As vacinas devem ser colocadas nas prateleiras de acordo com a temperatura ideal para cada vacina.(vide anexo I)VERIFICAR ANEXO
- Em caso de queda de energia, arrumar fluxo de queda de energia.

Em caso de um defeito no equipamento ou falta de energia elétrica, conservando-se a porta do refrigerador fechada, os imunobiológicos não sofrerão rápida elevação de temperatura. (vide anexo II)OBS.: Não devem ser usados refrigeradores duplex, uma vez que, o equipamento não contar com o congelador

como elemento de segurança contra as bruscas elevações de temperatura em caso de defeito ou falta de energia elétrica.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 28	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA</b>	

EXECUTANTE: técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAIS: Seringa, Agulha 40x15, Agulha 25x6, Algodão, Álcool, Garrote, Fita crepe para identificação, Bandeja, Luva de procedimento, Medicamento prescrito, Abocath/scalp nº adequado, Esparadrapo/ micropore, Medicação.

1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente.
2. Selecionar a ampola, observando nome, validade, alteração de cor e presença de resíduos.
3. Escolher seringa de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrada.
4. Lavar as mãos.
5. Fazer assepsia nas ampolas com auxílio do algodão e álcool 70%.
6. Abrir a seringa e conectar a agulha 40x12.
7. Preparar medicação, conforme técnica descrita.
8. Explicar ao paciente o que será realizado.
9. Calçar as luvas.
10. Selecionar veias de grande calibre para punção, garrotear o braço do paciente.

11. Realizar antissepsia do local escolhido.
12. Posicionar seringa bisel voltado para cima e proceder a punção venosa.
13. Soltar o garrote.
14. Administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas.
15. Retirar a seringa e pressionar o algodão no local da punção.
16. Lavar as mãos.
17. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
18. Registrar procedimento em IDS prontuário eletrônico.
19. Manter ambiente de trabalho em ordem.



Endovenosa

## SCALPS - CALIBRES E INDICAÇÕES

VEIAS DE PEQUENO CALIBRE  
VEIAS DE MÉDIO CALIBRE  
VEIAS DE GRANDE CALIBRE

- **SCALP 19G**: indicado para veias de grande calibre (adolescente, adulto e idoso), para infusões de medicamentos em grande dosagem e coleta de sangue;
- **SCALPS 21G e 23G**: indicados para veias de médio calibre (adolescente, adulto e idoso), infusões de medicamentos em grandes e médias dosagens e coleta de sangue;
- **SCALPS 25G e 27G**: indicados para veias de pequeno calibre (crianças ou neonatos) e infusões de medicamentos em baixa dosagem.

@COGNYTUSCURSOS

## Tipos de jelcos e suas indicações

### JELCO 14 E 16

PARA ADOLESCENTES E ADULTOS, USADO SEMPRE QUE SE DEVEM INFUNDIR GRANDES QUANTIDADES DE LÍQUIDOS. SUA INSERÇÃO É MAIS DOLOROSA E EXIGE UMA VEIA CALIBROSA.



### JELCO 18

PARA CRIANÇAS MAIS VELHAS, ADOLESCENTES E ADULTOS, USADO PARA ADMINISTRAR SANGUE, HEMODERIVADOS E OUTRAS INFUSÕES VISCOSAS. SUA INSERÇÃO É MAIS DOLOROSA E EXIGE UMA VEIA CALIBROSA.

### JELCO 22

PARA BEBÊS, CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS (EM ESPECIAL, IDOSOS). É ADEQUADO PARA A MAIORIA DAS INFUSÕES. MAIS FÁCIL DE INSERIR EM VEIAS PEQUENAS E FRÁGEIS, ENTÃO DEVE SER MANTIDA UMA VELOCIDADE DE INFUSÃO MENOR. SUA INSERÇÃO É DIFÍCIL NO CASO DE PELE RESISTENTE.

### JELCO 20

PARA CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS. É ADEQUADO PARA A MAIORIA DAS INFUSÕES VENOSAS DE SANGUE E OUTRAS INFUSÕES VENOSAS (HEMODERIVADOS).

### JELCO 24

RN'S, BEBÊS, CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS (EM ESPECIAL, IDOSOS). É ADEQUADO PARA A MAIORIA DAS INFUSÕES, MAS A VELOCIDADE DE INFUSÃO DEVE SER MENOR. É IDEAL PARA VEIAS MUITO ESTREITAS.

@UMAENFERMEIRAAPRENDIZ



(rafa revisar referência)



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 29	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA</b>	

EXECUTANTE: técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAIS: Copo nebulizador, Máscara, Medicação prescrita.

1. Lavar as mãos com técnica adequada.
2. Preparar a medicação prescrita no copo nebulizador, observando a dose, via, nome paciente, data.
3. Explicar o procedimento ao paciente.
4. Ligar o copo nebulizador à extensão de látex acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio, conforme prescrição.
5. Regular o fluxo (5 a 10 litros/ min).
6. Orientar o paciente a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento.
7. Ao término, oferecer papel toalha para o paciente secar a umidade do rosto.

8. Colocar copo e máscara de nebulização para lavagem e desinfecção.
9. Lavar as mãos.
10. Anotar, assinar e carimbar em prontuário/ receituário, comunicando médico prescritor, caso haja necessidade de avaliação após procedimento.
11. Registrar no IDS prontuário eletrônico.
12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.



### PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 30	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA</b>	

EXECUTANTE: técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

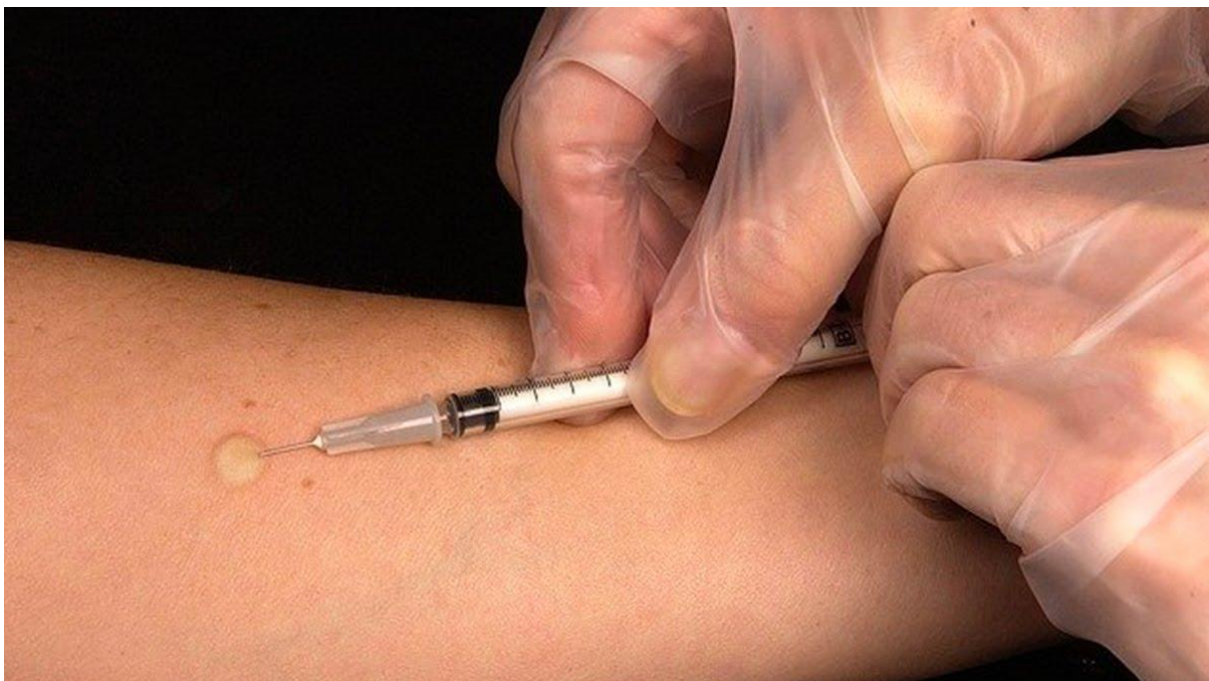
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAIS: Seringa 1 ml, Agulha 10 x 5 ou 13 x 4,5, Solução prescrita, Bandeja.

1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente.
2. Lavar as mãos.
3. Preparar medicação conforme técnica já descrita.
4. Orientar o paciente sobre o procedimento.
5. Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura): a face anterior do antebraço é o local mais utilizado.
6. Fazer a antissepsia da pele com água e sabão caso seja necessário. O álcool 70% não é indicado, para não interferir na reação da droga.

7. Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o indicador.
8. Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça.
9. Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo, até introduzir toda a dose.
10. Retirar o polegar da extremidade do êmbolo e a agulha da pele.
11. Não friccionar o local.
12. Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado.
13. Lavar as mãos.
14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
15. Registrar procedimento em IDS prontuário eletrônico.
16. Manter ambiente de trabalho em ordem.

Imediatamente após a injeção, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, **desaparecendo posteriormente.**





## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 31	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: / /	
<b>ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)</b>	

EXECUTANTE: técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAIS: Seringa – conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml.), Agulha – comprimento/ calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado, Algodão, Álcool 70%, Bandeja, Medicação prescrita.

1. Checar prescrição medicamentosa (data, dose, via, nome paciente).
2. Lavar as mãos com técnica adequada.
3. Preparar injeção, conforme técnica já descrita.
4. Orientar o paciente sobre o procedimento.

5. Escolher local da administração.
6. Fazer antissepsia da pele com algodão/ álcool.
7. Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar.
8. Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo.
9. Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento).
10. Injetar o líquido lentamente.
11. Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme.
12. Fazer leve compressão no local.
13. Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado (caixa resíduo perfuro-cortante).
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar
16. Realizar anotações em planilhas de produção.
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

### **OBSERVAÇÕES:**

#### **A. Locais de aplicação:**

O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. Na seleção do local deve-se considerar o seguinte:

- Distância em relação a vasos e nervos importantes;
- Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;
- Espessura do tecido adiposo;
- Idade do paciente;
- Irritabilidade da droga;
- Atividade do paciente.

#### **Dorso Glútea (DG):**

1. Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição de pé é contra-indicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas, quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento.
2. Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz imaginária, a partir da espinha íliaca póstero-superior até o trocânter do fêmur.
3. Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária.
4. Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

#### **Ventroglútea (VG):**

1. Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal.
2. Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente.
3. Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha íliaca ântero-superior direita.
4. Estender o dedo médio ao longo da crista íliaca.
5. Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador em triângulo.
6. Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

#### **Face Vasto Lateral da Coxa:**

1. Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado.

Traçar um retângulo delimitado pela linha média na anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15 cm do grande trocânter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura.

3. Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos.

#### **Deltóide:**

- Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral.

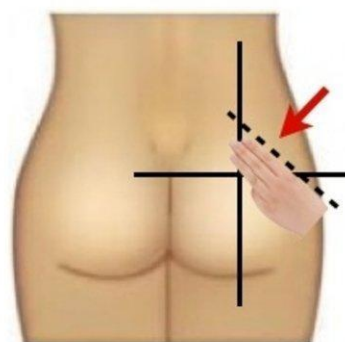
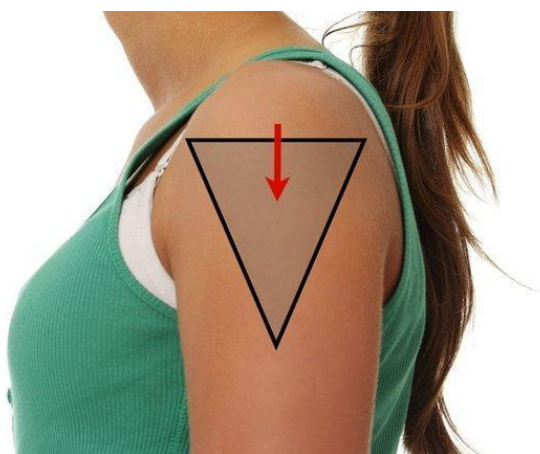
- Localizar músculo deltóide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicação no centro do triângulo imaginário.

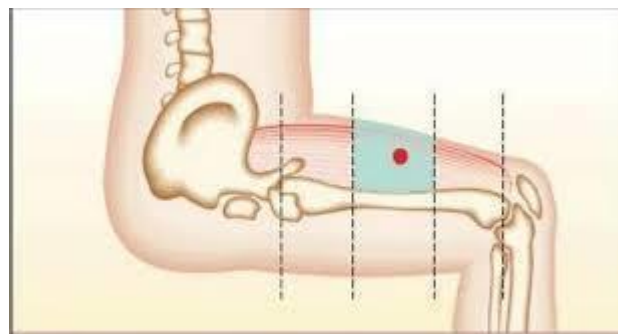
### B – Escolha correta do ângulo:

- Vasto lateral da coxa – ângulo 45 em direção podálica.
- Deltóide – ângulo 90°.
- Ventroglúteo – angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca.
- Dorso glúteo – ângulo 90°.

### C – Escolha correta da agulha:

FAIXA ETÁRIA	ESPESSURA SUBCUTÂNEA	SOLUÇÃO AQUOSA	SOLUÇÃO OLEOSA OU SUSPENSÃO
ADULTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Magro</li> <li>• Normal</li> <li>• Obeso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 x 6/7</li> <li>• 30 x 6/7</li> <li>• 30 x 8</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 x 8</li> <li>• 30 x 8</li> <li>• 30 x 8</li> </ul>
CRIANÇA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Magra</li> <li>• Normal</li> <li>• Obesa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 x 6</li> <li>• 25 x 6/7</li> <li>• 30 x 8</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 x 6</li> <li>• 25 x 8</li> <li>• 30 x 8</li> </ul>





## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 32	DATA DE VALIDAÇÃO: _ / _ / _
DATA DA REVISÃO: _ / _ / _	
<b>ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA OCULAR</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAIS: Colírio ou pomada oftalmológica, Gaze.

**Apresentação: Colírio**

1. Checar prescrição (data, nome do paciente, dose, apresentação,).
2. Separar medicação prescrita.
3. Lavar as mãos.
4. Orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para trás.
5. Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente.
6. Pedir para o paciente olhar para cima e pingar a medicação no centro da membrana conjuntiva.
7. Orientar o paciente a fechar a pálpebra.
8. Lavar as mãos.
9. Anotar data, nome, horário de execução do procedimento.
10. Realizar anotações de enfermagem, assinar e carimbar.
11. Anotar em prontuário eletrônico.
12. Manter ambiente limpo e organizado.

**Apresentação: pomada**

1. Com o auxílio da gaze, afastar a pálpebra inferior, apoiar a mão na face do paciente e colocar com o próprio tubo a pomada.
2. Pedir para o paciente fechar os olhos.
3. **Proceder a leve fricção sobre a pálpebra inferior,**



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

CODIFICAÇÃO: POP 33	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: / /	
<b>ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA ORAL</b>	

EXECUTANTE: técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAIS: Copo descartável/ graduado, Medicação, Conta gotas, Bandeja.

1. Checar prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e apresentação.
2. Lavar as mãos.
3. Separar a medicação evitando tocar as mãos nos comprimidos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar.
4. Em caso de líquido – agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado, ou conta gotas.
5. Explicar o procedimento ao paciente.
6. Oferecer a medicação.
7. Certificar-se que o medicamento foi deglutido.
8. Lavar as mãos.
9. Realizar anotações de enfermagem, assinar e carimbar .
10. Anotar no IDS prontuário eletrônico.
11. **Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.**



CODIFICAÇÃO: POP 34	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: / /	
<b>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA (SC)</b>	

EXECUTANTE: técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÀREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAIS: Seringa de 1ou 3 ml, Agulha 10x5, 20x6, Álcool 70%, Algodão, Bandeja.

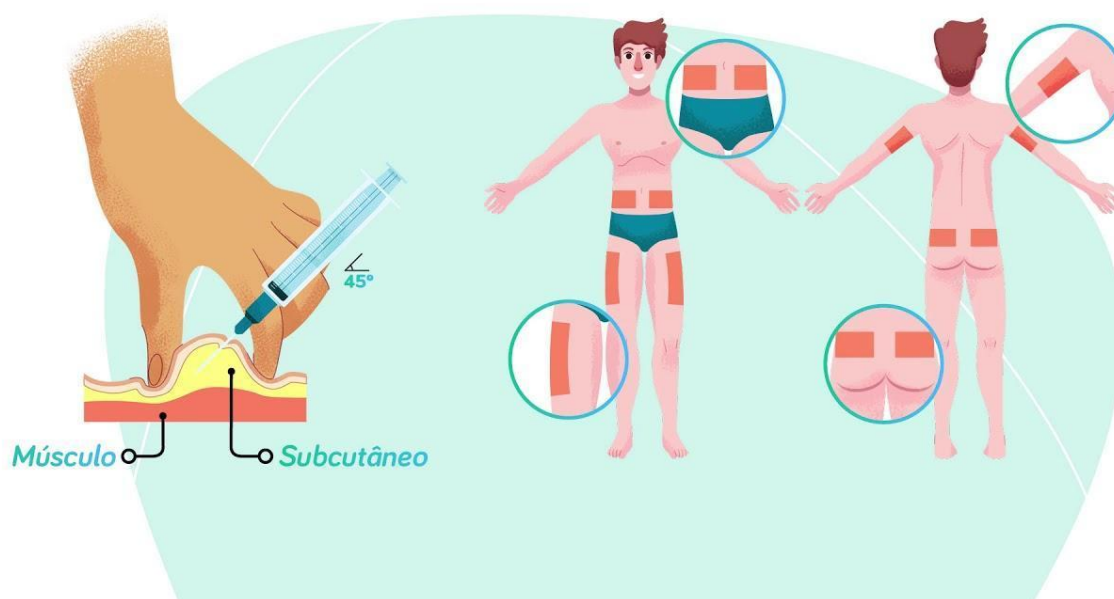
1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente.
2. Lavar as mãos.
3. Preparar medicação, conforme técnica descrita.
4. Orientar o paciente sobre o procedimento.
5. Escolher o local da administração.
6. Fazer antisepsia da pele com algodão/ álcool 70%, de cima para baixo.
7. Firmar com o dedo polegar e indicador o local da administração.
8. Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo de 90°.
9. Aspirar, observando se atingiu algum vaso sanguíneo.
10. Injetar o líquido lentamente.
11. Retirar a seringa/agulha num movimento único e firme.
12. Fazer leve compressão no local com algodão.
13. Desprezar material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotações de enfermagem, assinar e carimbar.
16. Registrar procedimento em planilha de produção.
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

**OBSERVAÇÕES:**

A. Na administração de insulina não realizar massagem após aplicação, para evitar a absorção rápida.

A. Locais de aplicação:

- Região deltóide no terço proximal.
- Face superior externa do braço.
- Face anterior da coxa.
- Face anterior do antebraço.





## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 35	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>ASPIRAÇÃO TRAQUEAL</b>	

EXECUTANTE: técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAIS: Sonda de aspiração traqueal estéril – nº 14 ou 16 (adulto), nº 8 ou 10 (criança). Compressa gaze estéril. Pares de luvas estéreis. Pares de luvas procedimento.

1. Checar montagem de material necessário: sonda de aspiração traqueal conectada ao sistema de aspiração à vácuo, luva estéril de procedimento, máscara e óculos protetores.
2. Calçar luva de procedimento na mão não dominante e luva estéril na mão dominante.
3. Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante.
4. Com a mão não dominante clampar a extensão de látex e introduzir a sonda com a mão dominante até onde forem possíveis.
5. Desclampar a extensão para que ocorra a aspiração da secreção.
6. Retirar lentamente a sonda, realizando movimentos circulares.
7. Retirar as luvas.
8. Lavar as mãos.

9. Realizar anotações de enfermagem, assinar e carimbar.
10. Registrar o procedimento em IDS prontuário eletrônico.
11. Manter a sala em ordem.

**OBSERVAÇÕES:**

- A. No intervalo entre uma aspiração e outra, solicitar que outra pessoa conecte o sistema de ventilação (ambu, respirador).
- A. Realizar aspiração até que o retorno seja mínimo ou ausente.
- A. **Auscultar tórax antes e após o procedimento, checando se houve melhora.**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 36	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>ASPIRAÇÃO DE OROFARINGE</b>	

EXECUTANTE: técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAIS: Sonda de aspiração estéril nº 14 ou 16 (adulto), nº 8 ou 10 (criança).  
Compressa gaze. Pares de luvas procedimento. Máscara. Óculos protetores.

1. Lavar as mãos.
2. Checar montagem de material necessário: sonda de aspiração conectada ao sistema de aspiração à vácuo.
3. Calçar a luva de procedimento.
4. Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante.
5. Fechar a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar a cavidade oral e orofaringe até a ausência/redução esperada do conteúdo aspirado.
6. Retirar as luvas.
7. Lavar as mãos.
8. Realizar anotações de enfermagem, assinar e carimbar.
9. Registrar o procedimento em IDS prontuário eletrônico.

10. Manter a sala em ordem.

### **OBSERVAÇÃO:**

**Se necessário, instalar cânula de Guedel para facilitar o procedimento**



### **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

CODIFICAÇÃO: POP 37	DATA DE VALIDAÇÃO: _ / _ / _
DATA DA REVISÃO: _ / _ / _	
<b>CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO</b>	

EXECUTANTE: Enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAIS: Luvas estéreis. Sonda uretral estéril descartável. PVPI tópico. Compressas de gaze estéril. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cubrim, cúpula, pinça cheron). Campo fenestrado. Lençol. Frasco para coleta de urina se necessário. Lidocaína gel. Saco de lixo branco.

#### **Paciente do sexo Feminino**

1. Reunir o material.
2. Explicar à usuária o procedimento.
3. Preservar a privacidade dela, levando-a para uma sala fechada e individual. Caso seja feito em domicílio, atentar ao ambiente para esta finalidade.
4. Higienizar as mãos.
5. Colocar a usuária em decúbito dorsal horizontal, com as coxas ligeiramente abduzidas, em posição ginecológica.

6. Realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário).
7. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas da usuária, próximo aos genitais.
8. Abrir o pacote, aproximando o campo do quadril da usuária, mantendo os princípios assépticos.
9. Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a dentro da área do campo estéril.
10. Colocar a solução antisséptica na cuba redonda.
11. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica adequada.
12. Fazer 07 trouxinhas com a gaze e utilizar a pinça com a mão direita para pinçá-las, e iniciar assepsia do meato uretral, conforme descrições a seguir:
13. Limpar primeiramente, com movimento único e firme, os grandes lábios, no sentido ântero-posterior (clitóris-ânus). Desprezar a gaze a cada procedimento realizado.
14. Afastar os grandes lábios com a mão não-dominante, usando o dedo polegar e indicador e proceder da mesma maneira a limpeza dos pequenos lábios.
15. Fazer a limpeza do meato urinário, com movimento uniforme, e único, no sentido ântero-posterior. Obs.: Lembrando que se deve usar novas gazes embebidas em solução antisséptica para cada área.
16. Pedir a usuária que faça força para baixo como se fosse urinar, e introduzir lentamente a sonda através do meato uretral.
17. Avançar a sonda por um total de 5 a 7,5cm na mulher adulta. Quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5cm.
18. Verificar a saída de diurese pelo cateter, deixando-a cair na cuba rim.
19. Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da diurese.
20. Após a saída completa da diurese, clampar o cateter com a pinça e removê-lo da uretra.
21. Desprezar todo o material em lixo branco.

22. Higienizar as mãos (conforme POP nº 03).
23. Anotar no prontuário eletrônico IDS da usuária o procedimento, a quantidade de diurese eliminada e observações, se houverem. Sempre, ao realizar anotações no prontuário do usuário, colocar data, horário do procedimento, assinatura e carimbo do profissional.

- **Paciente do sexo Masculino**

1. Reunir o material.
2. Explicar ao usuário o procedimento.
3. Preservar a privacidade dele, levando-o para uma sala fechada e individual. Caso seja feito em domicílio, atentar ao ambiente para esta finalidade.
4. Higienizar as mãos.
5. Colocar o usuário em decúbito dorsal horizontal, com as coxas ligeiramente abduzidas.
6. Realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário).
7. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas do usuário, próximo aos genitais.
8. Abrir o pacote, aproximando o campo do quadril do usuário, mantendo os princípios assépticos.
9. Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a dentro da área do campo estéril.
10. Colocar a solução antisséptica na cuba redonda. .
11. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica adequada.
12. Fazer 07 trouxinhas com a gaze e utilizar a pinça com a mão direita para pinçá-las, e iniciar assepsia do meato uretral, conforme descrições.
13. Quando o cliente não é circuncidado, retraindo o prepúcio com a mão não dominante, segurando o pênis pela diáfise, de maneira a expor a glândula.

14. Retrair o meato uretral entre o polegar e o indicador. Manter a mão não dominante nessa posição durante todo o procedimento.
  15. Fazer a limpeza da glândula com movimentos circulares de cima para baixo (da glândula para o corpo e para base do pênis). Repetir o procedimento 3 vezes.
  16. Após o término da higiene, colocar a pinça sobre o campo aberto.
  17. Colocar o campo fenestrado com a mão dominante, mantendo a mão não dominante na genitália.
  18. Aplicar xilocaína na ponta do cateter, e pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta dela na cuba-rim.
  19. Avisar ao usuário sobre a introdução do cateter, e pedir para relaxar a musculatura do quadril.
  20. Levantar o pênis (com a mão não dominante que estava fixa), para posicionar perpendicularmente ao corpo do usuário e aplicar uma tração suave.
  21. Pedir ao usuário que faça força para baixo, como se fosse urinar, e introduzir lentamente o cateter através do meato urinário.
  22. Avançar a sonda por 17 a 22,5cm no adulto e quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5cm.
  23. Verificar a saída de diurese pelo cateter, deixando-a cair na cuba rim.
  24. Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da diurese. 25. Após a saída completa da diurese, clampar o cateter com a pinça e removê-lo da uretra.
1. Desprezar todo o material em lixo branco.
  2. Higienizar as mãos (conforme POP nº 03).
  3. Anotar no prontuário Ids eletrônico do usuário o procedimento, a quantidade de diurese eliminada e observações. Sempre, ao realizar anotações no prontuário do usuário, colocar data, horário do procedimento, assinatura e carimbo do profissional.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 38	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>CATETERISMO VESICAL DE DEMORA</b>	

EXECUTANTE: Enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem. Controlar e possibilitar a eliminação do volume urinário em usuários imobilizados, inconscientes, com obstrução, ou em pós-operatório de cirurgias urológicas.

MATERIAL: Bandeja de aço-inox, material previamente esterilizado (cuba rim, cuba redonda, pinça, gazes, seringa, agulha, água destilada, campo fenestrado), cateter uretral estéril de calibre compatível (uma via), bolsa coletora de urina de sistema fechado, solução antisséptica (clorexidina), luva estéril, lubrificante hidrossolúvel (xilocaína gel), saco plástico para lixo branco, material para higiene externa pré-cateterismo: sabão líquido, jarro com água morna, comadre, toalha, luvas de procedimentos.

### - SEXO FEMININO

1. Higienizar as mãos.

2. Reunir o material.
3. Explicar o procedimento à usuária, e/ou acompanhante.
4. Promover a privacidade da usuária colocando biombo e/ou fechando a porta.
5. Posicionar a usuária em decúbito dorsal.
6. Calçar as luvas de procedimento.
7. Retirar o cateter (quando for o caso de troca), aspirando o conteúdo do balonete de segurança e sacando a mesma. Desprezar todo o material descartável no lixo contaminado.
8. Fazer a higiene íntima ou orientar que a usuária venha tomada banho, sem pomadas ou talco na região íntima.
9. Desprezar o material utilizado na higiene íntima de forma adequada.
10. Retirar as luvas de procedimento e descartá-las adequadamente.
11. Higienizar as mãos novamente (conforme POP nº03).
12. Abrir o material de cateterismo (cuba rim, cuba redonda com gaze e pinça estéreis).
13. Abrir o material descartável (cateter Foley, seringas, agulhas e sistema coletor fechado).
14. Colocar a clorexidina tópica na cuba com gazes.
15. Aspirar a água destilada.
16. Disponibilizar a lidocaína na cuba rim.
17. Calçar as luvas estéreis.
18. Testar o cuff (balonete) e a válvula do cateter, utilizando seringa e água destilada, no volume recomendado.
19. Adaptar o cateter Foley ao coletor de urina de sistema fechado.
20. Realizar a antissepsia com clorexidina tópica, com auxílio de pinça Pean e gazes estéreis, iniciando pelo meato urinário, orifício vaginal, pequenos lábios e grandes lábios, com movimentos da parte superior para a parte inferior da vulva, trocando a gaze em cada etapa.
21. Afastar os grandes lábios com o dedo indicador e o polegar da mão dominante, para visualizar o orifício uretral.
22. Lubrificar a extremidade do cateter a ser introduzida, utilizando as gazes de apoio.

23. Introduzir o cateter delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina.
24. Encher o cuff do cateter vesical de demora, utilizando a seringa previamente cheia (de acordo com a especificação do fabricante).
24. Tracionar o cateter delicadamente.
25. Retirar as luvas estéreis e descartá-las adequadamente.
26. Etiquetar ou anotar no coletor, data e profissional que realizou o procedimento, e número do cateter.
27. Deixar a usuária confortável.
28. Recolher o material mantendo a unidade organizada.
29. Encaminhar o material permanente, e o resíduo, para o destino adequado.
30. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel-toalha e passar álcool a 70%.
31. Higienizar as mãos.
32. Anotar no prontuário da usuária o procedimento realizado, e as observações pertinentes; assinar e carimbar.

**OBSERVAÇÃO:**

- Em usuárias com cateter vesical de demora, orientar a higienização cuidadosa do meato uretral com água e sabão neutro 1 vez/dia. Em usuárias acamadas, orientar higiene íntima após cada evacuação.
- Os cateteres Foley mais utilizados, para cateterismo vesical em mulheres, são os de nº 12, 14 ou 16.
- Observar e anotar o volume, a coloração e o aspecto da urina.
- Para retirar o cateter vesical de demora, é necessário desinflar o cuff (balonete).
- Após retirada definitiva do cateter, recomenda-se observar e anotar o horário, o volume e o aspecto da primeira micção espontânea.

- O sistema de drenagem deve ser obrigatoriamente “fechado” e trocado toda vez que for manipulado inadequadamente.
- Seguir recomendações médicas para o intervalo de troca do cateter.

#### **- SEXO MASCULINO**

1. Higienizar as mãos.
2. Reunir o material.
3. Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante.
4. Promover a privacidade do usuário colocando biombo e/ou fechando a porta, se necessário.
5. Posicionar o usuário em decúbito dorsal.
6. Calçar as luvas de procedimento.
7. Retirar o cateter (quando for o caso de troca), aspirando o conteúdo do balonete de segurança, sacando o mesmo, e desprezando todo o material descartável no lixo contaminado.
8. Fazer a higiene íntima ou solicitar que o usuário venha tomar banho, sem pomadas ou talco.
9. Retirar o material utilizado na higiene íntima.
10. Retirar as luvas de procedimento.
11. Higienizar as mãos novamente.
12. Abrir o material de cateterismo (cuba rim, cuba redonda com gaze e pinça estéreis).
13. Abrir o material descartável (sonda Foley, seringas, agulhas e sistema coletor fechado).
14. Colocar a clorexidina tópica na cúpula.
15. Aspirar a água destilada.
16. Disponibilizar a lidocaína na cuba rim.
17. Calçar as luvas estéreis.
18. Testar o cuff (balonete) e a válvula do cateter, utilizando seringa e água destilada, no volume recomendado.

19. Fazer antissepsia do meato urinário para a base do pênis, trocando a gaze em cada etapa.
20. Posicionar o pênis perpendicularmente ao corpo do usuário.
21. Imergir a ponta da sonda na lidocaína e introduzir o cateter Foley no meato urinário até a extremidade distal ou até observar a drenagem de urina.
22. Encher o cuff do cateter, utilizando a seringa previamente preparada (de acordo com a especificação do fabricante). Em geral, o volume está impresso na sua extensão distal.
23. Conectar a bolsa coletora na extensão distal do cateter.
24. Retirar as luvas estéreis.
25. Identificar na bolsa coletora o número do cateter utilizado, data da realização do procedimento, profissional responsável e data da próxima toca (quando indicado).
26. Deixar o usuário confortável.
27. Recolher o material mantendo a unidade organizada.
28. Encaminhar o material permanente e o resíduo para o destino adequado, lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel-toalha e passar álcool a 70%.
29. Higienizar as mãos.
30. Anotar o procedimento realizado no prontuário IDS eletrônico do usuário, observando o volume, aspecto e a coloração da urina e o número do cateter.
31. Assinar e carimbar.

#### OBSERVAÇÃO:

- Em usuários com cateter vesical de demora permanente, fazer higienização cuidadosa do meato uretral com água e sabão neutro 1 vez/dia.
- Em usuários acamados, fazer higiene íntima após cada evacuação.
- Os cateteres de Foley mais utilizados para cateterismo vesical em homens são de nº 16, 18 ou 20.
- Observar e anotar o volume, a coloração e o aspecto da urina.
- Para retirar o cateter vesical de demora, é necessário desinsuflar o cuff.
- Após retirada definitiva da sonda, recomenda-se observar e anotar o horário, o volume e o aspecto da primeira micção espontânea.

- O sistema de drenagem deve ser obrigatoriamente “fechado” e trocado toda vez que for manipulado inadequadamente.
- Seguir recomendações médicas para o intervalo de troca do cateter.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 39	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL CONSERVADOR</b>	

EXECUTORES: Enfermeiros.

MATERIAIS: Mesa auxiliar ou bandeja; Bacia/cuba, se necessário; Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly; Cabo e lâmina de bisturi; Tesoura curva (se necessário); Pacote de gazes esterilizadas; Solução fisiológica 0,9% (morno ou temperatura ambiente); Agulha 40x12; Luvas de procedimento e/ou estéril; Equipamento de proteção individual; Produtos/ cobertura padronizados selecionados.

OBJETIVO: É a remoção do material estranho ou não viável da lesão traumática ou crônica, infectada ou não, até expor-se o tecido saudável. Consiste na remoção do tecido necrótico no qual são utilizados objetos cortantes, tais como tesouras ou bisturis. Poderá ser utilizado para remoção de necrose de coagulação (escara seca), área de necrose extensas e de necrose de liquefação (esfacelo). Tem por objetivo de promover a limpeza da ferida, deixando-a em condições adequadas para cicatrizar; reduzir o conteúdo bacteriano, impedindo à proliferação dos mesmos e, também, preparar a ferida para intervenção cirúrgica (ex. enxerto e cicatrização por terceira intenção).

1. Chamar o paciente confirmando o nome e apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução.
2. Orientar o paciente/família que após a limpeza, a ferida aumenta a área e a profundidade.

3. Reunir material necessário para o exame.
4. Higienizar as mãos.
5. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários.
6. Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada.
7. Observar o curativo anterior antes da remoção.
8. Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada do micropore e desprendimento da cobertura.
9. Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor.
10. Se necessário proceder à limpeza, nas áreas próximas da ferida e pele peri-ferida com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha.
11. Retirar luvas e higienizar as mãos.
12. Abrir o pacote utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças.
13. Calçar luvas de procedimento ou estéreis.
14. Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 40X12 realizar desinfecção prévia do local com álcool 70%.
15. Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%.
16. Secar a pele Peri-lesão com gaze.
17. Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível, semanal/quinzenal.
18. Tracionar com a pinça dente de rato o tecido não viável, próximo à borda, em seguida corta-se paralelamente ao leito, removendo o tecido como uma tampa. Outra opção é realizar a técnica de escarotomia que consiste na realização de incisões quadriculadas de aproximadamente 2 a 5 mm de profundidade, favorecendo a escarotomia.
19. Realizar o curativo utilizando produtos /coberturas indicadas.
20. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados.
21. Retirar as luvas de procedimento/estéreis.
22. Higienizar as mãos.
23. Agendar retorno de acordo com a necessidade.

24. Realizar anotação de enfermagem, no prontuário IDS eletrônico.

25. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

### **OBSERVAÇÕES:**

### **DESBRIDAMENTO MÉTODOS:**

- Seletivo: remove apenas o tecido inviável sem afetar o tecido vivo.

- Não-seletivo: pode remover tecido viável e inviável.

### **CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO MECANISMO DE AÇÃO:**

- Autolítico: refere-se à lise natural da necrose pelos leucócitos e enzimas digestivas do próprio corpo, que entraram em contato no leito da ferida, durante a fase inflamatória (ex: gazes embebidas em AGE, hidrogel etc).

- Químico: são substâncias enzimáticas exógenas e são seletivas, porém se o tecido viável estiver presente pode ser levemente dolorido (ex: papaína gel).

- Biológico: são utilizadas larvas de moscas que secretam coquetel de enzimas proteolíticas que liquefazem a necrose e facilita a limpeza da ferida. Desbridamento seletivo;

- Mecânico: Consiste na remoção dos tecidos mortos ou de corpos estranhos do leito da ferida com a utilização de força física (ex: fricção, úmido seco, irrigação com SF 0,9 %).

- Instrumental conservador: este método é realizado com a utilização de objetos cortantes, tais como tesoura, lâminas de bisturi e outros instrumentais necessários dependendo da agressividade do procedimento, e pode variar desde a retirada de calosidades até grandes excisões. (Atenção: o plano de fáscia é o limite do enfermeiro).

- A escolha do método deve considerar as condições clínicas do paciente, a urgência do tratamento (infecção, sepse, osteomielite), o tipo de tecido necrosado e a habilidade e competência do profissional.

- As situações clínicas que podem representar um potencial risco para o paciente devido às manobras forçadas realizadas durante o exame, sendo sempre necessário a avaliação médica para indicação do exame, são consideradas exceções para a prática, porém se houver instalação de processo infeccioso, essas orientações não se aplicam e o desbridamento deve ser implementado.
- Na presença de sangramento ou reação de sensibilidade à dor avaliar a continuidade do procedimento.
- Avaliar os casos de pacientes em uso de antiplaquetários ou anticoagulantes.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 40	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>COLETA DE EXAME CITOLÓGICO CERVICO-VAGINAL (PAPANICOLAU)</b>	

EXECUTANTE: Enfermeiros e médicos.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Realizar rastreamento de câncer de colo de útero em mulheres entre 25 e 64 anos 11 meses e 29 dias.

MATERIAIS: Espéculo (tamanho pequeno, médio ou grande), lâmina com uma extremidade fosca, espátula de Ayres, escova cervical, formulário de requisição de exame, lápis n°. 2, (para identificação da lâmina), fixador apropriado, caixa para acondicionamento das lâminas, lençol, avental, Pinça de Cheron, maca ginecológica com lençol descartável, EPI'S (luvas de procedimento, máscara cirúrgica e óculos de proteção), foco de luz, bolas de algodão/gaze, se necessário.

1. Realizar anamnese e proceder com a coleta posteriormente.
2. Criar ambiente acolhedor, respeitando a privacidade da mulher.
3. Preencher a requisição do exame de forma completa, com letra legível e sem rasura.
4. Identificar a lâmina, na extremidade fosca, com as iniciais do nome da mulher, matrícula municipal, sigla da unidade coletora.
5. Orientar a usuária sobre o procedimento.
6. Encaminhar a usuária para o banheiro, solicitar que esvazie a bexiga, retire a parte inferior da roupa, vista o avental e sente-se na maca ginecológica.
7. Higienizar as mãos.
8. Colocar os EPIs.

9. Solicitar que a usuária se posicione e cobri-la com lençol.
10. Realizar exame físico do genital externo.
11. Introduzir o espéculo em posição vertical e realizar rotação de 90°, deixando-o em posição transversa.
12. Abrir o espéculo lentamente, se houver dificuldade para visualizar o cérvix uterino, peça que a usuária tussa.
13. Ao visualizar o cérvix uterino, verificar se há grande quantidade de muco ou secreção e, se necessário, secar delicadamente, sem esfregar com gaze e pinça cheron.
14. Utilizar a espátula de Ayres, com a ponta que apresenta a reentrância mais longa encaixada no orifício externo do cérvix uterino, firmemente apoiada, fazer uma raspagem da mucosa ectocervical com movimentos rotativos 360°, em torno de todo orifício, com cuidado para não agredi-lo.
15. Estender o material ectocervical na lâmina, no sentido vertical, ocupando 1/3 da parte transparente. Garantir que a amostra fique fina e uniforme.
16. Para coletar o material endocervical, introduza a escova cervical no orifício do cérvix uterino, gire-a 360° por 3 vezes.
17. Girar a escova nos 2/3 restantes da parte transparente da lâmina, depositando o material colhido.
18. Fixar o material com produto indicado, imediatamente após a coleta.
19. Acondicionar a lâmina para “secar”.
20. Retirar espéculo suavemente, fechando-o;
21. Retirar os EPIs.
22. Auxiliar a mulher senta-se e encaminhá-la para vestir-se.
23. Anotar o procedimento e o exame clínico no prontuário da usuária.
24. Encaminhar semanalmente o material para avaliação laboratorial conforme fluxo estabelecido pelo município.

Observações:

- O espéculo de tamanho pequeno deve ser utilizado em mulheres muito jovens, que não tiveram parto vaginal, menopausa e em mulheres muito magras.

- O espécuro de tamanho grande pode ser indicado para as mulheres multíparas e para as obesas.
- Condições intermediárias ou em caso de dúvida, use o de tamanho médio.
- Não estar menstruada, preferencialmente aguardar o 5º dia após menstruação.
- A presença de pequeno sangramento de origem não menstrual, não é impeditivo para coleta, principalmente nas mulheres após menopausa.
- Não usar creme vaginal, submeter-se a exames intravaginais (ultrassonografia) e duchas vaginais por dois dias antes do exame.
- Não lubrifique o espécuro com qualquer tipo de óleo, glicerina, creme ou vaselina.
- Em caso de mulheres idosas, com vaginas extremamente ressecadas ,recomenda-se molhar o especulo com soro fisiológico ou solução salina.
- Em paciente virgem, a coleta deverá ser realizada pelo profissional médico. Espécuro pequeno, caso a paciente não tenha tido parto normal.
- A coleta é dupla: do ectocervice e do canal cervical
- As amostras são colhidas separadamente.
- A paciente pode ter sofrido alguma intervenção cirúrgica no colo ou uma histerectomia (retirada do útero).
- Nos casos de mulheres que tenham sofrido histerectomia com manutenção do colo uterino a coleta deve ser realizada como de hábito, inclusive com a escova endocervical.
- Nos casos em que houve a retirada total do colo a coleta pode ser feita no fundo da vagina (fundo cego).
- O orifício externo do colo uterino das mulheres que nunca tiveram parto vaginal é puntiforme e das que já tiveram é em fenda transversa.
- Em caso de usuárias virgens, ou seja, sem rompimento da membrana, não realizar a coleta.
- Em caso de gestantes, coletar somente material ectocervical a partir da 20ª semana de gestação.
- Em caso de usuárias idosas, com mucosas extremamente ressecadas deve se umedecer o espécuro com soro fisiológico 0,9%.

- Sempre ao realizar anotações no prontuário do usuário, colocar horário e data do procedimento, assinatura e carimbo do profissional.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 41	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>CURATIVO</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem. Aplicar técnica adequada a fim de proporcionar o ambiente ideal para reparação tecidual aos usuários com feridas abertas (úlceras por pressão, deiscência de feridas operatórias, feridas neoplásicas, lesões vasculogênicas, queimaduras).

MATERIAS: Carro de curativo ou bancada, kit de curativo ou luva estéril, luvas de procedimento, pacotes de gaze estéril, cobertura prescrita (pomadas, placas, gel, etc), soro fisiológico 0,9% morna, agulha 40x12 mm, saco de lixo contaminado e comum, EPIs, material para fixação (fita crepe, atadura crepe, adesivo hipoalergênico), solução clorexidina degermante (se indicado uso de antisséptico), chumaço, compressas (se excesso de exsudato).

1. Receber o paciente de maneira cordial.
2. Explicar o procedimento a ser realizado.
3. Manter o paciente em posição confortável.
4. Manter a postura correta durante o curativo.
5. Lavar as mãos.
6. Preparar o material para a realização do curativo.

7. Avaliar a ferida.
8. Realizar o curativo utilizando técnica segundo a classificação da ferida:

**Lesões fechadas:**

1. Incisão simples:
2. Remover a cobertura anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a na borda do campo.
3. Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica.
4. Umedecer a gaze com soro fisiológico.
5. Proceder a limpeza da incisão de dentro para fora, sem voltar ao início da lesão.
6. Secar a incisão de cima para baixo.
7. Ocluir com gaze, chumaço ou outro curativo prescrito.
8. Fixar com micropore.
9. Trocar o curativo a cada 24 horas ou sempre que estiver saturado (úmido).
10. Manter a incisão aberta se estiver limpa e seca no período de 24 a 48 horas após o procedimento cirúrgico.
11. Incisão com pontos subtotais:
12. Remover a cobertura anterior.
13. Lavar todos os pontos subtotais, introduzindo soro fisiológico no interior de cada ponto, com auxílio de seringa e agulha, colocando gaze do lado oposto para reter a solução.
14. Proceder a limpeza como descrita para lesões simples.
15. Proteger a área central com gaze seca ou chumaço.
16. Fixar com micropore.
17. Manter o curativo ocluído enquanto houver exsudação.
18. Realizar troca a cada 24 horas ou sempre que estiver saturado.

**Lesões abertas:**

1. Remover a cobertura anterior, de forma não traumática.

2. Irrigar abundantemente com soro fisiológico, quando a cobertura primária for de gaze.
3. Realizar a limpeza com técnica adequada (asséptica ou limpa).
4. Manter o leito da úlcera úmido.
5. Manter a área ao redor da úlcera sempre seca, evitando a maceração e facilitando a fixação da cobertura.
6. Lavar as mãos.
7. Registrar o procedimento em prontuário IDS eletrônico.
8. Manter a sala em ordem.

**Observações:**

- A prescrição do curativo é privativa do enfermeiro e do médico.
- A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita através de irrigação com jato de soro fisiológico morno, com seringa de 20 ml e agulha 40x12 ou 25x8, ou ainda frasco de soro perfurado de diferentes maneiras.
- Proteger sempre as úlceras com gazes, compressas, antes de aplicar uma atadura.
- Não apertar demais a atadura, devido ao risco de gangrena, por falta de circulação.
- Iniciar o enfaixamento sempre, no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro.
- Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada.
- Trocar o curativo com gaze a cada 24 horas ou quando estiver úmido, sujo ou solto.
- A recomendação atual, para realização do curativo consiste em manter a ferida limpa, úmida e coberta, exceto incisões fechadas e locais de inserção de cateteres e introdutores e fixadores externos.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 42	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: _ / _ / _	
<b>MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE CINTURA</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAL: Fita métrica.

1. Recepcionar o paciente.
2. Orientar o procedimento ao paciente.
3. Orientar o paciente a permanecer de pé, ereta, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e os pés separados numa distância de 25-30 cm.
4. Solicitar ao paciente que afaste a roupa, de forma que a região da cintura fique despida. A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.
5. Mantenha-se de frente para o paciente, segure o ponto zero da fita métrica em sua mão direita e, com a mão esquerda, passar a fita ao redor da cintura ou na menor curvatura localizada entre as costelas e o osso do quadril (crista ilíaca).
6. Ajustar a fita métrica no mesmo nível em todas as partes, em seguida, solicite que o paciente expire totalmente.

7. Realizar a leitura imediata antes que a pessoa inspire novamente.
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar
9. Registrar o procedimento em prontuário IDS eletrônico.
10. Lavar as mãos.
11. Manter a sala em ordem.



### PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 43	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE QUADRIL</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAL: Fita métrica.

1. Recepcionar o paciente.
2. Orientar o procedimento ao paciente.
3. Orientar o paciente a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com mínimo de roupas possível.
4. Colocar a fita métrica ao redor do quadril, na área de maior diâmetro, sem comprimir a pele.
5. Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes.
6. Realizar a leitura.
7. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar

8. Registrar o procedimento em prontuário IDS eletrônico.
9. Lavar as mãos.
10. Manter sala em ordem.



### PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 44	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>AFERIÇÃO DE ESTATURA</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAL: Antropômetro.

Crianças menores de 2 anos:

1. Recepcionar.
2. Lavar as mãos.
3. Deitar a criança no centro do Antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços.
4. Manter, com a ajuda da mãe/ responsável:
5. a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;
6. os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do Antropômetro;

7. os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apóia o Antropômetro.
8. 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.
9. Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada.
10. Retirar a criança.
11. Registrar o procedimento em prontuário IDS eletrônico.
12. Lavar as mãos.
11. Manter a sala em ordem.

***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. Solicite 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 o procedimento em prontuário.
8. Lavar as mãos.
9. Manter a sala em ordem.



### PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 45	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>AFERIÇÃO DE PESO</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAIS: Balança. Álcool 70%.

Em balança pediátrica ou “tipo bebê”:

1. Destruvar a balança.
2. Constatar que a balança está calibrada. Caso contrário, calibrá-la.
3. Travar a balança novamente.
4. Lavar as mãos.
5. Despir a criança com o auxílio da mãe/responsável.
6. Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato, destravar a balança.

7. Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança e no equipamento.
8. Mover os cursores, maior e menor, sobre a escala numérica para registrar o peso.
9. Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
10. Travar a balança.
11. Realizar a leitura de frente para o equipamento com os olhos no mesmo nível da escala.
12. Retirar a criança e retornar os cursores ao zero na escala numérica.
13. Registrar o peso no prontuário e no cartão da criança.
14. Registrar o procedimento em prontuário.
15. Proceder a assepsia do prato da balança com álcool a 70%.
16. Lavar as mãos.
17. Manter a sala em ordem

***Em balança pediátrica eletrônica (digital):***

1. Ligar a balança e certificar-se que a mesma encontra-se zerada.
2. Despir a criança com o auxílio da mãe/ responsável.
3. Colocar a criança, sentada ou deitada, no centro da balança.
4. Orientar a mãe/ responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança e no equipamento.
5. Realizar a leitura, quando o valor do peso estiver fixo no visor.
6. Retirar a criança.
7. Registrar o peso no prontuário e no Cartão da Criança.
8. Registrar o procedimento em prontuário.
9. Proceder a assepsia do prato da balança com álcool a 70%.
10. Lavar as mãos.
11. Manter a sala em ordem.

***Em balança mecânica de plataforma:***

1. Destruvar a balança.
  2. Verificar se a balança está calibrada. Caso contrário calibrá-la.
  3. Travar a balança.
  4. Posicionar o paciente de costas para a balança, no centro do equipamento, descalça, com o mínimo de roupa possível, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.
  5. Destruvar a balança.
  6. Mover os cursores, maior e menor, sobre a escala numérica para registrar o peso.
  7. Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
  8. Travar a balança.
  9. Realizar a leitura de frente para o equipamento, a fim de visualizar melhor os valores apontados pelos cursores.
  10. Solicitar ao paciente que desça do equipamento.
  11. Retornar os cursores ao zero na escala numérica.
  12. Registrar o peso no prontuário do paciente e no cartão da criança (para crianças menores de 7 anos de idade).
1. Registrar o procedimento em prontuário.
  2. Proceder a assepsia do prato da balança com álcool a 70%.
  3. Lavar as mãos.
  4. Manter a sala em ordem.

***Em balança eletrônica (digital):***

1. Ligar a balança, esperar que o visor zere.
2. Posicionar o paciente no centro da balança descalça, com o mínimo de roupa possível, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.
3. Realizar a leitura após o valor do peso estiver fixado no visor.

4. Retirar o paciente da balança.
5. Registrar o peso no prontuário do paciente e no cartão da criança (para crianças menores de 7 anos de idade).
6. Registrar o procedimento em prontuário.
7. Proceder a assepsia do prato da balança com álcool à 70%.
8. Lavar as mãos.
9. Manter a sala em ordem.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 46	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: / /	
<b>MEDIDA DE PERÍMETRO TORÁCICO</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAL: Fita Métrica.

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 o procedimento em prontuário IDS eletrônico.
7. Lavar as mãos.
8. Manter a sala em ordem.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 47	DATA DE VALIDAÇÃO: _ / _ / _
DATA DA REVISÃO: _ / _ / _	
<b>AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Avaliar a capacidade e eficácia do sistema cardiovascular e verificar alterações na pressão arterial fisiológica.

Material: Bandeja, esfigmomanômetro, estetoscópio, algodão, álcool 70%, braçadeira, caneta e prontuário.

Limpar os aparelhos com algodão embebido em álcool 70%.

2. Explicar o procedimento ao usuário, questionar sobre uso de medicamentos anti-hipertensivos, horários e se há queixas.
3. Certificar-se que o usuário esteja com bexiga vazia, e que nos últimos 30 minutos: não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebida alcoólica e/ou café, e não fumou.
4. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do usuário, e posicioná-lo cerca de 2 a 3cm acima da fossa anticubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial.
5. Manter o braço do usuário na altura do coração, livre de vestes, com a palma da mão voltada para cima, e cotovelo ligeiramente fletido.
6. Posicionar os olhos no nível do mostrador do manômetro aneróide.
7. Palpar o pulso radial, e inflar o manguito até o desaparecimento do pulso, para a estimativa da Pressão Arterial Sistólica (PAS). Desinflar rapidamente, e aguardar 01 minuto para inflar novamente.

8. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa anticubital.
9. Inflar rapidamente, de 10 em 10mmHg, até ultrapassar de 20 a 30mmHg, o nível estimado da PAS.
10. Proceder a deflação com velocidade constante inicial de 2 a 4mmHg por segundo, até a identificação do som que determina a PAS (fase I de Korotkoff).
11. Aumentar a velocidade de deflação para 5 a 6mmHg até determinar a Pressão Arterial Diastólica (PAD), com a ausculta do último som (fase de V de Korotkoff).
12. Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som, para confirmar seu desaparecimento, e o valor da PAD. Após, seguir com a deflação rápida e completa.
13. Informar o usuário sobre os valores encontrados e registrar valores.
14. Caso necessário, aguardar de 01 a 02 minutos para realizar novas medidas.
15. Higienizar as mãos, e manter o ambiente de trabalho organizado, com aparelhos dobrados e guardados.

#### **OBJETIVOS:**

A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço, e o comprimento da bolsa, a 80%.

- Quando os batimentos persistirem até o zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).
- Não aferir a pressão arterial em membros que tiveram: fístula endovenosa, cateterismo, plegias, punção venosa, infusão de líquidos, membro que for do lado mastectomizada do paciente.

#### **NOMENCLATURA E VALORES DE REFERÊNCIA**

Classificação	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85

Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio I	140-159	90-99
Hipertensão Estágio II	160-179	100-109
Hipertensão Estágio III	$\geq 180$	$\geq 110$
Hipertensão	$\geq 190$	$< 90$



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 48	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: / /	
<b>VERIFICAÇÃO DE PULSO PERIFÉRICO</b>	

**OBJETIVO:** Avaliar e monitorar as condições hemodinâmicas do paciente; detectar e monitorar arritmias cardíacas; avaliar efeitos de medicamentos que alterem a frequência cardíaca e; verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso.

**EXECUTORES:** Equipe de Enfermagem.

**MATERIAIS:** Relógio de pulso ou de parede que tenham demonstrador de segundos, caneta e prontuário.

**INTRODUÇÃO:** A FC pode ser aferida sobre artéria periférica, geralmente pulso radial, ou auscultada com estetoscópio acima do ápice cardíaco, também chamado de pulso apical ou a pulsação no ápice do coração. Esta pulsação é percebida como uma onda de sangue sendo bombeado na circulação arterial, pela contração do ventrículo esquerdo. Características das pulsações como frequência, qualidade, ritmo, e volume dão informações sobre a eficácia do coração como uma bomba e a adequação do fluxo sanguíneo periférico. A frequência das pulsações aumenta ou diminui em relação a uma variedade de mecanismos fisiológicos. Pode ainda alterar-se devido a atividade, medicamentos, emoções, dor, calor, frio e doenças em curso.

**Locais de Verificação do pulso • Artérias:** Temporal, Carotídeo, Apical, Braquial, Radial, Ulnar, femoral, poplítea, tibial posterior, dorsal do pé. OBS: em bebês, não aferir pulso em artéria carótida (interrupção do fluxo). Neste POP será abordado o mais comum (verificação pulso apical e radial).

## 6.2 Terminologia básica relacionado a frequência cardíaca:

TERMINOLOGIA	DEFINIÇÃO
<b>Normocárdico</b>	Frequência cardíaca dentro da normalidade
<b>Taquicardia</b>	Aumento da frequência cardíaca acima do normal
<b>Bradycardia ou bradisfigmia</b>	Pulso abaixo da faixa normal (frequência cardíaca baixa)
<b>Pulso cheio</b>	Indica volume normal do pulso periférico, isto é, enchimento arterial adequado
<b>Pulso filiforme, fraco, débil:</b>	Termos que indicam redução da força ou volume do pulso periférico
<b>Pulso irregular</b>	Os intervalos entre os batimentos são desiguais
<b>Pulso dicrotício:</b>	"Impressão" de 2 batimentos

Fonte: São Paulo, 2015.

**TABELA 1- VARIAÇÕES CARDÍACAS AO LOGO DO CICLO DE VIDA**

Variações	Ciclo de vida					
	0-30 dias	1-12 meses	1-2 anos	2-6 anos	6-12 anos	Adolescentes e adultos
<b>Frequência cardíaca/Minuto Média aproximada</b>	120-160	80-140	80-130	75-120	75-110	60-100
	140	120	110	100	95	80

Fonte: Taylor, 2008 p.568

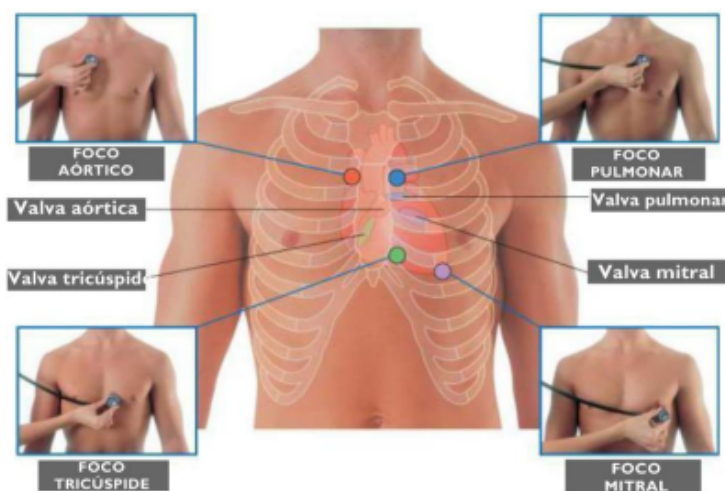
**Figura 1- Locais de verificação de pulso**



Fonte: Google imagens/ locais de verificação de pulso/variadas (adaptada)

**Aferição da frequência cardíaca no pulso apical:**

1. Higienizar as mãos.
2. Explicar o procedimento ao usuário.
3. Colocar o paciente em posição confortável preferencialmente sentado.
4. Realizar a desinfecção das olivas do estetoscópio com algodão ou gaze embebida de álcool 70%.
5. Introduzir as olivas nos ouvidos com as extremidades curvadas para frente, em direção à face.
6. Identificar o pulso que será utilizado, imediatamente à esquerda da linha hemiclavicular no quarto espaço intercostal esquerdo (figura 2).
7. Coloque o estetoscópio no quinto espaço intercostal, na linha clavicular média, ou seja, acima do ápice cardíaco, (no adulto abaixo da linha mamária, na criança na linha mamilar).
8. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o local.
9. Aproximar o cronômetro ou relógio do local.
10. Realizar a contagem dos batimentos cardíacos por 1 minuto.
11. Observar o ritmo e a qualidade do som.
12. Comunicar ao usuário ou acompanhante sobre o resultado.
13. Realizar a higienização das mãos (Ver POP Higienização das Mãos)
14. Fazer as orientações pertinentes.
15. Realizar os registros necessários.



**Fonte:** Google imagens/ ausculta de pulso apical (várias)

**Aferição da frequência cardíaca no pulso radial:**

1. Higienizar as mãos.
2. Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante.
3. Colocar o paciente em posição confortável (Se o paciente estiver em posição supina, colocar o antebraço ao lado da região inferior do tórax com o punho estendido e a palma da mão para baixo. Se o paciente estiver sentado, dobrar seu cotovelo a 90°, apoiar seu antebraço, estender suavemente o punho com a palma da mão voltada para baixo.
4. Aquecer as mãos, se necessário, friccionando-as.
5. Palpar a artéria radial.
6. Colocar as polpas digitais dos dedos, médio e indicador, sobre uma artéria superficial comprimindo-a suavemente.
7. Aproximar o cronômetro ou relógio do local.
8. Realizar a contagem dos batimentos cardíacos por 1 minuto.
9. Observar o ritmo e a qualidade do som.
10. Fazer as orientações pertinentes.
11. Realizar os registros necessários.

**Figura 04-Verificação FC no pulso radial**



**Fonte:** Google imagens/ verificação pulso radial

**Aferição da frequência cardíaca em outros locais:**

1. Higienizar as mãos.
2. Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante.
3. Colocar o paciente em posição confortável, expondo a área onde será palpada a artéria para verificação FC. (ver figura 1)
4. Palpar a artéria.
5. Colocar as polpas digitais dos dedos, médio e indicador, sobre uma artéria superficial comprimindo suavemente
6. Aproximar o cronômetro ou relógio do local.
7. Realizar a contagem dos batimentos cardíacos por 1 minuto.
8. Observar o ritmo e a qualidade do som.
9. Fazer as orientações pertinentes.
10. Realizar os registros necessários.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 49	DATA DE VALIDAÇÃO: _ / _ / _
DATA DA REVISÃO: _ / _ / _	
<b>TESTE DA MÃEZINHA</b>	

EXECUTANTE: Enfermeiro

OBJETIVO: Detectar de forma precoce a presença de hemoglobinopatias, como a Doença Falciforme e a Talassemia Major, além do acesso ao tratamento dos casos identificados, garantindo mais segurança para a gestante, ao feto e o recém-nascido, pois, mulheres que apresentam alguma dessas patologias podem sofrer gravidez de risco com crises de dor, infecções e até mesmo o parto prematuro.

MATERIAIS: Álcool a 70%; Algodão; Caixa para descarte de material perfurocortante; EPI (luva de procedimentos de látex, jaleco); Lanceta estéril e descartável; Papel filtro.

PERÍODO DA COLETA: 1º trimestre ou quando da abertura do pré-natal.

PROCEDIMENTO:

1. Acolher a gestante, conforme acolhimento;
2. Preencher os dados da gestante no papel filtro;
3. Evitar qualquer contato (mãos e substâncias) com os círculos do papel filtro;
4. Não usar abreviaturas e escrever com letra legível; Reunir e organizar os materiais necessários;
2. Higienizar as mãos, antes e após procedimento, conforme POP 03;
3. Calçar luvas de procedimento;

4. Solicitar à gestante que permaneça sentada para a coleta do sangue;
5. Massagear levemente o dedo da mão da gestante, com o objetivo de aumentar o fluxo sanguíneo no local;
6. Fazer antissepsia do dedo selecionado com álcool etílico (70%) e aguardar secar completamente;
7. Abrir a lanceta na presença da gestante chamando sua atenção para o fato;
8. Puncionar o dedo com a lanceta descartável, com movimento firme e contínuo (sentido quase perpendicular à superfície da pele);
9. Retire com algodão seco ou gaze a primeira gota que começa a se formar. Esta pequena gota pode conter fluido tecidual, o que causaria erros na análise;
10. Aguardar a formação de uma grande gota;
11. Levemente, encoste um dos lados do papel filtro, começando pela região central do círculo, em uma gota de sangue. Fazer movimentos circulares com o papel filtro enquanto o círculo está sendo preenchido, para permitir a distribuição do sangue por toda a superfície do círculo;
12. Deixe o sangue impregnar no papel até preencher o círculo. Observe a parte reversa do papel para ter certeza de que o mesmo foi embebido;
13. Nunca faça qualquer tipo de compressão durante a coleta, pois poderá causar hemólise ou diluição do sangue;
14. Se houver interrupção do sangramento, massageie novamente o dedo com algodão seco e reinicie a coleta;
15. Colocar um algodão seco ou curativo no local após a coleta;
16. Orientar a gestante quanto ao retorno para buscar o resultado;
17. Esperar a amostra secar totalmente na estante secadora (cerca de 2 horas), antes do acondicionamento e envio;
18. Registrar em prontuário, o procedimento.
19. Caso a amostra não seja enviada no mesmo dia, deve-se conservar em geladeira (2° a 8°C) até o envio. Não molhar a mesma;

20. Manter a sala em ordem.

21. Enviar a ficha de coleta para a Clínica da Família, onde posteriormente será destinado à FEPE.

22. O resultado deverá ser retirado online pela unidade responsável pela coleta, por meio da senha disponível no canhoto, o qual deverá ser fixado na carteirinha da gestante após a coleta.

**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria da Saúde

FUNDAÇÃO ECLUMÊNICA DE PROTEÇÃO AO EXCEPCIONAL - FEPE - (011) 3111-1836  
SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM TRIAGEM NEONATAL NO PARANÁ  
**MÃE PARANAENSE - Pesquisa de Hemoglobinas**  
Nº DO CARTÃO DO SUJEITO

**INFORMATIVO À GESTANTE MÃE PARANAENSE**  
Você acabou de realizar a coleta de algumas gotas de sangue para Eletroforese de Hemoglobinas. Este é mais um dos exames importantes da pré-natal, que deve ser realizado no primeiro trimestre da sua gestação.  
Procure o resultado em 15 dias na secretaria da entidade onde coletou o sangue.  
O resultado também estará disponível pela internet no site: [www.fepe.org.br](http://www.fepe.org.br)

Sua senha para impressão do resultado via internet é:  
**02418846**  
\*Disponível por 60 dias

Anexe o resultado na sua Carteira de Gestante. Não esqueça de mostrá-lo ao seu médico em sua próxima consulta pré-natal!

RG - Somente números

**UNIDADE DE SAÚDE COMPROVANTE DE COLETA**

DECLARANDO QUE NA DATA DE \_\_\_\_\_ FUI INFORMADA DA COLETA DE SANGUE PARA A PESQUISA DE HEMOGLOBINAS NAS GESTANTES RESPONSÁVEL A UNIDADE DE SAÚDE DEVE GUARDAR ESTE COMPROVANTE ASSINATURA DA GESTANTE \_\_\_\_\_

**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria da Saúde

**INFORMATIVO À GESTANTE MÃE PARANAENSE**  
Você acabou de realizar a coleta de algumas gotas de sangue para Eletroforese de Hemoglobinas. Este é mais um dos exames importantes da pré-natal, que deve ser realizado no primeiro trimestre da sua gestação.  
Procure o resultado em 15 dias na secretaria da entidade onde coletou o sangue.  
O resultado também estará disponível pela internet no site: [www.fepe.org.br](http://www.fepe.org.br)

Sua senha para impressão do resultado via internet é:  
**02418846**  
\*Disponível por 60 dias

Anexe o resultado na sua Carteira de Gestante. Não esqueça de mostrá-lo ao seu médico em sua próxima consulta pré-natal!

RG - Somente números

**ATENÇÃO:** Solicitar papel filtro para a equipe da clínica da família.

# TÉCNICA DE COLETA PARA O TESTE DA MÃEZINHA

## PESQUISA DE HEMOGLOBINOPATIAS EM GESTANTES



- 1/ Separe todos os materiais necessários\*. 
- 2/ Preencha todos os campos da ficha de coleta com caneta azul ou preta. 
- 3/ Higienize suas mãos e calce as luvas. Escolha o dedo a ser puncionado (o que tiver menos calosidade). 
- 4/ Aqueça a mão da gestante, se necessário. Segure a mão e pressione-a na direção do punho para o dedo. 
- 5/ Faça a antissepsia do local (conforme normas do CCIH) e deixe o álcool secar espontaneamente. Posicione a lanceta na lateral do dedo, pressione-a firmemente e perfure a pele. 
- 6/ Pressione o dedo próximo ao local para formação da gota de sangue e preencha todos os círculos do papel filtro. 
- 7/ Certifique-se de que o sangue esteja visível no verso do papel filtro. 
- 8/ Cubra o local com gaze ou algodão e solicite que faça pressão. 
- 9/ Entregue o Informativo à Gestante anexo à ficha de coleta. 
- 10/ Coloque a ficha de coleta para secar na estante por 2 horas. 
- 11/ Preencha a Lista Nominal de Gestantes. 
- 12/ Coloque a lista nominal junto às fichas de coleta no Envelope de Parte Pago (mesmo do Teste do Pezinho) e envie para a FEPE, diariamente, pela Agência de Correio. 

\*Kit de coleta, ficha de coleta, luvas descartáveis, gaze ou algodão, álcool 70%, lanceta, estante de secagem, formulário e envelope de parte pago.



**SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM TRIAGEM**  
 Av. Prof. Lothário Meissner, 836, Jardim Botânico - Curitiba - Paraná  
[www.fepe.org.br](http://www.fepe.org.br) - [secretaria@fepe.org.br](mailto:secretaria@fepe.org.br) - Dúvidas: (41) 3111-1600

DOWNLOAD GRATUITO  
 VÍDEO TÉCNICA DE COLETA



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 50	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

**MATERIAIS:** Cateter nasal nº adequado conforme avaliação prévia ou máscara. Gaze. Esparadrapo/ micropore. Intermediário. Umidificador. Oxigênio canalizado ou torpedo. Bandeja. Soro fisiológico 0,9 %. Luvas de procedimento.

### PROCEDIMENTO:

1. Checar prescrição.
2. Lavar as mãos com técnica adequada.
3. Preparar o umidificador com água, enchendo com 2/3 de sua capacidade.
4. Reunir todo material.
5. Orientar o paciente quanto ao procedimento, deixá-lo em posição confortável (cabeceira elevada 30-45°).
6. Conectar o cateter ao intermediário de borracha, e ao umidificador já montado.
7. Medir a distância do cateter entre a ponta do nariz e o lóbulo da orelha, identificando com esparadrapo para saber até que ponto o cateter será introduzido (cateter “tipo óculos” – não há necessidade deste procedimento).
8. Colocar as luvas conforme técnica adequada.
9. Introduzir o cateter até o local marcado.

10. Fixar o cateter com esparadrapo/ micropore sobre a testa ou face do paciente,garantindo que o mesmo sinta-se confortável.
11. Colocar o número de litros de O2 conforme prescrição.
12. Observar reações do paciente.
13. Retirar as luvas, desprezando em lixo contaminado.
14. Lavar as mãos.
15. Anotar data, nome, horário do procedimento e anotações necessárias quanto às condições do paciente (presença de cianose, retração de fúrcula esternal intercostal...) e evolução do quadro, comunicando médico solicitante também verbalmente quando necessário.
16. Assinar e carimbar
17. **Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 51	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

**MATERIAIS:** Fonte de oxigênio. Cateter nasal de plástico. Copo umidificador. Água destilada.

### PROCEDIMENTO:

1. Explicar o procedimento ao paciente.
2. Colocar água destilada no copo do umidificador.
3. Conectar o umidificador ao fluxômetro de oxigênio.
4. Conectar uma extremidade da extensão de látex/ silicone ao umidificador e outra à cânula de oxigênio.
5. Introduzir parte central da cânula nas fossas nasais do paciente.
6. Posicionar a extensão por trás do pavilhão auricular bilateralmente.
7. Ligar fluxômetro de oxigênio conforme fluxo solicitado.
8. Lavar as mãos.
9. Registrar o procedimento em prontuário.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 52	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>SONDAGEM GÁSTRICA/NASOGÁSTRICA</b>	

ÁREA: Enfermagem, Medicina.

DEFINIÇÃO: É a introdução de uma sonda/cateter maleável através do nariz ou da boca até o estômago/duodeno.

PRESCRIÇÃO: Médica.

EXECUTANTE: Enfermeiro, médico.

OBJETIVO: Drenar conteúdo gástrico para desconpressão, realizar lavagem gástrica e administração de medicação/alimento.

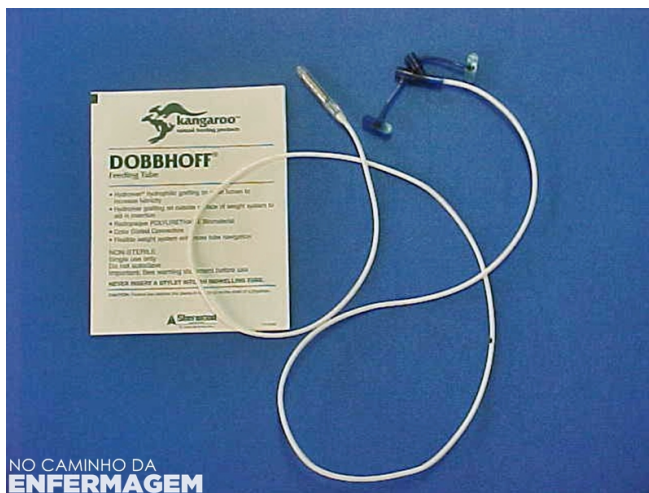
INTRODUÇÃO: A manutenção da saúde em muito depende do recebimento de alimento em quantidade e variedade adequada para melhor ação das funções orgânicas e nutricionais. Contudo há usuários que necessitam de apoio nutricional através do trato digestivo (nutrição enteral) ou por via parenteral (nutrição parenteral) solicitar apoio da nutricionista.

INDICAÇÕES: Prevenir vômitos após uma cirurgia; aliviar uma distensão gástrica; Avaliação no tratamento de sangramento do trato gastrintestinal; Coleta de conteúdo gástrico para análise; Administração de medicamentos; Aspiração de secreção gástrica; realizar lavagem gástrica; e via para alimentação.

PROCEDIMENTO: O período para a troca dependerá do material utilizado:

Sonda de Levine: Máximo 60 Dias.

Sonda de Dobbhoff ou "Nasoenteral": Não tem tempo definido na literatura, sendo indicado apenas a critérios da equipe de saúde tendo em vistas peculiaridades individuais do paciente ou em situações adversas como: Ruptura; Oclusão da sonda; Perda acidental; Deterioração.



**MATERIAIS:** 1 Sonda Nasoenteral / Gástrica, 1 Máscara 1 Óculos de proteção, 1 Bandeja, 1 Geléia lubrificante, 1 seringa de 20 ml, 1 Seringa de 3 ml, 1 pacote de gaze, 1 Estetoscópio, 1 Luva de procedimento, 1 fita micropore SF 0.9%, 1 toalha ou papel toalha, 1 biombo se necessário.

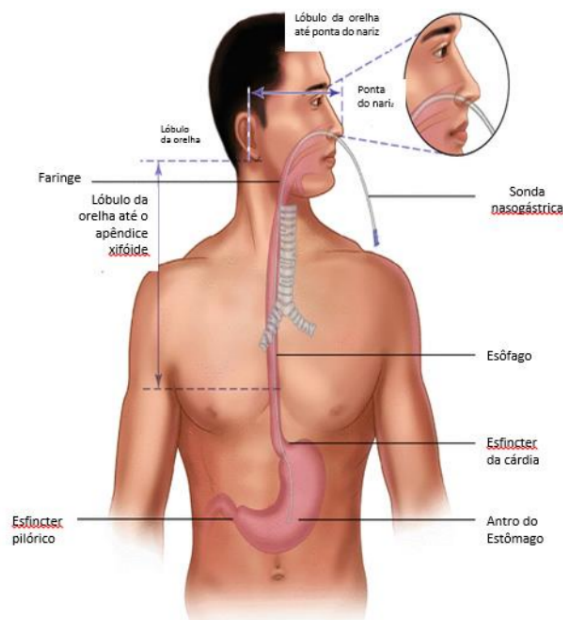
**PROCEDIMENTO:**

1. Avaliar as narinas verificando algum fator que contraindique sua passagem (obstrução nasal, desvio de septo acentuado, presença de secreção). Se não for permeável, opte pela passagem pela cavidade oral. Lembrar que em bebês e lactentes a sonda deve ser passada orogástrica devido a sua respiração ser feita principalmente pela narina, o que inviabiliza esta via.
2. Reunir o material e levar próximo ao usuário.
3. Explicar o procedimento ao usuário e ao familiar.
4. Isolar a cama com um biombo (se necessário).
5. Colocar o usuário em posição de “Fowler” alta a menos que haja contraindicação. Caso o usuário não possa ter a cabeceira elevada, mantê-la em decúbito lateral esquerdo (DLE) ou decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente.
6. Colocar a máscara, óculos de proteção e luvas para o procedimento.
7. Inspeccionar a sonda verificando possíveis defeitos.
8. Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do usuário.

9. Higienizar a narina com S.F. 0,9% quando necessário.
10. Colocar na seringa de 2 a 3 ml de gel anestésico, reservar.
11. Para a sondagem Nasogástrica: Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide, acrescentar a metade da medida entre o apêndice xifóide e a cicatriz umbilical, marcar com micropore (ver figura 06). Quando a for Nasoenteral deve-se acrescentar mais 10 cm, pois a extremidade da sonda necessita ir para a primeira parte do duodeno. Se for orogástrica, colocar a sonda junto ao canto da boca para efetuar a medição.
12. Se a sonda for do tipo Dobbhoff, pode-se injetar 10 ml de solução fisiológica ou água destilada na sonda sem retirar o fio-guia para lubrificá-la, favorecendo a retirada do fio-guia após sua.
13. Injetar cerca de 2 ml de gel anestésico na narina a ser introduzida a sonda.
14. Com o pescoço em posição neutra, iniciar a introdução da sonda na narina do usuário. Após a introdução de aproximadamente 10 cm, fletir o pescoço do usuário. No caso de sondagem orogástrica, colocar a ponta da sonda na parte posterior da língua.
15. Quando possível solicitar a colaboração do usuário pedindo para que o mesmo faça movimentos de deglutição.
16. Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do usuário até o ponto pré marcado. Interromper e retirar a sonda caso o mesmo apresente: tosse; dificuldade respiratória; cianose e agitação.
17. Verifique se a sonda está no estômago, utilizando as seguintes técnicas: injetar 20 ml de ar com seringa de bico. Auscultar com estetoscópio (som de cascata ou de WOOSHING) simultaneamente a região epigástrica, e / ou aspirar o conteúdo gástrico.
18. Após confirmação do posicionamento adequado da sonda retirar o fio guia delicadamente (se for o caso da sonda tipo Dobbhoff. (com fio guia)
19. A sonda deverá ser fixada na face (sondagem Nasogástrica ou Nasoenteral), do mesmo lado da narina utilizada, ou na bochecha (sondagem orogástrica) com micropore fino.
20. Colocar data da instalação em volta da sonda. Trocar a fixação a cada 05 / 07 dias. Reunir todo o material e deixar o usuário confortável.

21. Guardar o fio guia (se for sonda tipo Dobhoff) em embalagem limpa e mantê-lo junto aos pertences do usuário, caso a sonda atual precise ser repassada.
22. Desprezar o material em local apropriado e higienizar a bandeja.
23. Retirar as luvas para procedimento, os óculos de proteção e a máscara descartável.
24. Higienizar as mãos.
25. Realizar anotação de enfermagem no prontuário (qual narina foi introduzida a sonda, testes de posicionamento, intercorrências, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura do profissional que realizou o procedimento).
26. Encaminhar o usuário para controle radiológico 04 horas após a passagem da sonda se for a Nasoenteral 8 Iniciar a nutrição / medicação. Lembrar que se for Nasoenteral deverá aguardar confirmação radiológica antes de iniciar a nutrição ou medicação.
27. Registrar o procedimento em prontuário.

**Figura 06-** Localização da Sonda Nasogástrica-Medição do lóbulo da orelha- ponta do nariz-apêndice xifoide- media medida apêndice xifoide-cicatriz umbilical



Fonte: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4939-2507-0\\_75](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4939-2507-0_75) (Adaptado)

## 11. COMPLICAÇÕES E CUIDADO

1. MECÂNICAS		
TIPOS COMPLICAÇÕES	CAUSAS	CUIDADOS PRINCIPAIS
<b>1.1 Obstrução da sonda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A obstrução da sonda com alimentos ou medicações;</li> </ul> Lavagem incorreta da sonda após a infusão de fórmula nutricional e medicamentos; Dobramento e nó na sonda	<b>a)</b> após administrar cada frasco da dieta, correr pela sonda cerca de 20 ml de água filtrada ou fervida (já em temperatura ambiente) na sonda, antes e após a administração da dieta ou de medicamento, realizando a lavagem da sonda. <b>b)</b> Caso já tenha ocorrido a obstrução proceder infusão de água fervida ou coca cola, morna ou em temperatura ambiente em seringa de 20 ml com leve pressão, seguida de aspiração. Realizar diversas vezes até obter êxito. Não colocar pressão exagerada.
<b>1.2 Saída ou migração accidental da sonda</b>	Alterações no peristaltismo; Indivíduo hiperativo	<b>a)</b> se o paciente apresentar tosse durante a introdução da sonda, interromper o procedimento até cessar o estado tussígeno. Se a tosse persistir, retirar totalmente a sonda; <b>b)</b> é recomendável antes da administração de dieta ou medicação por via sonda oro/Nasogástrica ou nas entérica, certificar-se que a sonda não migrou de lugar, assim, verificar a medição da porção exposta da sonda evitando assim que seja introduzido alimentação/nutrição em outro órgão, como pode ocorrer no pulmão.
<b>1.3 Erosões nasais, necrose e abscesso septo nasal</b>	Sondas de calibre grosso; Sondas de pouca flexibilidade; sondas com má fixação e/ou racionamento da asa nasal.	<b>a)</b> evitar o uso exagerado de fitas ou esparadrapos. Dar preferência a material hipoalérgico; fazer troca diária da fixação ou quando estiver suja ou solta.
<b>1.4 Sinusite aguda, rouquidão, otite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sondas de pouca flexibilidade; Permanência prolongada da sonda Nasoenteral</li> </ul>	<b>a)</b> mesmo quando a sondagem for Nasogástrica, dar preferência à sonda Nasoenteral que possui material mais flexível. <b>b)</b> evitar uso prolongado desnecessário.

Continuação

TIPOS COMPLICAÇÕES	CAUSAS	CUIDADOS PRINCIPAIS
<b>1.5 Esofagite, ulceração esofágica e estenose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sondas de grosso calibre; Vômitos persistentes; Refluxo gastroesofágico. A SNG mantém o esfíncter esofágico inferior aberto alinhando a junção esofagogástrica e predispondo ao refluxo. Além disso, a permanência em decúbito dorsal prolongado restrito ao leito, também facilitaria o retorno do conteúdo gástrico para o esôfago</li> </ul>	<p><b>a)</b> Uso criterioso da SNG e, se realmente necessária, pelo menor tempo possível; <b>b)</b> Se há necessidade de suporte dietético por SNG, priorizar sondas de menor calibre, tais como sondas tipo Dobbhoff; se tal necessidade já for prevista com antecedência - sobretudo em pacientes que serão submetidos à operação abdominal de grande porte; <b>c)</b> Considerar a confecção de jejunostomias ou gastrectomias; <b>d)</b> Fixar corretamente a sonda; <b>e)</b> Evitar decúbito dorsal prolongado do paciente e manter cabeceira elevada, se possível; <b>f)</b> Uso de protetores gástricos, como inibidores de bomba de prótons ou bloqueadores de receptores H<sub>2</sub>, deve ser considerado (RIBEIRO, et al, 2011).</p>
<b>1.6 Fistula traque esofágica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necrose por pressão na parede posterior da traqueostomia e parede anterior do esôfago</li> </ul>	
<b>1.7 Ruptura de varizes do esôfago</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Irritação e pressão excessiva; Esofagites</li> </ul>	
<b>2. METABÓLICAS</b>		
<b>2.1 Hiper-hidratação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desnutrição grave</li> <li>Insuficiência cardíaca, renal ou hepática</li> <li>Excesso de líquidos administrado</li> </ul>	<p><b>a)</b> O aporte adequado de água oferecido entre os intervalos de administração da fórmula nutricional e a sua complementação adquirem importante papel na prevenção da desidratação e hiper-hidratação</p>
<b>2.2 Desidratação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso de fórmulas nutricionais hipertônicas</li> <li>Diarreia.</li> </ul>	
<b>2.3 Hiperglicemia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiência de insulina (Diabetes Mellitus, trauma, infecção, uso de corticosteróides)</li> </ul>	<p><b>a)</b> Ver história clínica do usuário e avaliar resultado de exames que possam esclarecer situação, dentre eles a glicemia em jejum, cálcio, potássio, TGO, TGP dentre outros conforme solicitação médica.</p>
<b>2.4 Hipoglicemia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suspensão súbita da dieta em indivíduos com hiperglicêmicos;</li> <li>Excesso de administração de insulina</li> </ul>	
<b>2.5 Anormalidades de eletrólitos e outros elementos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diarreia; Desnutrição; Infecção;</li> <li>Disfunção renal</li> </ul>	
<b>2.6 Alterações das funções hepáticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sobrecarga calórica, substratos inapropriados, toxinas</li> </ul>	

Continuação

3. INFECCIOSAS		
TIPOS COMPLICAÇÕES	CAUSAS	CUIDADOS PRINCIPAIS
3.1 <b>Gastrenterocolite por contaminação microbiológica.</b>	Pode ocorrer em alguma etapa do preparo, nos utensílios e na administração da fórmula nutricional	<b>a)</b> Seguir rigorosamente os cuidados de higiene tanto no preparo como administração da fórmula nutricional. As orientações e cuidados necessários para prevenir complicações infecciosas estão descritas em sessão específica (item 3.5).
4. PSICOLÓGICAS		
4.1 <b>Depressão</b>	O desconforto causado pela presença de via alternativa de alimentação, mudança da rotina de alimentação e a autoimagem prejudicada interferem na sociabilidade e inatividade do indivíduo, deixando-o deprimido e ansioso.	<b>4.</b> Oferecer apoio emocional e/ou psicológico por familiares e profissionais de saúde) solicitar apoio matricialmente psicológico se necessário.
4.3 <b>Ansiedade</b>		
5. GASTROINTESTINAIS		
5.1 <b>Náuseas</b>	Intolerância à lactose; Excesso de gordura; Infusão rápida da fórmula; Solução hiperosmolar; Sabor desagradável; Estase gástrica (resíduo gástrico > 50% do volume da dieta após 2 h da infusão, ou cerca de 250 ml); Refluxo gastroesofágico	<b>a)</b> Antes de iniciar infusão da dieta colocar o paciente em posição Fowler, com cabeceira elevada 45° (graus) e manter assim até 30 minutos após a infusão; <b>b)</b> Antes de administrar a dieta, aspirar o conteúdo gástrico. Se houver mais do que 250 ml, deve-se suspender a dieta por quatro horas e, após esse período, deve-se repetir a administração da dieta. <b>c)</b> verificar com médico responsável possibilidade de prescrição de antiemético e procinéticos se for o caso. <b>d)</b> após finalização da infusão de dieta ou medicação, lavar a sonda com 20 a 30 ml de água; <b>e)</b> observar ainda tempo de infusão da dieta, que pode ser administrado mais lentamente a fim de diminuir o peristaltismo; <b>f)</b> verificar possibilidade de intolerância à lactose, má absorção de gorduras; Intolerância à soja; Antiácidos e antibióticos
5.2 <b>Diarreia</b>	• Infusão rápida da fórmula; Fórmula fria/gelada; Contaminação bacteriana • Sonda duodenal ou jejunal; Fórmula sem fibra; Solução hiperosmolar; Deficiência de lactase	
5.3 <b>Cólicas, empachamento e distensão abdominal</b>	Grande volume de fórmula; Administração em bolus; rápida infusão da fórmula; Intolerância à lactose	
5.4 <b>Obstipação</b>	Diminuição da prensa abdominal para o movimento evacuatório (indivíduos acamados e neurológicos)	
6. RESPIRATORIAS		
6.1 <b>Pneumonia aspirativa é considerada a de maior gravidade.</b>	Os indivíduos com comprometimentos neurológicos devido à deficiência nos mecanismos reflexos de proteção, posicionamento inadequado da sonda; migração da sonda após a passagem inicial; e posicionamento impróprio do indivíduo	<b>a)</b> Elevar a cabeça do paciente em ângulo mínimo de 30° durante e após 30 min da alimentação, ou utilizar gotejo contínuo 24h.

Fonte: BRASIL, 2015. p.38-42 (Adaptado)



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 53	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: / /	
<b>TROCA DE BOLSA COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA, UROSTOMIA</b>	

ÁREA: Enfermagem

**DEFINIÇÃO:** Bolsas de colostomia, ileostomia ou urostomia, são dispositivos colocados nos estomas de eliminação. Por sua vez, estomas são aberturas feitas cirurgicamente para eliminação de fezes, gases e urina, a partir da projeção de parte do intestino ou das vias urinárias até a superfície do abdômen

**PRESCRIÇÃO:** Médica ou Enfermeiro

**EXECUTANTE:** Enfermeiros

**OBJETIVOS:** Reter/coletar os efluentes; manter a higienização do estoma; proporcionar o conforto e bem-estar ao paciente; prevenir possíveis infecções e lesões de pele.

**O PROCESSO DIGESTIVO:**

O processo digestivo dos alimentos começa na boca vai para o estômago e ali é acrescido de ácidos e enzimas e depois dirige-se ao intestino delgado (duodeno, jejuno, íleo) onde ao longo dos 6 metros de comprimento acontece a absorção dos nutrientes (vitaminas, minerais, proteínas, gorduras e carboidratos) para a corrente sanguínea. Assim, as substâncias que não forem digeridas e absorvidas no intestino delgado, vão para o intestino grosso ou cólon (cólon ascendente, cólon transverso,

cólon descendente e cólon sigmóide) em uma mistura bastante aquosa, onde ao longo de 1 metro e meio de comprimento é absorvido água e armazenado o bolo fecal que posteriormente será encaminhado para o resto é eliminado através do ânus. Desta forma, os estomas intestinais (colostomia e ileostomia) são criados a partir de um procedimento cirúrgico onde há exteriorização para a pele de uma porção do intestino grosso (cólon transversal ou o sigmóide), ou do intestino fino (íleo) (ROCHA, 2011).

**O SISTEMA URINÁRIO** O sistema urinário é composto pelos rins, ureteres, bexiga e uretra. Possuem a função de regulação, liberação e excreção, tendo como produto final um ultrafiltrado de plasma, a urina. Dentre muitas funções, os rins fazem a regulação hidroeletrólíticas dos líquidos corporais. Os Ureteres transportam a urina da pelve renal à bexiga. A bexiga, armazena e elimina a urina e a uretra, faz o transporte da urina e o sêmen (no caso masculino). Assim, quando não é possível a eliminação da urina por via natural é criado o estoma urinário, a urostomia, sendo que dentre as técnicas, a mais comum é a denominada de “Urostomia de Bricker”, onde é utilizado um pedaço do intestino delgado que é exteriorizado na pele ao qual são ligados os ureteres (ONCOGUIA, 2018). Independente das características, os cuidados com o estoma de eliminação, seja eles intestinal ou urinário não se difere muito, assim como a troca de bolsa coletora.

**TIPOS DE BOLSAS COLETORAS** As bolsas coletoras podem ser encontradas em diversos tipos e modelos, de acordo com as diferentes necessidades (colostomia, ileostomia e urostomia), dimensões do estoma e tipo de pele (ANDRADE et.al).

a) <b>Transparentes X opacas</b>	Podem ser transparentes ou opacas. Enquanto nas bolsas <b>transparentes</b> é possível ver o conteúdo dentro dela, o que permitem o acompanhamento das condições gerais do estoma, geralmente são usadas no período de internação do usuário. Já as <b>opacas</b> são mais discretas e possibilitam aos usuários ter menos contato visual com as fezes.
a) <b>Drenáveis X Não drenáveis</b>	<b>Drenáveis:</b> são aquelas que possuem uma abertura na extremidade inferior por onde são esvaziadas periodicamente. Possui maior durabilidade e redução das lesões na pele do abdômen, uma vez que a bolsa será trocada menos vezes. <b>Não drenáveis:</b> são bolsas fechadas, e por isso não podem ser esvaziadas, apenas trocadas quando estiverem 1/3 da capacidade.
b) <b>Encaixe para cinto X sem encaixe</b>	Os cintos de suspensão oferecem uma segurança maior com relação à fixação da bolsa no abdômen, sendo assim existem bolsas coletoras que vem com o encaixe para o cinto ou sem o encaixe.
c) <b>Uma X Duas peças</b>	Na bolsa de uma peça, a placa (peça que possui o adesivo para colar na pele) e a bolsa são uma peça só. Essas são as mais utilizadas e que têm o valor mais acessível. Já nas bolsas de duas peças, a placa e a bolsa são separadas, com isso a bolsa pode ser trocada sem ter a necessidade de tirar e recolocar o adesivo várias vezes, além de facilitar a lavagem interna da bolsa.
d) <b>Filtro de carvão X sem filtro de carvão</b>	Filtro de carvão autoadesivo descartável que pode ser aplicado na parte posterior e exterior da bolsa coletora. Assim, o odor é neutralizado quando os gases passam através do filtro de carvão. Minimiza o abaulamento – a saída de gás automática regula a pressão na bolsa coletora.
e) <b>Tipo de placas</b>	<p>As placas podem ser de vários tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Flexíveis</b>, que costumam se adaptar melhor as irregularidades da superfície do abdômen;</li> <li>• <b>Duras</b>, que se adaptam melhor as ostomias altas, acima do umbigo, por terem flexibilidade reduzida;</li> <li>• <b>Recortável</b>, que permitem um melhor ajustamento do tamanho do orifício que circunda o estoma;</li> <li>• <b>Pré-cortadas</b>, que já vem recortada de fábrica, não permitindo um ajustamento do tamanho do orifício que circunda o estoma;</li> <li>• <b>Plana</b>, que apresentam uma superfície regular e são as mais usadas; ou</li> <li>• <b>Convexa</b>, mais usado pelos pacientes com estomas retraídos.</li> </ul>

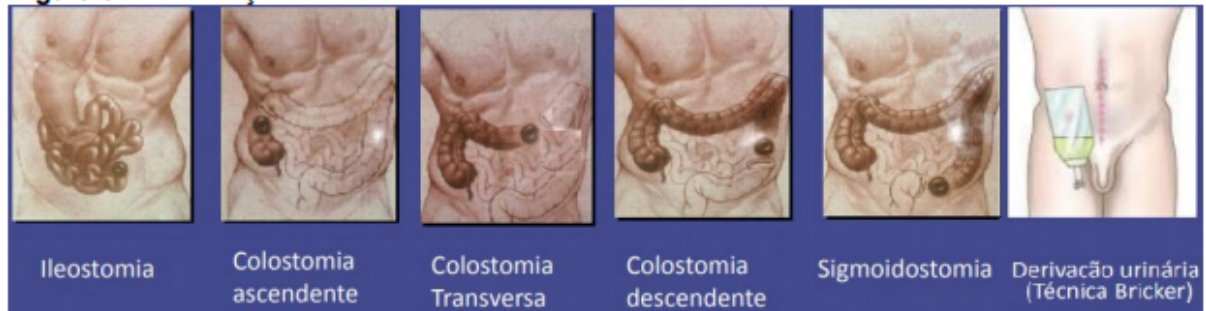
**Figura 01-** Bolsa de colostomia drenável/não drenável/bolsa urostomia



Fonte: Google imagens/ bolsa colostomia/urostomia

**LOCALIZAÇÃO DAS ESTOMIAS INTESTINAIS E URINÁRIAS** Em uma pessoa com estoma intestinal, as características das fezes irão depender da porção onde encontra-se o estoma, sendo líquidas / semi líquidas, de cor castanho esverdeadas e PH muito alcalino, bastante corrosivo no caso das ileostomias ou amolecidas ou bem formadas, tratando-se das colostomias (ROCHA, 2011). Geralmente a estomia urinária se localiza no quadrante inferior direito ou esquerdo do abdômen, a depender da porção do intestino utilizado (colón- esquerdo; íleo-direito).

**Figura 02-** Localização das estomia intestinais e urinárias

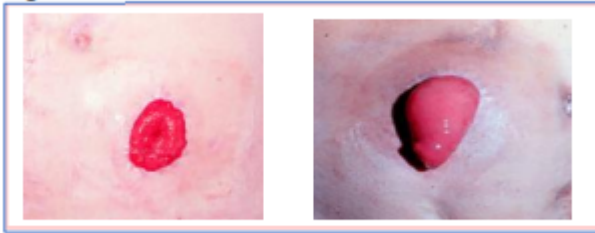


Fonte: Google imagens/ estomia intestinais e urinárias

**INDICAÇÕES DOS ESTOMAS DE ELIMINAÇÃO** Obstruções intestinais, agenesias e atresias anorretais, megacólon congênito, neoplasias, volvo, doença diverticular, colite isquêmica, perfurações do cólon, neoplasias, doença inflamatória intestinal (doença de Cröhn, retocolite ulcerativa), doença diverticular, colite isquêmica,

traumas penetrantes (arma branca ou de fogo), empalação, fístulas etc. Crianças com obstrução do trato urinário e sepsis; Uropatias com função renal prejudicada.

**Figura 03-** Estomas de Colostomia e Ileostomia



Fonte: ROCHA, 2011

#### PERIODICIDADE DA TROCA DA BOLSA DE DRENAGEM

Fechada ou Drenável: Em geral em intervalos de 2 a 4 dias.

Não drenáveis: Elas sempre devem ser trocadas quando estiverem com 1/3 de sua capacidade preenchida no caso das urostomias ou quando for necessário.

**MATERIAIS** 1 pacote de gazes não estéreis ou um chumaço de algodão ou um tecido macio 1 Recipiente para descarte de materiais (lixo comum) 1 Mensurador para estoma, se disponível. 1 tesoura 1 Kit de bolsa coletora (2 peças) ou 1 bolsa coletora (peça única) de colostomia ou urostomia (conforme o caso).

#### A TÉCNICA

##### TROCA DE BOLSA- PEÇA ÚNICA

1. Faça a mensuração do estoma, lembrando que o coletor deve ser recortado antes de iniciar a troca, observando as mudanças no tamanho que podem ocorrer com o passar do tempo.



2. Recorte a bolsa no tamanho do estoma, conforme orientação do (a) estomaterapeuta.



Fonte: INCA, 2018

3. Retire delicadamente o coletor para não traumatizar a pele, usando um tecido macio embebido em água da torneira ou chuveiro. O ideal é que este procedimento seja realizado durante o banho, pois facilita a retirada da bolsa.



Fonte: INCA, 2018

4. Após retirar a bolsa, coloque-a em um saco plástico e descarte-o no lixo. Limpe delicadamente a pele ao redor do estoma com sabonete e água depois de finalizar o banho e secar todo o corpo, seque bem ao redor do estoma sem esfregar.



Fonte: INCA, 2018

5. Retire o papel que protege a resina.



Fonte: INCA, 2018

6. Coloque a bolsa de baixo para cima.



Fonte: INCA, 2018

7. Procure não deixar pregas ou bolhas de ar que facilitem vazamentos e que acabam fazendo com que o coletor descole. E certifique-se de que a bolsa esteja bem adaptada à pele.



Fonte: INCA, 2018

8. Retire o ar de dentro da bolsa. Feche com o “clamp” (no caso da bolsa de urostomia).



Fonte: INCA, 2018

## TROCA DE BOLSA - DUAS PEÇAS

1. Retire o “clamp” e esvazie-o completamente.



Fonte: INCA, 2018

2. Desconecte o coletor da placa colada ao corpo.
3. Embaixo do chuveiro, procure soltar a placa suavemente, pressionando a pele e ao mesmo tempo soltando o adesivo.
4. Use o sabonete, retirando os restos de fezes ou de adesivos. Depois de finalizar o banho e secar todo o corpo, seque bem ao redor do estoma sem esfregar.
5. Limpe a pele ao redor do estoma e o próprio estoma durante o banho, com movimentos suaves.



Fonte: INCA, 2018

6. Retire o papel que protege a resina e segure-o com as duas mãos.
7. Procure posicionar o estoma em frente ao espelho, procurando esticar o corpo durante a colocação.



Fonte: INCA, 2018

8. Adapte a placa de baixo para cima, parte por parte, procurando encaixá-la no estoma do centro para a extremidade.



Fonte: INCA, 2018

9. Adapte a bolsa na placa de baixo para cima.

10. Procure não deixar pregas ou bolhas de ar que facilitem vazamentos e acabam fazendo com que o coletor descole.
11. Certifique-se de que a placa esteja bem adaptada à pele.
12. Retire o ar de dentro da bolsa e coloque o “clamp” para fechar. Se fizer uso de cinto, coloque-o após todos estes passos.



Fonte: INCA, 2018

10 COMPLICAÇÕES DAS TROCAS DE BOLSA DE COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA OU UROSTOMIA E CUIDADOS PROFILÁTICOS:		
TIPOS DE COMPLICAÇÕES	CAUSAS	CUIDADOS PRINCIPAIS
1. Mudança na coloração do estoma:	<ul style="list-style-type: none"> <li>A cor normal do estoma deve ser de rosa a vermelho. Se estiver descorado, roxo ou escuro, pode indicar anemia ou irrigação sanguínea inadequada para o estoma ou intestino (LIMA, 2017).</li> </ul>	a) Encaminhar para o serviço de referência.
2. Sangramento do estoma:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acontece devido a pressão causada sobre o estoma ou pela realização da incisão cirúrgica muito próxima. Ele também pode ocorrer devido à irritação do estoma na colocação da bolsa coletora de forma indevida tocando o estoma e com a limpeza excessiva durante a troca da bolsa.</li> </ul>	a) No momento de realizar a colocação da bolsa; fazer o recorte da bolsa deixando margem segura ao estoma, cerca de 2mm para proteger a pele (LIMA, 2017).
3. Hérnia paraestomal:	<ul style="list-style-type: none"> <li>É uma protuberância na pele ao redor do estoma, indicando que uma ou mais alças intestinais passaram pela área dissecada de fáscia muscular. É um tipo de hérnia incisional que se apresenta no local de exteriorização do estoma.</li> </ul>	a) Observar os sinais e sintomas: dor, sangramento, obstrução, volumosa massa na região abdominal, aparência estética diferente, dificuldade para fixação das bolsas coletoras, vazamentos e dermatites irritativas da pele periestoma. Se presentes, pode ser indicado cintos de apoio abdominais, e orientar o paciente em relação à prevenção da educação postural, do trabalho pesado e carregamento de peso, outras dificuldades também podem ser corrigidas com o uso de aparelhos de estoma flexíveis com tamanho adequado de aberturas e com a aplicação de protetores da pele. b) Encaminhar para avaliação com estomaterapeuta ou equipe responsável pois pode ser necessário correção cirúrgica com a colocação de uma malha, ou tela na parede abdominal (LIMA, 2017).

Figura04- Hérnia paraestomal:





Fonte: Gracia et al Apud Lima, 2017

Continuação

TIPOS DE COMPLICAÇÕES	CAUSAS	CUIDADOS PRINCIPAIS
<p><b>4. Retração do estoma</b>  <b>Figura.05- Retração de estoma</b></p>  <p>Fonte: Google imagens/ retração de estoma</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É geralmente uma complicação pós-cirúrgica imediata resultante da tensão no intestino, embora seja possível que ocorra em um período tardio em pacientes desnutridos, imunodeprimidos, obesos que manifestem dificuldade na cicatrização de feridas. É também caracterizado como afundamento e pode ser parcial ou total. A retração ocorre quando um estoma se encontra abaixo do nível da pele. A retração pode envolver um estoma inteiro, ou pode ser limitada à junção mucocutânea</li> </ul>	<p>a) A princípio o uso de dispositivo convexo e o cinto, pode resultar na melhora. De qualquer forma deve ser encaminhado para estomaterapeuta e/ou cirurgião responsável pois pode ser necessário intervenção para correção cirúrgica.</p>
<p><b>5. Prolapso:</b>  <b>Figura 06- Prolapso de estoma</b></p>  <p>Fonte: Google imagens/ prolapso de estoma</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um prolapso ocorre quando um comprimento de espessura total do intestino projeta-se pelo estoma. Consiste na condição em que a espessura total do intestino fica saliente pela abertura do estoma.</li> </ul>	<p>a) Identificar a dor, abaulamento, dificuldade no ato de encaixar a bolsa e assim apresentar possível irritação da pele. O tratamento é cirúrgico e o paciente deve ser encaminhado ao serviço de referência responsável.</p>

*Continuação*

TIPOS COMPLICAÇÕES	CAUSAS	CUIDADOS PRINCIPAIS
<p><b>6. Complicações Cutâneas:</b></p> <p><b>Figura 07-. Dermatite de contato estoma</b></p> <p>Figura 07- Dermatite de contato</p>  <p>Fonte: Google Imagens/ dermatite de contato estoma</p> <p><b>Figura 07 - Fistula em estoma</b></p>  <p>Fonte: Google Imagens/ fistula em estoma</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As complicações cutâneas são caracterizadas por lesões agudas ou crônicas, primárias ou secundárias com perda da integridade da pele periestoma. As complicações cutâneas mais frequentes são: dermatite de contato e a fistula.</li> </ul> <p>A dermatite de contato secundária, apresenta-se como uma reação alérgica a partir de qualquer produto, sendo que não é incomum produtos específicos do estoma apresentarem reações alérgicas. Os sintomas podem variar de leve eritema e coceira à ruptura da pele, bolhas, ardor e dor. A característica principal da dermatite alérgica é a presença de uma irritação. Neste caso se a causa for a própria bolsa é possível observar que a área lesada combinará perfeitamente com a forma tamanho da peça é aderida a pele.</p>	<p>a) Identificar se há produtos utilizados pelo estomizado que possa ser o causador da dermatite.</p> <p>b) Se não houver melhora ou a depender da intensidade da reação, solicitar avaliação médica para possível prescrição de esteroides e anti-histamínicos orais e não locais.</p>

Fonte: LIMA, 2017 (adaptado).

## CUIDADOS GERAIS COM OS COLETORES DE ELIMINAÇÃO

O tipo do coletor deve ser apropriado ao tipo de estomia (intestinal ou urinária) O tamanho da base do coletor em relação ao estoma é importante, assim é preciso certificar-se de que o tamanho que foi recortado é igual ao tamanho do estoma A guarda dos coletores de reserva deve ser em lugar arejado, limpo, seco e fora do alcance da luz solar, sem dobrá-los O esvaziamento dos coletores para colostomias deve ser feito sempre que necessário, conforme a necessidade do usuário, sendo possível a utilização de pequena quantidade de água sem pressão. O “Clamp”, espécie de clipe com presilhas, deverá ser fechado com segurança após o esvaziamento. Para tomar banho não é preciso tirar o coletor, mas se o usuário desejar, poderá proteger o coletor usando um plástico e fitas adesivas durante o banho. Isto vai garantir maior durabilidade e integridade da pele ao redor do estoma. Para realização das trocas das bolsas é necessário conhecer a durabilidade e o ponto de saturação (ponto máximo de durabilidade do coletor). A coloração da placa protetora (resina sintética) é amarela. É preciso trocar a bolsa quando estiver

ficando quase completamente branco (o chamado ponto de saturação). A partir daí há risco de descolamento e vazamento. Isto geralmente acontece após 4 dias da última troca. A troca deve ser feita preferencialmente na hora do banho porque é mais fácil descolar o adesivo. Proceder conforme já orientado anteriormente. Não aplicar nenhum material na pele, a menos que tenha sido indicado pelo estomaterapeuta. Repouso após troca. Após a troca da bolsa, procurar permanecer em repouso de 15 a 20 minutos, evitando se abaixar ou sentar, para ajudar que a bolsa tenha melhor aderência e evitar que o coletor descole. Se houver alterações ao redor da pele do estoma, como prurido, vermelhidão, pode ser necessário avaliação do estomaterapeuta pois pode tratar-se de uma reação alérgica e tornar-se um ferimento. Kit para saída de casa: ao sair de casa, o usuário deve ser orientado a levar um kit ou uma pequena bolsa contendo coletores de reserva já recortados, toalha de mão, sabonete neutro, um recipiente contendo água limpa (para limpar a pele) e um saco plástico (para desprezar a bolsa usada). A extremidade da bolsa pode ser limpa com lenço umedecido.

#### **CUIDADOS GERAIS COM ESTOMA E PERIESTOMA:**

**Cor e forma:** Observar sempre a cor (deve ser vermelho vivo), o brilho, a umidade, o tamanho e a forma. **Limpeza:** A limpeza do estoma deve ser feita delicadamente, não deve ser esfregada, pois pode sangrar facilmente. A limpeza da pele ao redor do estoma deve ser feita com água e seu sabonete, sem esfregar, não usar esponjas. Usar somente a espuma do sabonete. **Fezes:** Qualquer alteração ou ausência de saída de fezes por três dias ou mais, deverá ser comunicada imediatamente ao serviço de saúde. **Poda de pelos:** Os pelos ao redor do estoma devem ser aparados bem curtos, com tesoura. Não devendo ser raspados, para não provocar inflamação na raiz desses pelos. **Uso de Substâncias:** Não utiliza nenhuma substância como álcool, benzina, colônias, tintura de benjoim, mercúrio, merthiolate, pomadas e cremes. Estes produtos podem ressecar a pele, causar ferimentos e reações alérgicas, além de impedir a aderência do coletor, que pode descolar e vazar (INCA,2018).



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 54	DATA DE VALIDAÇÃO: _ / _ / _
DATA DA REVISÃO: _ / _ / _	
<b>COLETA DE SANGUE PARA TRIAGEM NEONATAL (TESTE DO PEZINHO)</b>	

EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiro.

OBJETIVOS: O objetivo do exame é detectar, de maneira mais efetiva, doenças genéticas e metabólicas que podem desencadear a deficiência intelectual comprometendo a saúde da criança.

RECURSOS NECESSÁRIOS: Álcool a 70%; Algodão; Caixa para descarte de material perfurocortante; EPI's (luva de procedimentos, óculos de proteção e jaleco); Lanceta estéril e descartável; Livros e impressos preconizados; Papel toalha; Papel filtro; Papel alumínio; Saco plástico transparente.

PROCEDIMENTO:

PRÉ COLETA:

1. Acolher o paciente e/ou acompanhante,
2. Preencher os dados da criança no papel filtro;
3. Se a criança ainda não foi registrada em cartório, pode-se colocar o nome da mãe, por exemplo, RN de (nome da mãe);
4. Evitar qualquer contato (mãos e substâncias) com os círculos do papel filtro;
5. Não usar abreviaturas e escrever com letra legível.

COLETA:

1. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento.

2. Reunir e organizar os materiais necessários;
3. Paramentar-se com os EPIs;
4. O responsável deve ficar em pé com a criança, segurando-a em posição vertical, proporcionando melhor irrigação sanguínea nos pés;
5. O profissional deve estar sentado de frente para o adulto que está segurando a criança;
6. Envolver o pé e o tornozelo da criança com os dedos indicador e polegar, deixando exposta a área a ser puncionada;
7. Massagear levemente o calcanhar do bebê, com o objetivo de aumentar o fluxo sanguíneo no local, proporcionando a obtenção de uma gota de sangue generosa;
8. Realizar antissepsia com álcool a 70% e aguardar a secagem completa do local;
9. Puncionar com lanceta em uma das duas áreas laterais da região do calcanhar;
10. Retire com algodão seco ou gaze a primeira gota que começa a se formar. Esta pequena gota pode conter fluido tecidual, o que causaria erros na análise;
11. Aguarde a formação de uma gota de sangue grande. O ideal é obter uma gota espessa, o suficiente para preencher todo o círculo;
12. Assim que a gota se formar, deve-se aproximar o papel filtro, encostando no meio do círculo. Fazer movimentos circulares com o papel filtro enquanto o círculo está sendo preenchido, para permitir a distribuição do sangue por toda sua superfície;
13. Verificar se o sangue preenche todo o círculo e se está bem visível no verso;
14. Repita o procedimento preenchendo todos os círculos impressos no papel filtro;
15. Se houver interrupção do sangramento massageie novamente o calcanhar com algodão seco e reinicie a coleta;
16. Aplicar um curativo compressivo no local da punção e desprezar os materiais utilizados nos seus recipientes adequados;
17. Orientar o responsável quanto ao retorno para buscar o resultado;
18. Registrar em prontuário o procedimento.

19. Depois de colhida, a amostra deverá secar adequadamente em posição horizontal (não pendurar) por cerca de 3 horas e livre de qualquer contato na região que contém o sangue. Deve-se mantê-la em condições mais naturais possíveis, evitando-se ao máximo qualquer situação artificial;

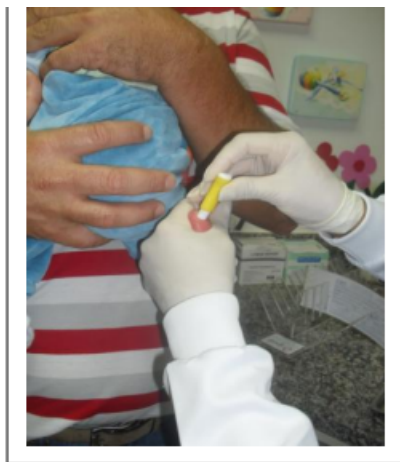
21. Depois de seco, o sangue deverá estar homogêneo e apresentar coloração amarronzada;

22. Após o processo de secagem, o material poderá ser empilhado e embalado para ir à geladeira. Essa providência evitará o ressecamento das amostras;

23. Enviar para a clínica da família a ficha após secagem para ser enviado à FEPE.

Observação: • Na região lateral do calcânhar, há menor possibilidade de a punção atingir o osso calcâneo, um dos principais problemas a serem evitados; • Capilares e agulhas não são instrumentos adequados para este tipo de punção e não devem ser utilizados; • Não há necessidade de jejum da criança; • Não preencher os espaços vazios dos círculos com pequenas gotas de sangue para completar a área total, pois, proporciona sobreposição da amostra e interfere nos resultados. Caso necessário, faça uma nova punção para obter a gota adequada. Esta deverá ser próxima da primeira, nunca no mesmo local, utilizando nova lanceta.





### PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>ORIENTAÇÕES SOBRE A COLOCAÇÃO DOS EPI's</b>	

EXECUTANTE: Todos os Profissionais da Saúde.

OBJETIVO: As precauções padrão incluem o uso de barreiras, como os Equipamentos de Proteção Individual - EPI's que devem ser utilizadas toda vez que houver a possibilidade de contato com sangue, secreções, excreções ou fluidos corpóreos, de pele não íntegra e mucosas, com exceção do suor. O uso de precaução padrão equivale a lavagem das mãos, uso de luvas, avental, máscara, óculos de proteção e cuidados dispensados aos materiais perfurocortantes.

## COLOCAÇÃO DOS EPI's

A indicação é que a utilização dos EPI siga a seguinte ordem:

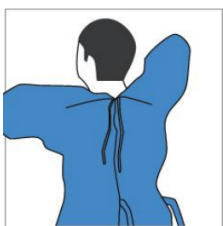
1- Avental ou capote; 2- Máscara cirúrgica; 3- Óculos ou protetor facial; 4- Luvas. No caso de procedimentos geradores de aerossóis: 1- Avental ou capote; 2- Máscara de proteção respiratória N95/PPF2; 3- Óculos ou protetor facial; 4- Gorro ou touca; 5- Luvas.

Importante: Antes de iniciar a paramentação, lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.

### AVENTAL OU CAPOTE



- 1 Vista o avental ou capote primeiramente pelas mangas, ajustando as amarras nas costas e cintura.



- 2 Certifique-se de que o tronco esteja totalmente coberto, bem como os braços e os punhos.

### MÁSCARA CIRÚRGICA

Lembre-se:

- Máscaras de tecido não são recomendadas para uso pelo profissional de saúde.
- Não reutilize máscaras descartáveis.
- Enquanto estiver em uso, evite tocar na parte da frente da máscara.
- Troque a máscara quando estiver úmida ou sempre que for necessário (recomendado troca a cada 2 horas de uso).



- 1 Verifique se a máscara não está danificada.
- 2 Utilize o clipe nasal como referência para identificar a parte superior.
- 3 Coloque a máscara em seu rosto e prenda as alças atrás da cabeça, mantendo-as paralelas (nunca cruzadas).



- 4 Aperte o clipe nasal ou a borda rígida da máscara para que ela se adapte ao formato do seu nariz, visando minimizar espaços entre a face e a máscara.
- 5 Puxe a parte inferior da máscara para que ela cubra sua boca e seu queixo.

#### Como colocar

Primeiro, é preciso higienizar as mãos. A pessoa deve **cobrir o nariz e a boca**, verificando se não há espaços entre ela e o rosto. É importante não tocar na máscara durante o uso



#### Cuidado ao retirar

A remoção deve ser **por trás e sem tocar na frente da máscara**.



## MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA

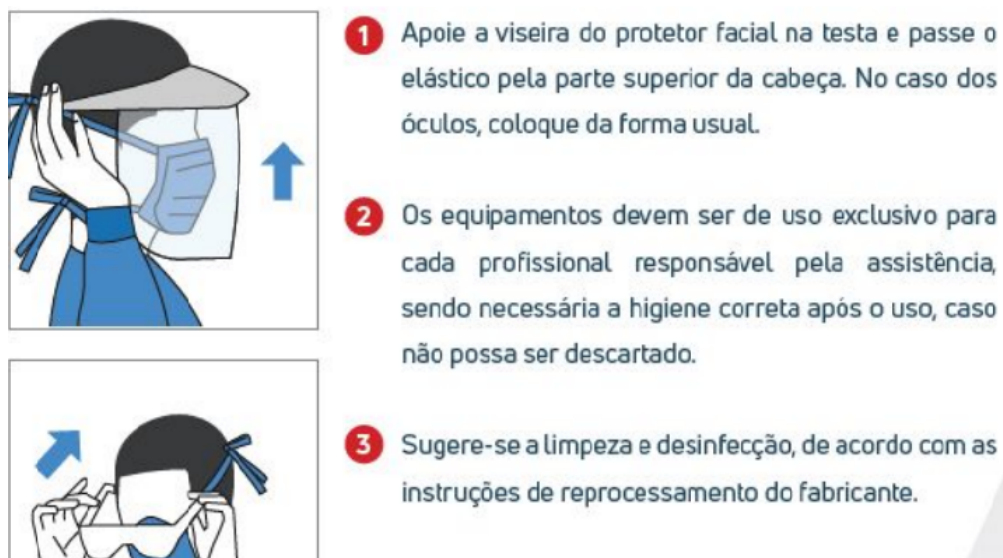
(máscara de alta filtragem do tipo N 95, PFF2 ou equivalente) Lembre-se: • Indicada para uso em procedimentos que geram aerossóis. • A máscara de proteção respiratória deverá estar apropriadamente ajustada à face. • A forma de uso, manipulação e armazenamento deve seguir as recomendações do fabricante e nunca deve ser compartilhada entre profissionais.



**IMPORTANTE:** Verificação negativa da vedação.

- Inspire profundamente. Se não houver vazamento, a pressão negativa fará o respirador agarrar-se no seu rosto (murchar). Verificação positiva da vedação:
- Expire profundamente.
- Uma pressão positiva dentro da máscara significa que não tem vazamento, a máscara irá inflar no rosto.

## ÓCULOS DE PROTEÇÃO OU PROTETOR FACIAL



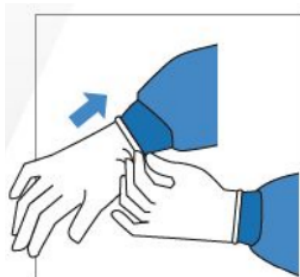
## GORRO OU TOUCA

Lembre-se: O cabelo deve estar preso.



- 1 Colocar o gorro ou a touca na cabeça começando pela testa, em direção à base da nuca.
- 2 Adaptar na cabeça de modo confortável, cobrindo todo o cabelo e as orelhas.
- 3 Sempre que o gorro ou a touca apresentarem sinais de umidade, devem ser substituídos por outro.

## LUVAS



- 1 Calce as luvas e estenda-as até cobrir o punho do avental de isolamento.
- 2 Troque as luvas sempre que for necessário ou quando for entrar em contato com outro paciente.
- 3 Troque as luvas durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo, ou quando essa estiver danificada.
- 4 Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas.
- 5 Não lavar ou usar novamente o mesmo par de luvas. As luvas não devem ser reutilizadas.
- 6 O uso de luvas não substitui a higiene das mãos.
- 7 Proceder à higiene das mãos imediatamente após a retirada das luvas.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>ORIENTAÇÕES PARA RETIRADA DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIs) PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>	

EXECUTANTE: Todos os Profissionais da Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAIS: EPI's.

**A indicação é que a retirada dos EPIs sigam a seguinte ordem:**

1º Luvas

2º Avental ou capote

3º Óculos ou protetor facial

**4º Máscara cirúrgica No caso de procedimentos geradores de aerossóis:**

1º Luvas

2º Avental ou capote

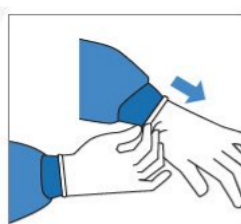
3º Gorro ou touca

4º Óculos ou protetor facial

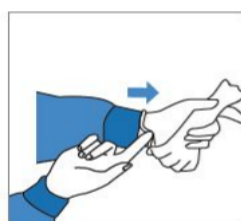
5º Máscara de proteção respiratória

### LUVAS

Lembre-se: Durante a retirada das luvas evite tocar o lado externo, pois elas estarão contaminadas.



**1** Com as duas mãos enluvadas, segure a parte externa de uma luva na parte superior do pulso.



**2** Retire esta primeira luva, afastando-se do corpo e do pulso até as pontas dos dedos, virando a luva de dentro para fora.

**3** Segure a luva que você acabou de remover em sua mão enluvada.

**4** Com a mão sem luva, retire a segunda luva inserindo os dedos dentro da luva na parte superior do pulso.

**5** Vire a segunda luva do avesso enquanto a inclina para longe do corpo, deixando a primeira luva dentro da segunda.

## AVENTAL OU CAPOTE



- 1 Abra as tiras e solte as amarras.
- 2 Empurre pelo pescoço e pelos ombros, tocando apenas a parte interna do avental/capote.



- 3 Retire o avental/capote pelo avesso.
- 4 Dobre ou enrole em uma trouxa e descarte em recipiente apropriado.



- 5 Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.

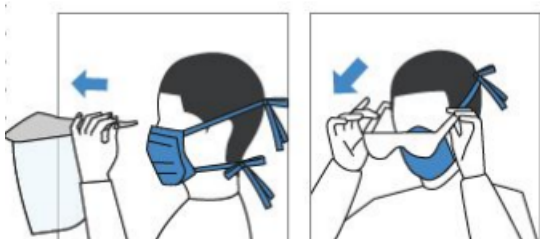
## GORRO OU TOUCA

Lembre-se: O Gorro é retirado após o avental ou capote.



- 1 Para retirar a touca/gorro, puxe pela parte superior central, sem tocar nos cabelos.
- 2 Descarte a touca/gorro em recipiente apropriado.
- 3 Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.

## ÓCULOS DE PROTEÇÃO OU PROTETOR FACIAL



- 1 Remova pela lateral ou pelas hastes, considerando que a parte frontal está contaminada.
- 2 A limpeza e a desinfecção devem ser realizadas de acordo com as instruções de reprocessamento do fabricante.

## MÁSCARA CIRÚRGICA

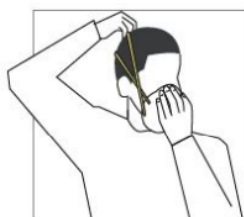
Lembre-se: Durante a retirada da máscara evite tocar a parte frontal, pois ela estará contaminada!



- 1 Segure as alças inferiores e depois as alças ou elástico superiores e remova-a.
- 2 Descarte em uma lixeira.
- 3 Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.

## MÁSCARAS DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA

(máscara de alta filtração do tipo N95, PFF2 ou equivalente)



- 1 Segurar o elástico inferior com as duas mãos, passando-o por cima da cabeça para removê-lo.
- 2 Segurar o elástico superior com as duas mãos, passando-o por cima da cabeça para removê-lo.
- 3 Remover a máscara segurando-a pelos elásticos, tomando bastante cuidado para não tocar na superfície interna.
- 4 Acondicione a máscara em um saco ou envelope de papel com os elásticos para fora, para facilitar a retirada posteriormente, no caso de reutilização.
- 5 Nunca coloque a máscara já utilizada em um saco plástico, pois ela poderá ficar úmida e potencialmente contaminada.
- 6 Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.

### IMPORTANTE:

• A máscara cirúrgica não deve ser sobreposta à máscara N95 ou equivalente, pois além de não garantir proteção de filtração ou de contaminação, também pode levar ao desperdício de mais um EPI, o que pode ser muito prejudicial em um cenário de escassez. • Excepcionalmente, em situações de carência de insumos e para atender a demanda da epidemia da COVID-19, a máscara N95 ou equivalente poderá ser reutilizada pelo mesmo profissional, desde que cumpridos passos obrigatórios para a retirada da máscara sem a contaminação do seu interior.

**ATENÇÃO:** Não se deve circular pela rua utilizando os EPIs. Estes devem ser imediatamente removidos antes da saída da Divisão de Saúde. As informações

contidas neste documento representam medidas de prevenção e controle relacionadas à COVID-19, em consonância com as determinações do Ministério da Saúde e Anvisa. Estas orientações podem ser atualizadas ou alteradas sempre que necessário.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>TESTAGEM RÁPIDA PARA SÍFILIS ATRAVÉS DO KIT SÍFILIS BIO - BIOCLIN</b>	

**EXECUTANTE:** - Profissionais da Saúde de Nível Superior, devidamente capacitados para Execução de Testagem Rápida, portar certificado.

**OBJETIVO:** O kit Sífilis Bio da marca Bioclin é um método imunocromatográfico para determinação rápida e qualitativa de anticorpos totais (IgG, IgM e IgA) anti-Treponema pallidum em amostras de soro, plasma ou sangue total.

**MATERIAIS:** EPI's

**Materiais:** - Instrução de Uso - Embalagem de Alumínio contendo: - Dispositivo de Teste (Denominado Cassete); - Sachê de Sílica; - Diluente - Pipeta Plástica Descartável; - Lanceta.

- Bandeja; - Luva de Procedimento; - Algodão ou gaze; - Álcool a 70%; - Cronômetro ou relógio; - Descarte para material biológico potencialmente infectante; - Caneta com ponta porosa de 1mm e tinta permanente para escrever em plástico ou vidro; - Equipamentos de Proteção Individual; - Avental; - Óculos de proteção ou protetor facial; - Jaleco ou avental.

**PROCEDIMENTO:**

Para realização do teste é necessário que o kit e as amostras estejam à temperatura ambiente.

- Retirar o dispositivo de teste (cassete) da embalagem protetora, colocá-lo sobre uma superfície limpa e nivelada, e identificá-lo de forma adequada.

- Selecionar um dos dedos “Indicador, Médio ou Anelar” para fazer a punção. Pressionar a ponta do dedo que será perfurada pela lanceta para acúmulo de sangue nesta região.
- Passar álcool 70% (p/p) na ponta do dedo para assepsia da área utilizada.
- Remover a tampa de proteção da lanceta, - Posicionar e pressionar a lanceta com firmeza sob a área a ser puncionada. Em seguida, o sangue sairá pela área perfurada.
- Coletar o sangue com auxílio da pipeta plástica descartável que acompanha o kit. Aperte a pipeta plástica acima do traço marcado e encoste a cavidade aberta da pipeta plástica na gota de sangue. Alivie a pressão na pipeta plástica para que o sangue seja aspirado. Aspire o sangue até o traço marcado na pipeta plástica descartável (equivalente a 10 µL de sangue).
- No poço de amostra, poço menor (A), dispensar o sangue pressionando novamente a pipeta.
- Segurar o frasco de Diluente (Reagente nº 2) verticalmente e aplicar 2 gotas (70 µL) no poço de diluente, poço maior (B).
- Aguardar a formação das linhas. Interpretar os resultados entre 15 e 30 minutos. Não interpretar após 30 minutos.

### INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:

**NÃO REAGENTE:** Quando o resultado for não reagente, aparecerá somente uma linha colorida na área de controle ©.



Figura 2 – Interpretação de resultado não reagente no kit Sífilis Bio Biotin.

### REAGENTE

A amostra é considerada reagente para Sífilis quando surgem duas linhas coloridas na janela de leitura: linha colorida na área de controle (C) e uma linha colorida na

área de teste (T).

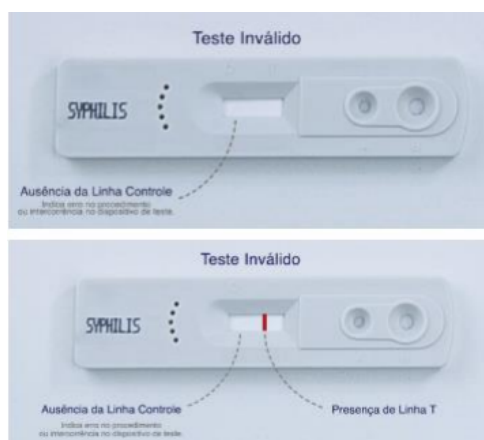


Figura 1 – Interpretação de resultado reagente para Sifilis no kit Sifilis Bio Bioclin.

## RESULTADO INVÁLIDO

- O teste inclui um sistema de controle interno de migração, representado por uma linha colorida que aparece na área de controle (C). Conforme indicado no folheto que contém as instruções de uso definidas pelo fabricante, essa linha confirma que o resultado obtido é válido. Se a linha de controle (C) não aparecer dentro do tempo determinado pelo fabricante para leitura do resultado – isto é, entre 15 e 30 minutos após a adição do diluente, o teste não será considerado válido, mesmo que apareça alguma linha colorida na área de teste (T).

- Se o problema persistir, não utilize mais nenhum teste desta embalagem. Guarde o kit utilizado, abra um chamado imediatamente no Serviço de Assessoria ao Cliente (SAC) da Bioclin. - Um resultado não reagente não exclui totalmente a possibilidade de infecção por Sífilis. Vide Nota nº5. - O kit de Sífilis Bio é um teste para detecção de anticorpos totais (IgG, IgM e IgA) anti-Treponema pallidum. Resultados isolados do teste não podem ser utilizados para diagnóstico definitivo, necessitando de outros testes complementares.



Figuras 3 – Testes Inválidos

## CONTROLE DE QUALIDADE:

- O kit Sífilis Bio – Bioclin é estável durante todo o seu prazo de validade, se observado as condições listadas abaixo: - O kit deve ser armazenado entre 2 e 30°C, conforme indicado no rótulo do produto. - Os componentes do kit devem ficar armazenados na embalagem original do produto. - Não congelar. - Não expor o kit ao sol ou a altas temperaturas (acima de 45°C). - Proteger da umidade. - Não utilizar kit fora da data de validade. O prazo de validade está indicado no rótulo do produto. - Manter o Dispositivo de Teste (Cassete) dentro da embalagem de alumínio até a utilização do teste. - Não misturar reagentes de kits com mesmo lote ou com números de lotes diferentes. - O Dispositivo de Teste (Cassete) é descartável e não pode ser reutilizado. - Os cassetes não apresentam substâncias contaminantes, mas como as amostras são biológicas, as rotinas de segurança devem ser seguidas com rigor e o uso de luvas descartáveis é imprescindível. - O cassete (dispositivo de teste), a pipeta plástica e a lanceta são descartáveis e não podem ser reutilizados. - Os materiais do kit que tiveram contato com a amostra do paciente devem ter um destino especial. O descarte das lancetas deve ser feito em lixo perfurocortante. As pipetas, os cassetes (dispositivos de teste) e frascos de diluente devem ser descartados em lixo biológico. - Embalagem secundária (caixa), Instruções de Uso, envelope de alumínio e sachê de sílica podem ser descartados em lixo comum. - Recomendamos aplicar as normas locais, estaduais e federais de proteção ambiental para que o descarte dos reagentes e do material biológico seja feito de acordo com a legislação vigente.

### **Rastreabilidade**

Garantir sempre que todo processo de testagem possa ser rastreado Se tivermos anotado:

- Kits: – nº lote/validade
- Controle de temperatura Geladeira/temperatura
- Usuário: – Data atendimento – nº exame/paciente
- Profissional: – Início/término atividades – Certificados/rubrica

**NOTAS:** - A linha na região controle aparecerá antes dos 15 minutos de incubação do teste, e isso não significa que os resultados possam ser interpretados antes do

tempo previsto. - É importante o uso do volume correto de amostra, pois volumes inferiores ou superiores podem determinar resultados errôneos. - Os resultados fornecidos por este kit devem ser interpretados pelo profissional responsável, não sendo o único critério para a determinação do diagnóstico e/ ou tratamento do paciente. - O kit Sífilis Bio detecta anticorpos contra *Treponema pallidum* em todas as fases da doença, sem se restringir a uma fase específica. - Na sífilis primária, os anticorpos começam a surgir na corrente sanguínea cerca de 7 a 10 dias após o aparecimento do cancro duro. No entanto, é importante ressaltar que o tempo para soroconversão pode variar a cada indivíduo.

Portanto, um resultado não reagente no kit Sífilis Bio não exclui a infecção por *T. pallidum*. Caso persista a suspeita de infecção, uma nova amostra deve ser coletada após 30 dias para repetição do teste. - Os testes imunológicos para sífilis são classificados como não treponêmicos e treponêmicos. O kit Sífilis Bio - Bioclin é um teste treponêmico. - Para mais informações sobre a técnica de venopunção e os outros tipos de amostras que podem ser utilizadas, leia a Instrução de Uso do kit Sífilis Bio - Bioclin.

**MANUAL TÉCNICO PARA O DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS:** Segundo o Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis, aprovado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº N° 2.012, de 19 de Outubro de 2016, resultados isolados do teste não podem ser utilizados para o diagnóstico definitivo. Um resultado reagente para Sífilis no teste treponêmico, utilizando o kit Sífilis Bio - Bioclin, deve ser confirmado conforme orientações do manual. Para mais informações sobre como realizar um diagnóstico seguro acesse o manual na página: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br).



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>Teste Rápidos de HIV de Fluxo Lateral</b>	

**EXECUTANTE:** Profissionais da Saúde de Nível Superior, devidamente capacitados para Execução de Testagem Rápida, portar certificado.

**OBJETIVO:** Investigar a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), pela tecnologia de imunocromatografia de fluxo lateral.

**Material:** Equipamentos de proteção individual (EPIs): luvas descartáveis, óculos de proteção ou protetor facial, avental; Algodão; Álcool 70 %; Lanceta; Dispositivo de teste (Cassete ou fita); Dispositivo de coleta (Capilar calibrado, pipeta ou alça); Diluente (Solução tampão); Laudo; Caneta, preferencialmente esferográfica; Cronômetro ou relógio; Papel absorvente; Recipientes para descarte de lixo seco, de material biológico e perfurocortante; Material para registro - Computador (prontuário eletrônico) ou prontuário físico.



- 1 20 embalagens de alumínio contendo 1 dispositivo de teste e 1 sachê de sílica dessecante cada;
- 2 1 frasco de tampão diluente;
- 3 20 lancetas de segurança;
- 4 2 frascos contendo 10 pipetas capilares cada;
- 5 1 instrução de uso.

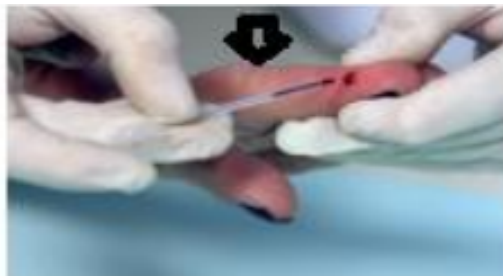


KIT de teste TR DPPH HIV 1/2 de Bio-Manguinhos.

### PROCEDIMENTO:

1. Orientar o usuário referente ao procedimento que será realizado;
2. Reunir o material;
3. O teste deve estar na temperatura ambiente na hora da execução;

4. Preencher o laudo com informação do usuário e teste, deixando o registro do resultado para o momento posterior a leitura do resultado;
5. Estar de jaleco;
6. Higienizar as mãos;
7. Colocar óculos de proteção;
8. Calçar as luvas;
9. Identificar a mão e o dedo com melhor vascularização, sem calosidades e sujidade;
10. Abrir o envelope do dispositivo de teste apenas no momento da realização do exame;
11. Retirar o dispositivo de teste do envelope colocando-o em uma superfície plana, livre de vibração, limpa e forrada por uma folha de papel absorvente descartável;
12. Atentar para a presença da sílica no envelope de teste, sendo a sua ausência ou cor alterada motivo para a realização de descarte;
13. Identificar o dispositivo de teste com as letras iniciais do nome do usuário;
14. Proceder movimento de ordenhar para favorecer o fluxo sanguíneo na região;
15. Realizar a antissepsia do local a ser puncionado com algodão contendo álcool 70 %;
16. Secar a área com algodão seco;
17. Proceder a punção pressionando o dedo com a lanceta;
18. Realizar a coleta de sangue utilizando o instrumento e volume indicado pelo fabricante e não encostar a pipeta no filtro;



19. Utilizar o tampão/reagente do referido teste no volume indicado pelo fabricante;

20. Aguardar o tempo para leitura do teste conforme indicado pelo fabricante não realizar antes nem depois da orientação do fabricante;

### Interpretação dos resultados:

- Somente profissional de nível superior pode laudar o teste rápido.
- A interpretação do resultado deve seguir os critérios estabelecidos pelo fabricante na bula do teste.



- A linha colorida na área de teste (T) poderá apresentar variações na intensidade da cor, porém, mesmo quando a coloração que surgir tiver uma intensidade muito fraca, a amostra será considerada reagente.
- Em caso de suspeita de infecção pelo HIV-2, siga as orientações do Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV.



- Descartar os materiais conforme a indicação;
- Preencher o formulário do Laudo completo contendo os seguintes dados: Nome Completo (sem abreviações), Data de Nascimento, Data da realização do exame, Número de documento oficial com foto (RG, Carteira

de trabalho, Cartão Canoas Saúde), Unidade que executou o teste, Nome do fabricante do teste, Lote da caixa do teste, Data de validade da caixa do teste.

- No laudo só colocar resultado usando a terminologia reagente ou não reagente conforme leitura.
- O laudo deverá apresentar-se legível, sem rasuras na sua transcrição; só colocar resultado usando a terminologia reagente ou não reagente conforme leitura.
- O laudo deverá ser datado, carimbado e assinado por profissional habilitado.

### Encaminhamentos:

- Realizar o aconselhamento individualizado com foco nas definições da prevenção combinada conforme mandala;



- Fornecer o resultado acompanhado do laudo, mediante apresentação de documento com foto.
- Caso o usuário não possuir documento com foto fornecerá o resultado somente verbalmente.
- Registrar no prontuário do usuário o procedimento realizado, resultado obtido

e encaminhamentos caso necessário.

- Em pacientes gestantes, registrar na Carteira de Gestante (pré-natal).
- No caso de resultado Não reagente para HIV uma nova amostra deverá ser coletada em 30 dias após a data da coleta desta amostra e ressaltar que a manutenção depende de práticas seguras.
- No caso de resultado reagente para HIV deve-se realizar a coleta do segundo teste conforme Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses determinado pela Portaria n.º 29 de 17 de dezembro de 2013 e podemos ter os seguintes resultados:
  - Teste 1 reagente + Teste 2 reagente = Resultado Final Reagente segue o fluxo da PVHA (Pessoa que vive com HIV/AIDS) na atenção básica.
  - Teste 1 Reagente + Teste 2 Não Reagente = Resultado Final Indeterminado não se anota nenhum resultado no laudo e solicita coleta de uma amostra por punção venosa e submeter ao fluxograma mínimo de diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, conforme portaria 151/2009 e informa verbalmente do resultado indeterminado.
  - A realização do teste não é indicada para a investigação da infecção pelo HIV em crianças com idade inferior a 18 meses. Isto porque, nas amostras das crianças, podem ser detectados anticorpos maternos transferidos ao bebê por via placentária. O diagnóstico em crianças abaixo de 18 meses deve ser realizado por meio de testes moleculares.

#### Observações

- O teste deve ser armazenado dentro da temperatura indicada no rótulo do produto. Não podendo ser congelado ou exposto ao sol e a altas temperaturas.
- O laudo pode ser atestado somente por profissional de nível superior e poderá ser entregue somente mediante apresentação de documento com foto.
- Um resultado não reagente não exclui a possibilidade de infecção por HIV deve ser sempre interpretado em conjunto com as informações clínicas do indivíduo testado devido ao período de janela imunológica e uma nova amostra deverá ser coletada em 30 dias após a data da coleta desta amostra e ressaltar que a manutenção depende de práticas seguras.
- Todas as amostras devem ser consideradas potencialmente infectantes, e devem ser

manipuladas e descartadas de acordo com as precauções de utilização e descarte recomendadas no Brasil pela RDC N° 222, de 28 de março de 2018, ou em conformidade com a regulamentação em vigor no país de utilização.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>COLETA DE MATERIAL PARA DIAGNÓSTICO DE COVID-19 SWAB NASOFARÍNGEO</b>	

**EXECUTANTE:** Profissionais da Saúde de Nível Superior, devidamente capacitados para Execução de Testagem Rápida, portar certificado.

**OBJETIVO:** Padronizar a coleta e encaminhamento de amostras de swab para diagnóstico de COVID-19.

**MATERIAIS NECESSÁRIOS:** 1. Kit de coleta de material 2. Lenço de papel 3. Gaze 4. SF 0,9 % - 10 ml 5. EPIs: Gorro; Óculos de proteção; Avental impermeável; Luva de procedimento; Máscara N95 ou PFF2 6. Notificação compulsória 7. Caixa de isopor 8. Gelox 9. Termômetro 10. Espátula.

### **Médico:**

Solicitar coleta de exame RT-PCR; Preencher ficha de notificação compulsória e imprimir.

Fazer termo de isolamento conforme resultado.

### **Enfermeiro:**

Separar todos os materiais; Identificar o tubo com o nome do paciente sem abreviação e o nome do hospital; Higienizar as mãos; Colocar os EPIs; Avaliar permeabilidade do nariz e boca, caso paciente consciente, solicitar que assoe o nariz em um lenço de papel, se paciente inconsciente realizar a limpeza da cavidade nasal; Posicionar o paciente para a coleta, com a cabeça reclinada para trás e encostada, para evitar movimentos durante o processo de coleta.

### **Swab nasofaringe:**

1. Inserir o swab através da cavidade nasal, até atingir a nasofaringe;
2. Realizar movimentos suaves de fricção e rotação e depois, deixar o swab imóvel por 10 segundos na nasofaringe;
3. Retirar devagar, realizando movimentos suaves de rotação;
4. Repita o procedimento na outra narina;
5. Colocar o swab nasofaringe no tubo de falcon;
6. Quebrar a haste do aplicador;
7. Fechar a tampa.

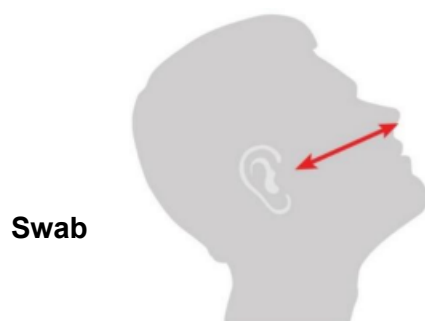


FIGURA 01

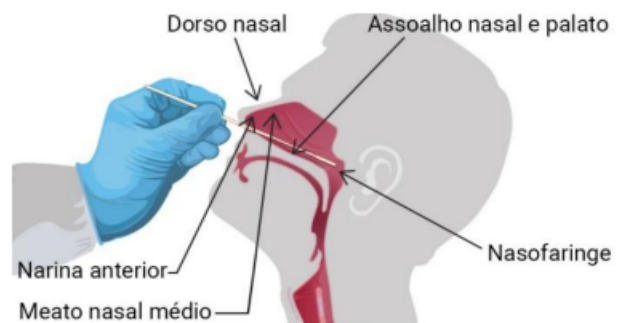


FIGURA 02

### Orofaringe:

1. Inserir o swab na região das amígdalas e faringe posterior com ajuda da espátula de madeira; Esfregar nas duas amígdalas e na faringe posterior.
2. Colocar o swab orofaringe no tubo de falcon;
3. Quebrar a haste do aplicador;
4. Fechar a tampa.

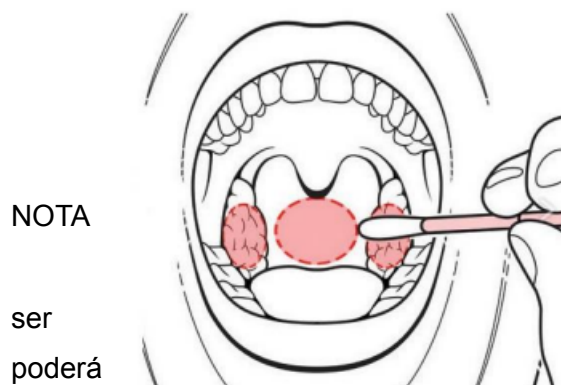


FIGURA 03

1. Em caso de impossibilidade de coleta por bloqueio septo nasal, o procedimento deverá ser realizado pela orofaringe. 2. A amostra só ser encaminhada até 48 horas após a coleta.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>TESTE RÁPIDO HEPATITE B (HBsAg)</b>	

**EXECUTANTE:** Profissionais da Saúde de Nível Superior, devidamente capacitados para Execução de Testagem Rápida, portar certificado.

**OBJETIVO:** Padronizar o uso dos Testes Rápidos para Hepatite B (HBsAg) nas Unidades de Saúde

**MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Materiais Necessários: Teste que estiver em uso; Material recomendado pelo Teste em estoque; Instrução de uso do Kit; Descarte biológico e perfurocortante; Cronômetro ou Relógio; Álcool 70%; Algodão ou gaze; Luvas descartáveis; Jaleco ou avental; Óculos de proteção facial; Máscara; Touca.

### PROCEDIMENTO:

A) Utilização: O TR é uma ferramenta importante para a ampliação da possibilidade de diagnóstico para Hepatite B (HBsAg). Esse teste permite identificar oportunamente o indivíduo portador de hepatite B e realizar os devidos encaminhamentos para a complementação diagnóstica e para a vinculação da pessoa ao serviço de saúde.

B) Quem pode ser testado?

Comunicantes de pessoas vivendo com Hepatites Virais;

Acidentes biológicos ocupacionais;

Gestantes durante o pré-natal, parturientes e puérperas não testadas no pré-natal ou com resultado do teste desconhecido no momento do parto;

Pacientes com indicação de terapias quimioterápica ou imunossupressora;  
Abortamento espontâneo, independente da idade gestacional;  
Pessoas em situação de violência sexual;  
Indivíduos portadores de outras ISTs;  
Pacientes em hemodiálise;  
Pacientes portadores de HCV;  
Pacientes com suspeita de doença hepática e/ou aumento sérico de alfafetoproteína;  
Doadores de sangue, plasma, órgãos, tecidos e sêmen.  
Populações Prioritárias: homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, pessoas privadas de liberdade, indivíduos em situação de rua, indígenas, quilombolas.

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Para realização do teste é necessário que o Kit e as amostras estejam em temperatura ambiente. (1) Informar ao usuário ou acompanhante sobre o procedimento; (2) Higienizar as mãos; (3) Verificar a data de validade do teste antes de abrir a embalagem. Seguir orientações conforme a bula (4) Retirar o Dispositivo de Teste (cassete) da embalagem protetora, colocá-lo sobre uma superfície limpa e nivelada, e identificá-lo de forma adequada;



(5) Selecione um dos dedos “Indicador, Médio ou Anelar” para fazer a punção. Pressionar levemente a ponta do dedo, onde será feita a punção, para acúmulo de sangue nesta região.



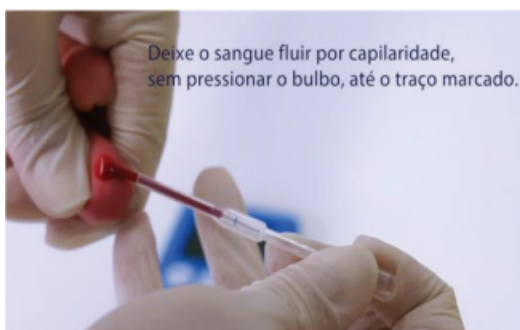
(6) Passar álcool 70% na ponta do dedo para assepsia da área a ser utilizada;



(7) Remover a tampa de proteção da lanceta.

(8) Posicionar e pressionar a lanceta com firmeza. Em seguida, uma gota de sangue sairá pela área puncionada.

(9) Coletar o sangue com auxílio da pipeta plástica descartável que acompanha o Kit. Encoste a pipeta sobre a gota de sangue e deixe o sangue fluir por capilaridade, sem pressionar o bulbo, até o traço marcado na pipeta plástica descartável;



(10) No poço da amostra, dispensar o sangue, pressionando o bulbo da pipeta;



(11) Segurar o frasco de Diluente (Reagente) verticalmente e aplicar a quantidade de diluente solicitada pelo fabricante no poço de amostra, evitando a formação de bolha.



(12) Aguardar a formação das linhas. Interpretar o resultado conforme o tempo determinado pelo Fabricante do Teste. Não ultrapassar o tempo máximo determinado pelo fabricante.

Todas as amostras devem ser consideradas potencialmente infectantes e devem ser manipuladas e descartadas de acordo com as precauções de utilização e descarte recomendadas pela RDC/ANVISA Nº 306/2004.

### **Resultado Reagente**

A amostra é considerada reagente para HBsAg quando surgem duas linhas coloridas na janela de leitura: linha colorida na área de controle (C) e uma linha colorida na área de teste (T).



### **Resultado Não Reagente**

Quando o resultado for não reagente, aparecerá somente uma linha colorida na área de controle (C).



### Teste Inválido

O teste será considerado inválido quando não aparecer a linha de controle (C) no tempo determinado pelo fabricante para a leitura do resultado, isto é, entre o tempo mínimo e máximo após a adição do diluente, mesmo que apareça alguma linha colorida na área de teste (T).



**IMPORTANTE:** Neste caso, outro teste deverá ser realizado. Se o problema persistir, não utilize nenhum teste desta embalagem. Guarde o Kit utilizado, abra um chamado imediatamente no Serviço de Assessoria ao Cliente do Laboratório (SAC) e informe a Gerência da Área Técnica de Hepatites Virais e a Área de Laboratório (LAB) do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais (DIAHV).

### NOTAS

1. O Kit de HBsAg é um teste inicial para detecção de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B. Resultados isolados do teste não podem ser utilizados para diagnóstico definitivo, necessitando de outros testes complementares.

2. Devem ser respeitados o volume para amostra e diluente na realização do teste.
3. Os resultados fornecidos pelo teste devem ser interpretados pelo profissional responsável, não sendo o único critério para a determinação do diagnóstico e/ou tratamento do paciente.
4. Um resultado não reagente não exclui a possibilidade de infecção com o vírus da Hepatite B (HBV), pois a concentração de HBsAg na amostra pode variar de acordo com as condições do indivíduo no momento de realização do teste ou pela presença de anticorpos anti-HBs.
5. Caso persista a suspeita de infecção pelo HBV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta da primeira amostra para a realização de um novo teste.
6. Este Kit foi validado somente para amostras de soro, plasma e sangue total. Não utilizar outros líquidos biológicos ou pool de amostra.
7. O Kit permite a detecção de HBsAg em todas as fases da infecção, aguda ou crônica, desde que em níveis detectáveis.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>Teste Rápido de Hepatite C de Fluxo Lateral</b>	

**EXECUTANTE:** Profissionais da Saúde de Nível Superior, devidamente capacitados para Execução de Testagem Rápida, portar certificado.

**OBJETIVO:** Investigar anticorpo anti-HCV, por método imunocromatográfico usando antígenos sintéticos e recombinantes imobilizados na membrana para identificação seletiva de anti-HCV em amostras de sangue total.

**MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Equipamentos de proteção individual (EPIs): luvas descartáveis, óculos de proteção ou protetor facial, avental; Algodão; Álcool 70 %; Lanceta; Dispositivo de teste (Cassete ou fita); Dispositivo de coleta (Capilar calibrado, pipeta ou alça); Diluente (Solução tampão); Laudo; Caneta, preferencialmente esferográfica; Cronômetro ou relógio; Papel absorvente; Recipientes para descarte de lixo seco, de material biológico e perfurocortante; Material para registro - Computador (prontuário eletrônico) ou prontuário físico.

**Descrição da Atividade:**

1. Orientar o usuário referente ao procedimento que será realizado;
2. Reunir o material;
3. O teste deve estar na temperatura ambiente na hora da execução;
4. Preencher o laudo com informação do usuário e teste, deixando o registro do resultado para o momento posterior a leitura do resultado;
5. Estar de jaleco;
6. Higienizar as mãos;

7. Colocar óculos de proteção ou protetor facial;
8. Calçar as luvas;
9. Identificar a mão e o dedo com melhor vascularização, sem calosidades e sujidade;
10. Abrir o envelope do dispositivo de teste apenas no momento da realização do exame;
11. Retirar o dispositivo de teste do envelope colocando-o em uma superfície plana, livre de vibração, limpa e forrada por uma folha de papel absorvente descartável;
12. Atentar para a presença da sílica no envelope de teste, sendo a sua ausência ou cor alterada motivo para a realização de descarte;
13. Identificar o dispositivo de teste com as letras iniciais do nome do usuário;
14. Proceder movimento de ordenhar para favorecer o fluxo sanguíneo na região;
15. Realizar a antissepsia do local a ser puncionado com algodão contendo álcool 70 %;
16. Secar a área com algodão seco;
17. Proceder a punção pressionando o dedo com a lanceta;
18. Realizar a coleta de sangue utilizando o instrumento e volume indicado pelo fabricante e não encostar a pipeta no filtro;



19. Utilizar o tampão/reagente do referido teste no volume indicado pelo fabricante;
20. Aguardar o tempo para leitura do teste conforme indicado pelo fabricante não realizar antes nem depois da orientação do fabricante;

### **Interpretação dos resultados:**

- Somente profissional de nível superior pode laudar o teste rápido.
- A interpretação do resultado deve seguir os critérios estabelecidos pelo fabricante na bula do teste.



Figura 5 - Resultado não reagente

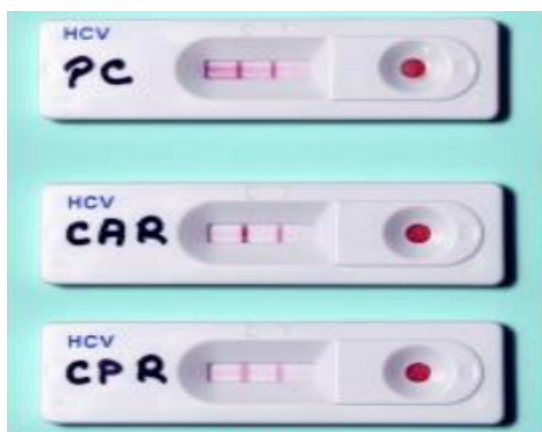
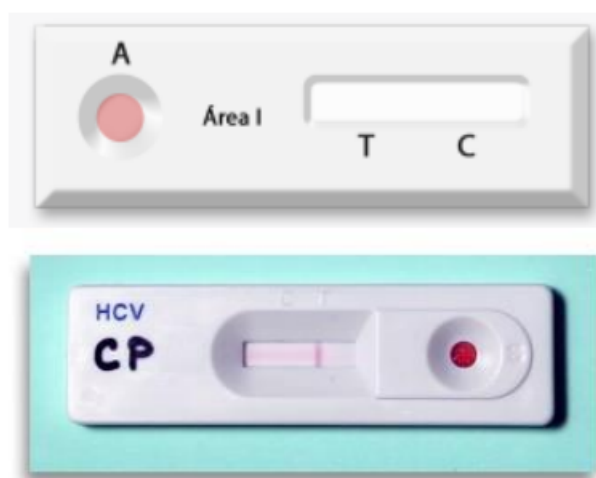


Figura 6 - Resultado reagente

A linha colorida na área de teste (T) poderá apresentar variações na intensidade da cor, porém, mesmo quando a coloração que surgir tiver uma intensidade muito fraca, a amostra será considerada reagente.



– Dispositivo apresentando um resultado de teste inválido – ausência de linha na área C e presença de linha na área T.

- Descartar os materiais conforme a indicação;

- Preencher o formulário do Laudo completo contendo os seguintes dados: Nome Completo (sem abreviações), Data de Nascimento, Data da realização do exame, Número de documento oficial com foto, Unidade que executou o teste, Nome do fabricante do teste, Lote da caixa do teste, Data de validade da caixa do teste.
  - No laudo só colocar resultado usando a terminologia reagente ou não reagente conforme leitura.
  - Assinar e carimbar o resultado
- 
- Fornecer o resultado acompanhado do laudo, mediante apresentação de documento com foto.
  - Caso o usuário não possuir documento com foto fornecer o resultado somente verbalmente.
  - Registrar no prontuário do usuário o procedimento realizado, resultado obtido e encaminhamentos caso necessário.
  - Em pacientes gestantes, registrar na Carteira de Gestante (pré-natal).
  - Gestantes no caso de resultado reagente solicita testagem para parceiro.
  - Notificar o caso preenchendo o formulário do SINAN conforme a situação diagnosticada;
  - A notificação está disponível no seguinte endereço eletrônico  
[https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Hepatites\\_Virais/Ficha\\_Hepatites\\_Virais.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Hepatites_Virais/Ficha_Hepatites_Virais.pdf)
  - No caso de resultado reagente para Hepatite C, o usuário deve ser encaminhado para acolhimento de enfermagem com o laudo do teste reagente e encaminhamento de referência. (Acionar Epidemiologia do município)

### **Observações**

- O teste deve ser armazenado dentro da temperatura indicada no rótulo do produto. Não podendo ser congelado ou exposto ao sol e a altas temperaturas.
- O laudo pode ser atestado somente por profissional de nível superior e poderá ser entregue mediante apresentação de documento com foto.
- Um resultado não reagente não exclui a possibilidade de infecção por HCV;

- O resultado do teste deve ser sempre interpretado em conjunto com as informações clínicas do indivíduo testado devido ao período de janela de detecção do exame ser de 30 dias e 120 dias.
- Todas as amostras devem ser consideradas potencialmente infectantes, e devem ser manipuladas e descartadas de acordo com as precauções de utilização e descarte recomendadas no Brasil pela RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, ou em conformidade com a regulamentação em vigor no país de utilização.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Coleta de Teste Rápido de Antígeno para diagnóstico de COVID-19</b>	

EXECUTANTE: Profissional de nível superior e/ou nível técnico (sob supervisão).

OBJETIVO: Investigar anticorpo anti-HCV, por método imunocromatográfico usando antígenos sintéticos e recombinantes imobilizados na membrana para identificação seletiva de anti-HCV em amostras de sangue total.

Material necessário para coleta:  Swab ultrafino com haste flexível, estéril e alginatado;  Cassete  Tampa filtro  Tubo de extração da amostra;  Frasco de solução de extração  EPI do profissional (Capote impermeável; Luva de procedimento; Máscara N95; Óculos de proteção ou protetor facial; Gorro descartável);  Ficha de notificação;  Relógio  Laudo de testagem;  Álcool 70%;  Caneta;  Lixeira com saco de lixo infectante.

### Antes de iniciar a coleta:

Preencher os dados na ficha de notificação do paciente: UBS executante (no canto superior esquerdo), data e horário da coleta e tipo de teste. O CPF ou cartão Nacional são obrigatórios para lançamento do pedido no sistema de controle do Laboratório.  Certifique-se que o cassete de teste e todos os componentes do kit e amostras estejam na temperatura de 2 a 30°C, em local seco, protegido do calor e da luz solar direta e lacrado. Não congelar Precauções: Por ser doença de transmissão respiratória, o uso de EPI é essencial para a proteção do profissional que realiza a coleta.

1) Paramentar-se com EPI apropriado para procedimentos geradores de aerossóis

(máscara N95/PFF2, capote com manga, touca, protetor facial ou óculos de proteção, luvas de procedimento);

2) Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução e orientar o paciente a retirar os adornos que possam atrapalhar o procedimento da coleta;

3) Reunir o material (tubo e swab) e levar próximo ao paciente;

4) Colocar os materiais em uma mesa (limpa álcool 70%, algodão, seguindo a ordem de atendimento);

5) Abrir as embalagens de forma asséptica, deixando os materiais protegidos;

6) Retire o cassete do envelope e coloque-o sobre uma superfície plana. Após a abertura do envelope, utilizar o teste no máximo em 1 hora.

7) Adicione a solução de extração no tubo de amostragem, até a marca indicada ou conforme orientação na bula do fabricante

8) Posicione-se ao lado do usuário, mantendo um distanciamento seguro do paciente, evitando tocar no paciente;

9) Orientar o usuário abaixar a máscara cirúrgica até a região do buço, mantendo a máscara cobrindo a boca e a inclinar levemente a cabeça para trás;

10) Introduzir 01(um) swab, com movimentos rotatórios suaves, margeando o palato, até encontrar resistência na parede posterior da nasofaringe (neste momento o paciente lacrimeja) girar o swab por alguns segundos. Em pacientes com desvio de septo, deve-se ir reposicionando o swab até que seja identificado passagem até a parede da nasofaríngea.

11) Remover o swab do nariz do paciente e repetir o mesmo procedimento na outra narina utilizando o mesmo swab;

12) Após a remoção na segunda narina, insira o swab no tubo de amostragem e faça com que a solução de extração permeie no mesmo. Gire-o e aperte-o nas paredes do tubo de amostragem por 10 vezes

13) Cortar o excesso da haste do swab, permitindo o vedamento adequado do tubo;

14) Fechar firmemente o tubo de extração de amostra com a tampa filtro.

15) Oriente o paciente a recolocar a máscara após a coleta;

16) Realize movimentos suaves com o tubo fechado de cima para baixo e aguarde 1 minuto;

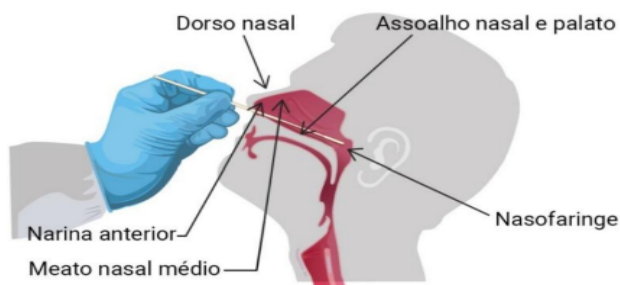
17) Quebre o lacre da tampa do tubo;

18) Posicione o tubo acima do cassete;

19) Coloque o tubo na posição invertida (tampa para baixo) e realize o gotejamento (3 a 4 gotas) do líquido no foço do cassete;

20) Aguarde o período de 15 a 20 minutos. Não ler após 20 minutos.

#### MÉTODO DE INSERÇÃO CORRETA PARA COLETA COM SWAB NASOFARÍNGEO



#### Interpretação do resultado

**Resultado positivo:** DUAS linhas vermelhas aparecerão, uma na área de teste (T) e outra na área de controle (C).

**Resultado negativo:** somente UMA linha vermelha aparecerá na área de controle (C) e nenhuma na área de teste (T).

**Resultado inválido:** NENHUMA linha vermelha aparecerá, ou nenhuma linha vermelha aparecerá na área de controle (C). A linha na área de controle indica que o teste foi efetuado corretamente.



Após cada coleta (realizado pelo profissional coletante):

21) Realizar a desinfecção com álcool a 70% nos mobiliários utilizados(mesa de maio, cadeiras; 22) Descartar as luvas de procedimento no saco de lixo;

23) Descartar os insumos utilizados em descartpack;

24) Higienizar as mãos; Armazenamento do KIT (swab e meio de cultura) e

Transporte: Certifique-se que o cassete de teste e todos os componentes do kit e amostras estejam na temperatura de 2 a 30°C, em local seco, protegido do calor e da luz solar direta e lacrado. Não congelar.

#### Cuidados:

Imprimir a notificação DEVIDAMENTE PREENCHIDA (além dos campos obrigatórios, deve-se incluir a execução do teste de antígeno e o resultado). A ficha de notificação dos pacientes coletados com resultado REAGENTE deverão ser

entregues para a epidemiologia para que o nível central faça o registro no sistema de controle dos testes. Já os pacientes com resultados NÃO REAGENTES, deve-se proceder o agendamento para coleta de RT-PCR, sendo encaminhados com a Notificação para coleta, conforme fluxo já padronizado na rotina. É imprescindível o preenchimento e envio da notificação para controle e reposição dos testes. Caso novas marcas de testes sejam disponibilizadas, é importante que as equipes de saúde fiquem atentas em relação à especificação de cada teste em relação à indicação, procedimento de realização do teste e verificação dos resultados.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Limpeza de instrumentais com detergente enzimático</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem. Técnica de Saúde Bucal e Auxiliar de Saúde Bucal.

Indicações: Indicado para limpeza de dispositivos médicos-odontológicos, tendo como finalidade remover a sujidade clínica e evitar a formação de compostos insolúveis na superfície destes dispositivos, a enzima possui um catalisador e uma reação, degradando substratos específicos, desde que o complexo enzimático contido no detergente esteja em condições ativas dentro da formação.

Objetivo: Promover a remoção de sujidade dos resíduos presentes nas superfícies internas e externa do instrumental odontológico.

Materiais: • EPIs • Detergente enzimático • Escova para lavar instrumental • Escova para limpeza de brocas/limas • Pano de limpeza limpo e seco • Lavadora ultrassônica e/ou recipiente plástico com tampa.

Descrição do procedimento / sequência das ações (passos):

1. Utilizar EPIs;
2. Higienizar as mãos conforme (POP 001);
3. Transportar os instrumentais contaminados em caixa plástica tampada com água e detergente para sala de expurgo;
4. Colocar os instrumentais, abertos e desmontados quando possível, na lavadora

ultrassônica e/ou caixa plástica com tampa, contendo solução diluída de detergente enzimático conforme a orientação do fabricante (POP 011);

5. Aguardar o tempo de ação do produto conforme a orientação do fabricante;
6. Proceder à escovação em toda a sua superfície, articulações abertas, cremalheiras;
7. Enxaguar em água da torneira abundantemente para a remoção de sujidades e resíduos do detergente enzimático;
8. Secar os instrumentais com pano limpo e seco;
9. Acondicionar os instrumentais em embalagens de papel grau cirúrgico e em caixa plástica com tampa;
10. Encaminhar para esterilização;
11. Lavar, secar e armazenar as luvas multiuso utilizadas;
12. Descartar EPIs;

Observações: • O uso indevido de EPIs, pode comprometer a saúde do trabalhador e propiciar a contaminação cruzada entre pacientes e no ambiente, tornando o processo ineficiente. • Os instrumentais não deverão estar sobrepostos quando imersos nos recipientes com detergente enzimático, para que o processo seja completo e efetivo. • Os instrumentais deverão ser escovados submersos no recipiente plástico com água e detergente enzimático. • O tempo de exposição insuficiente dos instrumentais na solução enzimática, gera risco ocupacional e deficiência na limpeza conforme orientações do fabricante. • Remoção deficiente dos resíduos de matéria orgânica e/ou inorgânica resulta em dificuldade na ação do agente esterilizante e esterilização deficiente. 39 • Enxágue inadequado pode ocasionar o aparecimento de manchas nas superfícies dos instrumentais gerando oxidação e corrosão.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Acondicionamento e Selagem do Instrumental e Material para Esterilização em Autoclave</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem e Técnico de Saúde Bucal.

Definição: Consiste no preparo correto da embalagem e selamento dos pacotes de instrumentais e materiais/artigos odontológicos a serem esterilizados em aparelho que utiliza vapor de água sob pressão (autoclave).

Objetivo: Impedir a proliferação de agentes patológicos, através da existência de barreira física eficiente; adequar o acondicionamento e selagem dos pacotes, favorecer a penetração de agente esterilizante e ao mesmo tempo, agir como bloqueadores de micro-organismos, assegurando a esterilização até sua abertura e rastreabilidade.

Materiais: • EPIs • Instrumentais e materiais/artigos odontológicos • Seladora • Tesoura • Caneta e/ou carimbo (tinta livre de metais pesados) • Papel grau cirúrgico • Tecido não-tecido (TNT) • Tecido de algodão cru (campo duplo) • Vidro e nylon • Caixas metálicas perfuradas (centro cirúrgico).

PROCEDIMENTO:

1. Uso de EPIs;
2. Higienização das mãos conforme (POP 001);
3. Instrumental e/ou material/artigo deverá estar limpo e seco;
4. Colocar na embalagem e selar de forma ampla e contínua, evitando pregas ou rugas;
5. O selamento final deverá ter borda de 3 cm, como facilitador para abertura asséptica;

6. Remover todo ar (hermética) da embalagem antes de selar para impedir obstáculos na transmissão do calor e umidade e garantir sua integridade;
7. Instrumentais como Seringa Carpule, porta-agulha, tesoura e pinças devem ser embaladas com as articulações abertas (escamoteados);
8. Instrumentais pesados e perfurocortantes deverão ser duplamente embalados, mantendo as setas de indicação, igualmente direcionadas e com as pontas perfurocortantes voltadas para o lado plástico, para evitar perfuração do pacote;
9. Evitar pacotes mistos de metal com plástico ou borracha;
10. Materiais côncavos e convexos (bandeja, cuba, grau e tigela de borracha ou silicone) deverão ser embalados com a cavidade voltada para o lado do papel;
11. Identificar o pacote contendo: data da esterilização, nº lote, data vencimento e identificação do responsável, sem ultrapassar barra de selagem (3cm) garantindo a rastreabilidade;
12. Acomodar em autoclave conforme (POP 017);

Observações: Evitar fatores de risco como improvisos de embalagens, respeitar todo fluxo do acondicionamento e selagem para não comprometer a esterilização.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Carregamento de Instrumental e Material para Esterilização em Autoclave</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem e Técnicos de Saúde Bucal.

Definição: Consiste na acomodação adequada dos pacotes, dentro dos cestos aramados quanto à posição e volume, que serão esterilizados em aparelho que utiliza vapor de água sob pressão (autoclave).

Indicações: Garantir o processo de esterilização de todo tipo de material/instrumental e artigos odontológicos esterilizável sob vapor de água sob pressão (autoclave).

Objetivo: Acomodar os pacotes de forma estratégica, sem sobrecarga, eliminando fatores de riscos, permitindo a circulação e remoção do vapor, favorecendo a penetração de agente esterilizante e ao mesmo tempo, agir como bloqueadores de micro-organismos, assegurando a esterilização até sua abertura e rastreabilidade, através de barreira física eficiente.

Materiais: • EPIs • Material devidamente embalado • Autoclave • Cesto aramado.

PROCEDIMENTO:

1. Uso de EPIs;
2. Higienização das mãos (POP 001);
3. Verificar se os pacotes estão totalmente selados e identificados conforme o (POP 016);
4. Separar os pacotes menores dos maiores;
5. Dispor os pacotes menores no cesto aramado mantendo espaço entre os mesmos e colocá-los face a face com a parte composta de papel;

6. Colocar as caixas metálicas perfuradas com a tampa voltada para cima e/ou lateralizada (centros cirúrgicos);
7. Não colocar pacotes grandes em cima dos outros impedindo a passagem do agente esterilizante (calor e umidade);
8. Não encostar os pacotes nas paredes da câmara interna;
9. Colocar os materiais côncavo-convexo (pote de Dappen, cuba, grau de borracha/silicone, bandeja em posição vertical ou com a abertura voltada para face do papel da embalagem);
10. Carregar a autoclave até 80% de sua capacidade;
11. Fechar a porta e ligar autoclave conforme orientações técnicas;
12. Conforme orientações técnicas do fabricante e modelo da autoclave, ao término do ciclo manter a porta entreaberta para complementação da secagem entre 10-20 minutos;
13. Descarregar a autoclave com luva protetora;

Observações: Seguir rigorosamente as especificações da técnica de operação da autoclave, definida pelo fabricante, e orientações dos técnicos credenciados pela empresa da marca da autoclave.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: / /	
<b>Teste Biológico Semanal do Ciclo de Esterilização</b>	

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de enfermagem, Cirurgião dentista, Técnico de saúde bucal e Auxiliar de saúde bucal.

Definição: Teste realizado semanalmente para avaliar a qualidade da esterilização.

Objetivo: Verificar a resistência do esporo *Geobacillus stearothermophilus* ao agente esterilizante identificando possível falha do equipamento nos parâmetros apresentados.

Materiais: • EPIs • Ampolas de indicador biológico (IB) contendo *Geobacillus Stearothermophilus*. • Pacote teste desafio POP 018. • Planilha-Plano de gerenciamento da qualidade de esterilização • Controle físico diário do ciclo da autoclave.



Figura 1- Ampolas de Indicador Biológico.

### PROCEDIMENTO:

1. Higienizar as mãos (POP 001);
2. Utilizar EPIs;
3. Dispor a ampola do IB no interior do pacote teste desafio;
4. Separar uma ampola de IB para teste externo;

5. Identificar a ampola com: data do teste, número da autoclave e rubrica do responsável que realizou o teste;
6. Colocar o IB no interior do pacote teste desafio identificado;
7. Colocar o pacote teste desafio com a carga normal próximo ao dreno; 47
8. Fechar a porta da autoclave;
9. Iniciar o ciclo;
10. Registrar os dados do ciclo em planilha.;
11. Ao término do ciclo, aguardar o resfriamento do equipamento, bem como do IB. Retirar o pacote teste desafio;
12. Retirar o IB e colocá-lo na incubadora inclusive o IB teste;
13. Certificar-se da quebra da ampola para viabilização do teste;
14. Ligar o equipamento;
15. Fechar com a tampa;
16. Encaminhar para laboratório responsável para realizar a incubação por até 24 horas e laudar teste;
17. Acompanhar a evolução do resultado observação a alteração da cor;

COR	RESULTADO	INTERPRETAÇÃO
Amarela	Positivo	Houve crescimento de microrganismos.
Lilás	Negativo	Não houve crescimento de microrganismos.

O IB teste deve resultar na cor amarela, ou seja, positivo, pois o mesmo não foi submetido a processo de esterilização o que indica que não houve problema com o lote do IB.

O resultado negativo indica que o equipamento está em condições seguras de uso. Se o resultado dos testes for positivo deve-se:

- I. Informar a Comissão de controle de infecção.
  - II. Interditar o uso da autoclave.
  - III. Entrar em contato com o técnico responsável.
  - IV. Interceptar os pacotes esterilizados para a não utilização pela insegurança da esterilização.
19. Registrar os dados da leitura em planilha própria – Plano de gerenciamento da qualidade de esterilização sob calor úmido controle biológico da autoclave;
  20. Remover a etiqueta identificadora da ampola colando na Planilha;
  21. Embalar os IB em papel grau cirúrgico para esterilização quando o resultado for positivo;
  22. Encaminhar as ampolas para descarte em recipiente de resíduos infectantes no armazenamento temporário;

Observações: • A falta de calibração da incubadora dos indicadores pode propiciar uma leitura errada dos resultados do teste realizado • A falta da quebra das ampolas na incubadora pode gerar resultados falsos e não condizentes com a situação real do desempenho da autoclave. No caso, enviar amostras para laboratório de análises clínicas para laudo do teste.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Teste Físico Diário de Cada Ciclo de Esterilização</b>	

Executante: Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de enfermagem, Cirurgião dentista, Técnico de saúde bucal e Auxiliar de saúde bucal.

Indicações: Identificar possíveis falhas.

Definição: Teste feito diariamente a cada ciclo de esterilização.

Objetivo: Verificar os valores dos parâmetros críticos do processo de esterilização: temperatura, tempo e pressão identificando possíveis falhas mecânicas do equipamento durante o ciclo de esterilização.

Materiais: • EPIs • Planilha: Plano de gerenciamento da qualidade de esterilização  
• Controle físico diário do ciclo da autoclave

PROCEDIMENTO:

Higienizar as mãos conforme (POP 001);

2. Utilizar EPIs;

3. Após o acionamento da autoclave deverá ser acompanhado o desempenho do ciclo do equipamento pelos valores mostrados no manômetro, manovacuômetro e termômetro;

4. Registrar os dados do ciclo em planilha própria: • Data. • Número do ciclo. • Horário de início e término do ciclo. • Valores de pressão da câmara externa e vácuo na fase de remoção de ar. • Valores de pressão de câmara interna e temperatura na fase de esterilização. • Valores de pressão de câmara externa na fase de secagem. • Rubrica do responsável. • Existem autoclaves que já possuem sistema de impressora instalada, registrando os parâmetros do ciclo a cada minuto. O impresso é arquivado diariamente.

Observações: A falta de registro dos parâmetros específicos do ciclo de esterilização não mostra possíveis dados de falhas mecânicas que podem ocorrer no equipamento.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Teste Químico Diário com Integrador Químico Tipo 5 de Um Ciclo de Esterilização a Vapor Saturado Sob Pressão</b>	

Definição: Teste realizado para avaliar qualidade da esterilização com relação ao tempo, temperatura e vapor.

Executante: Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de enfermagem, Cirurgião dentista, Técnico de saúde bucal e Auxiliar de saúde bucal.

Indicações: Para avaliar se autoclave está esterilizando a um ciclo a vapor saturado sob pressão.

Objetivo: Verificar as condições relacionadas à tempo, temperatura e qualidade do vapor para o alcance da esterilização atendendo aos parâmetros estipulados.

Materiais: • EPIs, • Integrador químico -IQ, • Papel grau cirúrgico, • Pacote teste desafio  
• Planilha-PLANO DE GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO SOB CALOR ÚMIDO - CONTROLE DE INTEGRADOR QUÍMICO.

PROCEDIMENTO:



Figura 3- Integrador químico 5

1. Higienizar as mãos (POP 001);
2. Utilizar EPIs;
3. Anotar no IQ a data de realização do teste e o número da autoclave;
4. Colocar um integrador químico no meio dos campos de algodão do pacote desafio;

5. Embalar o pacote em papel grau cirúrgico identificado com a data e número da autoclave;
6. Carregar a autoclave;
7. Dispor o pacote desafio próximo a porta; 8. Fechar a autoclave acionando o seu funcionamento;
8. Acompanhar o ciclo e registrar os dados em planilha própria;
9. Ao término do ciclo, aguardar o resfriamento do equipamento, bem como do IQ;
10. Retirar o pacote desafio;
11. Retirar o IQ e proceder a leitura;

Na faixa indicativa de cor/limite	Resultado	Interpretação
Mudança De Cor/Limite	Positivo	Houve o alcance das condições necessárias da Esterilização*.
Permanência Da Cor/Limite	Negativo	Não houve o alcance das condições necessárias da Esterilização*.

\*condições necessárias de esterilização – parâmetros de tempo, temperatura e pressão (ISO 11140-1:2014).

**Observações: A possível presença de ar residual (falha na remoção do vapor); pontos de difícil acesso do vapor na câmara interna; erro na montagem da carga e/ou dos pacotes não será detectado caso não seja realizado o teste químico diário para controle do ciclo de esterilização.**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Limpeza Semanal das Paredes Internas da Autoclave</b>	

Executante: Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de enfermagem, Cirurgião dentista, Técnico de saúde bucal e Auxiliar de saúde bucal.

Definição: Realização da limpeza das paredes internas da autoclave, semanalmente.

Objetivo: Manter isenta de manchas e corrosão as paredes internas da autoclave.

Materiais: • Solução de água e sabão neutro • EPIs • Pano limpo • solução concentrada da solução do produto revitalizador ecophos®.

1. Utilizar EPIs;
2. Higienizar as mãos conforme (POP 001);
3. Certificar-se de que a autoclave esteja desligada e as paredes internas resfriadas;
4. Borrifar a solução de água e sabão nas paredes internas da autoclave;
5. Escovar e/ou esfregar com pano limpo as paredes internas da autoclave;
6. Enxaguar com pano limpo umedecido com água da torneira para remoção do produto;
7. Secar totalmente com pano limpo;
8. Lavar e secar as luvas multiuso utilizadas para a realização da limpeza e desinfecção e posterior remoção delas;
9. Higienizar as mãos conforme (POP 001);

Observações: A limpeza deficiente gera pontos de oxidação nas paredes internas da autoclave que podem manchar as embalagens dos materiais a serem esterilizados.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Limpeza de equipamentos de informática na sala de atendimento</b>	

**Definição:** A presença de equipamentos de informática dentro da sala de atendimento requer cuidado especial para que seja evitada a disseminação de patógenos e risco de infecção cruzada.

**Executante:** Cirurgião dentista, Técnico de saúde bucal e Auxiliar de saúde bucal.

**Objetivo:** Promover a eliminação de matéria orgânica e redução dos microrganismos da superfície externa dos periféricos de informática, evitando o risco de infecção cruzada.

**Materiais:** • Luvas de procedimento • EPIs: máscara, luva, gorro, óculos de proteção, avental • Álcool isopropílico diluído em água • Pano de limpeza multiuso descartável • Cotonete • Filme de PVC .

### PROCEDIMENTO:

1. Higienizar as mãos (POP 001);
2. Utilizar EPIs;
3. Umedecer o pano limpo com solução diluída de álcool isopropílico;
4. Friccionar o pano em toda a superfície externa do teclado, mouse, CPU e cabos, evitando pressão exagerada para evitar que seja desgastada a tinta dos símbolos, para os cantos mais difíceis use um cotonete;
5. Secar com pano limpo;
6. Envelopar o teclado com filme plástico, como barreira física;
7. Após o atendimento do paciente, deve realizar o descarte dos EPIs, higienização das mãos para uso dos equipamentos de informática;

Observações: A não lavagem das mãos após a remoção das luvas, amplia os riscos de infecção cruzada e libera partículas de pó (talco) sobre a superfície do teclado e mouse, aumentando a sujidade.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>Conduta de pré-exposição a material biológico</b>	

Executante: Cirurgião-dentista, Técnico em saúde bucal e Auxiliar em saúde bucal.

Definição: É o conjunto de ações destinadas à prevenção e minimização ou eliminação de riscos de contaminação por agentes patógenos, que os profissionais devem tomar antes de iniciar qualquer procedimento clínico.

Objetivo: Prevenir a contaminação e a propagação de infecções nos profissionais.

Indicações: Em todas as salas odontológicas de clínica geral, pronto atendimento, centro cirúrgico, centro de especialidades e central de esterilização.

Materiais: EPIs (luva, máscara, gorro, óculos de proteção e avental).

### PROCEDIMENTOS:

1. Utilização de EPIs;
2. Higienização das mãos (POP 001);
3. Máxima atenção durante a realização dos procedimentos;
4. Agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos;
5. Todo material perfuro-cortante (agulhas, lâminas de bisturi, vidrarias, entre outros), mesmo que estéril, deve ser desprezado em recipientes resistentes à perfuração com tampa e o símbolo de infectante;
6. Não manipular olhos, boca, nariz, máscara, gorro, jaleco ou cabelo durante os procedimentos;
7. Considerar e reconhecer os riscos biológicos inerentes aos procedimentos odontológicos; limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos, instrumentais e superfícies; descarte de resíduos

de acordo com o plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Prefeitura Municipal de Campinas (Tabela de resíduos no anexo).

7. 8. Manter distância segura no acionamento de água ou ar na cavidade bucal, bem como aerossol das canetas;
8. 9. Seguir os conceitos de ergonomia;
9. 10. Utilizar a sucção durante os procedimentos;
10. 11. Realizar a limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos, instrumentais e superfícies;
11. 12. No processo de limpeza dos instrumentais, durante a escovação, os mesmos deverão estar submersos;
12. Manter atualizado o esquema de vacinação vide;
13. Observações: A falta de cuidados durante a exposição a agentes biológicos pode ocasionar contaminação por doenças infectocontagiosas.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>Fluxo de encaminhamento em caso de acidentes com exposição a material biológico</b>	

Definição: Os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de emergência médica, uma vez que as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e Hepatite B necessitam ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente, para a sua maior eficácia.

Executante: Cirurgião-dentista, Técnico em saúde bucal, Auxiliar em saúde bucal, Técnico administrativo, Chefia imediata do local, Enfermeiro e Médico.

Objetivo: • Adotar ações destinadas à prevenção e minimização ou redução de riscos a exposições e acidentes com material biológico. • Orientar os profissionais a seguirem de maneira segura e eficaz os cuidados necessários para evitar a disseminação de vírus e bactérias no ambiente de trabalho.

Materiais: • Água e sabão neutro • Ficha de comunicação de acidente de trabalho - CAT, disponível com a chefia imediata • Testes sorológicos rápidos para HIV e Hepatite B.

### PROCEDIMENTO:

1. Manter a calma e lavar com água e sabão abundantemente o ferimento, mucosa ou pele exposta ao sangue ou líquido orgânico;
2. Provocar sangramento maior, atos de espremer a lesão e/ou colocar antissépticos não apresentam evidências de redução de risco, ao contrário,

podem promover maior sangramento do local ferido e aumentar a área lesada;

3. Comunicar a chefia imediata;
4. Obter uma minuciosa anamnese do paciente. Relatar o fato ao paciente e orientá-lo a realizar os testes rápidos de HIV, Hepatite B e Sífilis;
5. Os profissionais deverão ter recomendações específicas para imunização contra tétano e medidas de quimioprofilaxias e acompanhamento sorológico para Hepatite e HIV;
6. Solicitar ao técnico administrativo do local a ficha do CAT para preenchimento da notificação do acidente de trabalho, que deverá ser preenchida em quatro vias, com assinatura e carimbo da chefia imediata e do médico responsável pelo atendimento;
6. O profissional acidentado deve contatar o Departamento de Promoção à Saúde do Servidor do município para agendar perícia. Nesse local, deverá ser comunicado o fato ao Técnico de Segurança do Trabalho e depois passar em consulta com o Médico do Trabalho;
7. Os profissionais deverão realizar os seguintes acompanhamentos sorológicos pós-acidentes:
  - a. HIV em seis semanas
  - b. HIV e Hepatite C em três meses
  - c. HIV, Hepatite B (HBsag e anti-HBs) em seis meses
  - d. Depois levar os resultados ao Departamento de Promoção à Saúde do Servidor do município para serem anexados ao seu prontuário.

Observações:

- A literatura comprova que o tempo é essencial para que os resultados das medidas profiláticas sejam satisfatórios, assim quanto mais próximo do momento do acidente for a notificação, maior a garantia de reversão do risco.
- Quando não for possível o contato com o comunicante, executar os testes sorológicos e as medidas de profilaxia.
- As medidas de quimioprofilaxias contra HBV e HIV devem ser iniciadas até 2 horas após o acidente. Em casos extremos, podem ser realizadas até 24 a 72 horas. Após esse período de tempo, sua eficácia para o HIV é discutível.

- É importante ressaltar que as medidas profiláticas pós-exposição não são totalmente eficazes, enfatizando a necessidade de se implementar ações educativas permanentes, que familiarizar os profissionais de saúde com as precauções universais e os conscientizem da necessidade de empregá-las adequadamente como medida mais eficaz para a redução do risco de infecção pelo HIV ou Hepatite em ambiente ocupacional.

(Ficha do CAT em anexo) (anexar o fluxograma)



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>Imunização</b>	

Executante: Cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal.

Definição: Imunização é a aquisição de proteção imunológica contra doenças de caráter infeccioso.

Objetivo: Consiste na proteção do indivíduo por meio de resistências às doenças imunopreveníveis, contra agentes infecciosos e bacterianos. Indicações: Os profissionais da área da saúde devem estar devidamente imunizados uma vez que por estarem mais expostos a agentes nocivos, possuem um risco elevado de contato com doenças infecciosas.

Materiais: • Doses vacinais à disposição na rede pública de saúde municipal.

Contraindicações: A vacina da gripe está contraindicada para indivíduos alérgicos à albumina.

• As vacinas relatadas como importantes para os profissionais da saúde pela Anvisa são:

Vacina	Dose	Intervalos entre as doses
Febre amarela	Dose única	/
Influenza	Dose anual	/
Hepatite A	2 doses	6 meses
Hepatite B	3 doses	0, 1 e 6 meses
Rubéola, sarampo e caxumba (SRC Tríplice viral)	- até 29 anos - 2 doses - 30 a 59 anos - dose única	0 e 1 mês
Tétano e Difteria (DT adulto ou toxóide tetânico)	3 doses	0, 2 e 4 meses ou 0, 2 e 6 meses (reforço a cada 10 anos)
Tríplice bacteriana (DTP coqueluche, tétano e difteria) – acelular (gestantes)	1 dose para cada gestação	/
Tuberculose (BCG)	1 dose	/
Varicela	2 doses	0 e 2 meses

**Observações:**

Hepatite B é indicado fazer o teste de soro-conversão Anti HBS após a 3ª dose.

Tétano e Difteria o reforço deve ser feito em dose única a cada 10 anos.

A rede pública tem as vacinas gratuitas à disposição nos Centros de Saúde.

A imunização da equipe odontológica é muito importante, é um dever do responsável técnico, sendo obrigatório o espelho da carteira de imunização do profissional na sala de vacinação de cada Centro de Saúde.

É de extrema importância ficar atento às campanhas de vacinação realizadas pelo município.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>Colocação e retirada de luvas estéreis</b>	

Executante: Cirurgião-dentista, Equipe de enfermagem e médico

Definição: O uso de luvas estéreis está indicado na realização de procedimentos invasivos ou manipulação de material estéril.

Objetivo: - Reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais da saúde com sangue e fluidos corporais; - Reduzir o risco de disseminação de microrganismos no ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, assim como de um paciente para outro; - Fornecer subsídio para realização de procedimentos com técnica estéril.

Materiais: Luva estéril.

### Colocação de luvas estéreis

- 1- Retire adornos;
- 2- Realize a higiene das mãos com álcool a 70% ou água e sabão;
- 3- Avalie a integridade do pacote de luvas e a data de validade;
- 4- Em uma superfície limpa e seca, coloque o pacote das luvas;
- 5- Segure o pacote primário da luva (não estéril) pelas bordas na parte superior e abra-o, até a exposição do pacote secundário (estéril).
- 6- Coloque o pacote sobre uma superfície, abra-o pela parte externa, desdobrando o papel e mantendo-o aberto. Nesse momento é necessário tomar o cuidado para não tocar nas luvas;
- 7- Pegue a luva direita (pela dobra interna do punho) com a mão esquerda e calce a luva direita.



8- Pegue a luva esquerda (pela dobra estéril do punho) com a mão direita (já enluvada) e calce a mão esquerda.

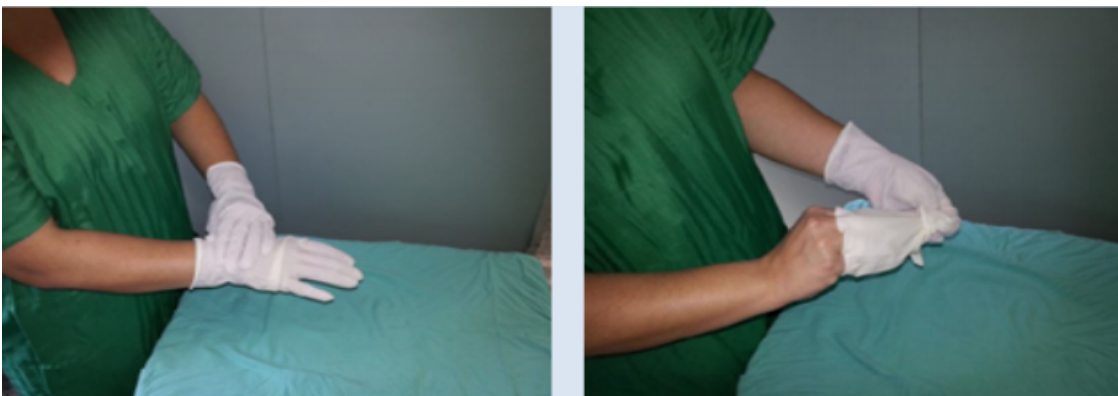


9. Havendo necessidade, ajuste os dedos e punhos.



#### **Retirada de luvas estéreis**

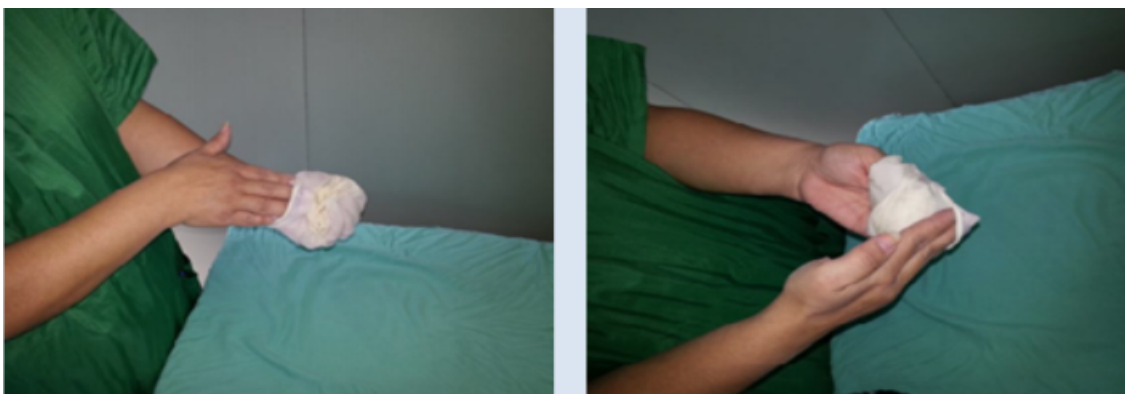
1- Posicionar as luvas contaminadas com os dedos voltados para baixo; 2- Com a mão oposta, segure na parte externa da luva, na região dos punhos, puxando-a em direção à ponta dos dedos, virando-a pelo avesso;



3- Mantenha a luva na mão que está enluvada;



4- Retire a segunda luva segurando-a pela parte interna da luva, de modo que uma luva permaneça dentro da outra e o lado contaminado para dentro;



5- Descarte no lixo infectante;

6- Realize a higienização das mãos.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Montagem da caixa de perfurocortante</b>	

Executante: Cirurgião-dentista, Equipe de enfermagem e médico.

Definição: Os materiais perfurocortantes devem ser descartados em local adequado, imediatamente após o uso, no local da sua geração, em recipientes de paredes rígidas, resistentes à ruptura e vazamento, com tampa e devidamente identificados com o símbolo de risco biológico. A caixa de perfurocortante acomoda objetos pontiagudos ou escarificantes (ex: agulhas, bisturi, vidros quebrados, cateteres agulhados e lâminas de barbear).

Objetivo: Montagem da caixa de perfurocortantes, visando a prevenção de acidentes.

Materiais: Caixa de perfurocortante; Suporte para caixa de perfurocortante.

- 1- Abrir o coletor;
- 2- Abra a sacola plástica;
- 3- Coloque o fundo rígido dentro da sacola plástica;
- 4- Introduza a cinta interna, posicionando-a em forma de triângulo sobre o fundo rígido;
- 5- Coloque a sacola plástica, já com o fundo rígido e a cinta dentro do coletor;
- 6- Encoste a cinta nas paredes internas;
- 7- Coloque as sobras da sacola plástica para dentro do coletor;
- 8- Introduza a bandeja impermeável sobre a sacola plástica até o fundo;
- 9- Faça a montagem das alças duplas;
- 10- Passe a parte superior da alça por dentro do orifício;
- 11- Feche a tampa do bocal.



### Lembrete:

- A enfermagem deve montar a caixa de perfurocortante e colocar data e carimbo com assinatura;
- O recipiente não deve ser preenchido acima da linha pontilhada na caixa;
- Deve ser mantido em local seguro, estratégico e longe do chão e de superfícies úmidas ou molhadas. Preferencialmente instaladas em suporte específico a 1.20cm do chão.

### Uso da caixa de perfurocortante:

1. Descartar agulhas e seringa descartáveis;
2. Não reencapar, entortar, quebrar ou desconectar a agulha da seringa após o uso;
3. Não utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimentos que

envolvam material perfurocortante;

4. Nunca retirar da caixa o perfurocortante já descartado;

5. Nunca exceder o volume máximo permitido na caixa;

6. Descartar nesta caixa ampolas, escalpes, lâminas e/ou agulhas, mesmo que estéreis. Transporte: A enfermagem retira a caixa do suporte, fecha com fita crepe, acondiciona a caixa no saco branco leitoso com símbolo de biossegurança e transporta até o expurgo; Observação: Não descartar luvas, papéis, algodão ou gazes dentro desta caixa.



### PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: / /	
<b>Anotação de Enfermagem</b>	

Executante: Equipe de enfermagem.

Introdução: Os registros efetuados pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) têm a finalidade essencial de fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade do cuidado, além de servir a diversas outras finalidades, tais como: ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, fins estatísticos e outros. As anotações subsidiam o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados, prescrição de enfermagem, suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados, respectivas respostas do paciente, resultados esperados e desenvolvimento da evolução de enfermagem (COFEN, 2016)

Objetivos: Nortear os profissionais de Enfermagem para a prática dos registros visando a comunicação entre os membros da equipe de saúde, possibilitando a

continuidade do processo de trabalho multiprofissional, garantindo segurança para o paciente e respaldo do ponto de vista ético e legal.

**Materiais:** Prontuário, Ficha de Atendimento ou impresso padronizado; Caneta azul ou preta; Carimbo (com nome completo do profissional, a sigla COREN com a sigla do estado, número de registro no conselho de classe e categoria profissional), conforme resolução 545/2017.

- Acolhimento:**
1. Nome completo do paciente, data, hora do acolhimento;
  2. Condição de chegada (deambulando, maca ou cadeira de rodas);
  3. Presença do acompanhante ou responsável;
  4. Queixas relacionadas ao motivo da procura pelo serviço, se veio encaminhado ou por demanda espontânea;
  5. Procedimentos e cuidados prestados, tais como: sinais vitais, punção de acesso venoso, entre outros;
  6. Orientações e condutas prestadas;
  7. Nome (assinatura) e carimbo do responsável pelo registro e atendimento.

**Administração de medicamentos Itens da prescrição medicamentosa que deverão ser registrados:** Via Parenteral Registrar o local onde foi administrado: IM – Glúteo, deltoide, vasto lateral, etc.; EV – Antebraço, dorso da mão, membro inferior etc.; SC – Abdome, região posterior do braço, coxa, etc.; ID – face interna do antebraço ou face externa do braço etc. Em todos os casos, registrar o lado em que o medicamento foi administrado, esquerdo ou direito. Para todas as vias, observar os registros apontados abaixo: Se houve rejeição do paciente; - No caso de não administrar medicamento, apontar o motivo; - Se houve queixas; - Intercorrências e providências adotadas.

- Transferência de Unidade:**
1. Motivo da transferência;
  2. Data e horário da transferência;
  3. Serviço de destino (serviço de referência / Pronto Socorro/ Hospital);
  4. Forma de transporte (ambulância, meios próprios);
  5. Anotar o nome dos profissionais da equipe que realizou a remoção, assim como a placa da viatura/ambulância;
  6. Cuidados realizados (punção de acesso venoso, sinais vitais, oxigenoterapia,

administração de medicamentos, entre outros);

7. Condições do paciente (consciente, orientado, contactuando, maca, cadeira de rodas, deambulando etc);

8. Acompanhado (com quem), sozinho;

9. Queixas;

10. Carimbo e assinatura do responsável pelo registro. Alta:

1. Data e horário da saída;

2. Condições da saída (deambulando, maca, cadeira de rodas);

3. Acompanhado (com quem), sozinho;

4. Procedimentos/cuidados realizados;

5. Orientações prestadas;

6. Carimbo e assinatura do responsável pelo registro.

**Óbito:** 1. Data e horário do óbito;

2. Assistência prestada durante a constatação;

3. Identificação do médico que constatou o óbito;

4. Comunicação do óbito ao setor responsável, conforme rotina institucional;

5. Procedimentos post-mortem (retirada de dispositivos, identificação do corpo etc);

6. Carimbo e assinatura do responsável pelo registro.

Como anotar: 1. A anotação deve ser clara, objetiva, com letra legível e sem rasuras;

2. Não usar corretivo. Se fizer anotações erradas, colocar entre vírgulas a palavra “digo” e anotar logo em seguida o texto correto. Se a anotação errada for extensa, escrever com letra de imprensa (letra de forma) e maior do que a escrita anteriormente a frase “Sem efeito” registrando logo em seguida o horário que aquela anotação estava errada;

3. Escrever as palavras por extenso, só usar abreviaturas padronizadas. Utilizar terminologia científica;

4. Evitar termos genéricos como: sem queixas, sem intercorrências até o momento. Essas anotações não fornecem informações objetivas a respeito das condições do paciente;

5. Não deixar espaços em branco entre uma e outra anotação. Não passar traço entre o final e a identificação do profissional;
6. O ato de checar deve ser sinalizado pelo símbolo “✓” utilizado sobre o horário, nas prescrições, significando que a ação foi realizada, e o ato de “bolar/circular” “O” significa que a ação prescrita não foi realizada. Acima do sinal “✓” é indispensável colocar as iniciais do nome do profissional que realizou a ação, o que permite a identificação do responsável pelo cuidado. Quando um horário está circundado (bolado, circulado) é necessário anotar a justificativa da não realização do cuidado;
7. Checar as prescrições e proceder à anotação em tempo real, seguindo ordem cronológica, ou seja, a anotação do que aconteceu às 10h não deve aparecer após anotação que ocorreu às 13h. Em casos excepcionais, poderá ser feito o registro fora do horário contendo a expressão “em tempo” à frente da anotação;
8. A anotação deverá ser realizada apenas pelos funcionários do seu respectivo plantão e que tenham realizado o cuidado prestado. Jamais delegar aos outros o que é da própria responsabilidade;
9. Após a anotação, obrigatoriamente devem constar a assinatura e o carimbo (resolução 454/201, artigo 5°);
10. O carimbo deve ter as seguintes informações: nome completo do profissional, a sigla COREN com a sigla do estado, número de registro no conselho de classe e categoria profissional), conforme resolução 545/2017;

## CARIMBO E ASSINATURA SÃO OBRIGATÓRIOS EM TODOS OS DOCUMENTOS QUE ATTESTEM PRÁTICAS DE ENFERMAGEM.

Modelo do carimbo:

**Seu Nome Completo** → sem abreviações

**Coren-PR - 00000 - XXX** → sigla da categoria profissional: ENF, para Enfermeiro; TE, para Técnico de Enfermagem; e AE, para Auxiliar de Enfermagem

↓  
seu conselho de classe com a sigla do estado

↓  
número da sua inscrição no Conselho



11. Na anotação de enfermagem não devem constar dados de evolução de enfermagem. A anotação registra somente aquilo que foi observado ou executado, sem comparação de dados anteriores, enquanto a evolução exige do enfermeiro reflexão para comparar dados. A evolução é privativa do enfermeiro;

12. As anotações realizadas por estagiários devem conter na sua identificação: nome, curso, instituição e o carimbo do professor responsável pelo aluno.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: / /	
<b>Mensuração de peso</b>	

Executante: Equipe de enfermagem.

Introdução: A mensuração do peso permite a avaliação do estado nutricional do paciente. É um procedimento de baixo custo e de fácil obtenção.

Materiais: Balança infantil e adulto (mecânica ou eletrônica); Papel toalha; Álcool a 70%. EPI: Luvas de procedimento S/N; Jaleco; Máscara de proteção.

Crianças menores de 02 anos

1. Chamar o paciente pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado ao responsável;
2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
3. Realize a desinfecção da bandeja da balança com papel toalha e álcool a 70%;
4. Forre o prato da balança com papel toalha;
5. Deixe a balança ligada antes de colocar a criança e aguarde zerar/tarar, o visor deverá marcar peso zero;
6. Pedir para o responsável tirar a roupa da criança e fralda, se houver;
7. Colocar a criança deitada ou sentada na balança (atentar para a sua segurança). Orientar a mãe ou responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento;
8. Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura;
9. Solicite ao responsável que retire a criança da balança e a vista;
10. Desprezar o papel toalha na lixeira;
11. Higienizar as mãos;

13. Documentar o valor obtido no prontuário e caderneta de saúde da criança. ▪  
Crianças maiores de 02 anos, adolescentes e adultos.

1. Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado;
2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
3. Verificar se a balança está afastada da parede, em piso plano e se está calibrada (zerar os valores);
4. Realize a desinfecção da balança com álcool 70% e proteja com papel toalha;
5. Ajude o paciente a subir na balança, em posição ereta, no centro do equipamento, com os pés juntos, os braços estendidos ao longo do corpo e de costas para o visor;
6. Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura;
7. Auxilie o paciente a descer da balança,
8. Desprezar o papel toalha na lixeira;
9. Higienizar as mãos;
10. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente (ver pop anotação de enfermagem), realizar registro em IDS.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Mensuração de circunferência abdominal</b>	

Executante: Equipe de enfermagem.

Introdução: A medida da circunferência abdominal é importante para indicar a predição de risco cardiovascular, sendo um dos parâmetros avaliados no atendimento ao usuário.

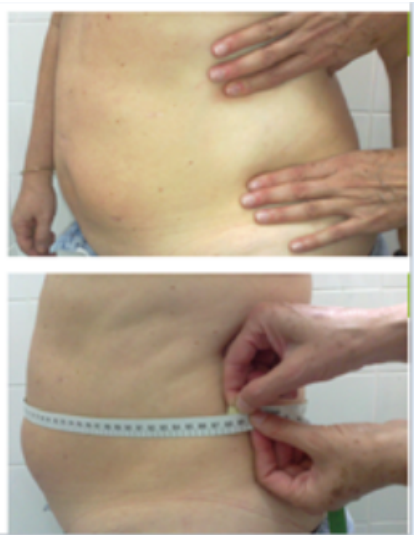
Objetivos: Padronizar a mensuração da circunferência abdominal.

Materiais: EPI: Luvas de procedimento S/N; Jaleco; Máscara de proteção.

Materiais: Fita Métrica (não extensível/inelástica); Álcool 70%.

1. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado;
2. Higienizar as mãos com água e sabão e calçar luvas de procedimento se necessário;
3. Solicitar ao paciente que fique em pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;
4. O profissional deve se posicionar lateralmente à pessoa para fazer a leitura;
5. Localizar a última costela. Solicitar para a pessoa inspirar e segurar a respiração por alguns segundos;
6. Localizar a crista ilíaca. Palpar o ilíaco até encontrar a região mais elevada;
7. colocar a fita métrica horizontalmente ao redor do abdome sobre o ponto médio definido. Segurar a parte inicial da fita com a mão esquerda e posicionar abaixo da parte final da fita que estará segura pela mão direita;
8. Verificar se a fita está alinhada em um plano horizontal, paralela ao chão;
9. Ajustar a fita em torno do abdome, sem enrugar a pele, nem comprimir os tecidos subcutâneos;

10. Realizar a leitura no final da expiração;
11. Higienizar as mãos com água e sabão;
12. Higienizar a fita com álcool a 70%;
13. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.



Observação: A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: / /	
<b>Mensuração de perímetro cefálico</b>	

Executante: Equipe de enfermagem.

Introdução: A medida do perímetro cefálico auxilia na identificação de alterações neurológicas como a microcefalia e a macrocefalia, entre outras.

Objetivos: Padronizar a mensuração do perímetro cefálico.

EPI: Jaleco; Máscara. Materiais: Fita Métrica (não extensível/inelástica); Álcool 70%.

1. Higienizar as mãos;
2. Realizar a desinfecção da maca e da fita métrica com álcool a 70%;
3. Forrar a maca com lençol descartável;
4. Apresentar-se ao responsável e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
5. Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal;
6. Posicione a fita métrica sobre a proeminência occipital e contorne na região parietal (acima das orelhas) e frontal (acima das sobrancelhas), visando a determinação da circunferência máxima, que é obtida pelo ponto de encontro da fita métrica;



7. Não incluir pavilhão auricular;
8. Faça duas medições, se houver uma diferença maior de 0,2 cm, posicionar a criança e medir pela terceira vez;
9. Solicite aos responsáveis para pegar a criança;
10. Realize a desinfecção da maca e fita métrica com álcool a 70%;
11. Registrar a informação no prontuário e na carteira de vacinação (sempre que possível usar gráficos para facilitar o acompanhamento na curva de crescimento);
12. Realizar anotação de enfermagem no prontuário ou ficha de atendimento do paciente (ver pop anotação de enfermagem), realizar registro em produção.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: / /	
<b>Aferição de temperatura corpórea</b>	

Executante: Equipe de enfermagem.

Introdução: A temperatura corporal diz respeito à produção de calor e aos mecanismos de regulação e manutenção da temperatura interna do corpo (termorregulação), que são essenciais para manter a estabilidade fisiológica sistêmica. A alteração de temperatura pode ser ocasionada por diversos fatores, como causas infecciosas (mais comuns), neoplásicas, processos inflamatórios, exposição ao frio intenso (hipotermia) entre outros.

Terminologia:

- Hipotermia: temperatura abaixo do valor normal. Caracteriza-se por pele e extremidades frias, cianose e tremores.
- Febre: aumento da temperatura corporal acima do normal. Verifica-se pele quente e seca, sede, secura na boca, calafrios, dores musculares generalizada, sensação de fraqueza, taquicardia, taquipnéia, cefaléia, delírios e até convulsões.

Objetivos: Padronizar o procedimento de aferição da temperatura corporal.

EPI: Luvas de procedimento S/N. Materiais: Álcool a 70%; Bolas de Algodão; Termômetro digital; Termômetro infravermelho; Bandeja.

**TERMÔMETRO DIGITAL - REGIÃO AXILAR**

1. Chamar o paciente pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado;
2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
3. Realizar desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
4. Colocar o termômetro digital na região axilar com o sensor em contato direto na pele do paciente;
5. Solicite ao paciente que mantenha o antebraço

encostado no tórax; 6. Aguardar 5 minutos ou até a emissão do sinal sonoro que indica que a aferição terminou; 7. Retirar o termômetro e realizar a leitura da temperatura; 8. Realizar desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70%; 9. Higienizar as mãos; 10. Em caso de alteração, comunicar o médico ou enfermeiro; 11. Realizar anotação de enfermagem no prontuário do paciente.

**TERMÔMETRO INFRAVERMELHO**

1. Chamar o paciente pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado;
2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
3. Ligar o termômetro, basta apertar o gatilho uma vez ou virar o interruptor para o modo "on";
4. Posicione o sensor na testa (a distância deverá ser inferior a 5 cm) e mantenha o botão START pressionado;
5. Mova gradativamente o termômetro em direção à têmpora para detectar a temperatura corporal. Quando concluída, um sinal sonoro será emitido;
6. Solte o botão START;
7. Realizar desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
8. Higienizar as mãos;
9. Realizar anotação de enfermagem no prontuário do paciente;
10. Em caso de alteração comunicar o médico ou enfermeiro.

Observação: as orientações de como proceder ao manipular o termômetro variam conforme o fabricante do produto, portanto consulte sempre o seu manual de instruções.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: / /	
<b>Aferição de frequência cardíaca</b>	

Executante: Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Introdução: É a verificação da frequência e da intensidade dos batimentos cardíacos. A frequência cardíaca é contada por palpação do pulso ou ausculta dos batimentos cardíacos. A palpação do pulso permite avaliar sua amplitude, simetria, força e regularidade. Aproximadamente a cada batimento cardíaco são ejetados de 40 a 70 ml de sangue na artéria aorta de um adulto, gerando uma onda de pulso arterial que pode ser palpada em várias regiões em que as artérias são mais superficiais e palpáveis. A frequência cardíaca pode ser aferida através da palpação das artérias: Braquial, Radial, Carótida, Temporal, Femoral, Poplítea, Pediosa ou Apical (com auxílio do estetoscópio).

### Valores de referência da frequência cardíaca:

IDADE	FREQUÊNCIA CARDÍACA em batimentos por minuto (BPM)
Recém Nascido	120 a 160 BPM
1 a 12 meses	80 a 140 BPM
Entre 1 e 2 anos	80 a 130 BPM
Entre 3 e 6 anos	75 a 120 BPM
Entre 7 e 12 anos	75 a 110 BPM
Adolescentes	60 a 100 BPM
Adultos	60 a 100 BPM

Fonte: Manual de normas e rotinas de Enfermagem - SMS, 2017, modificado.

Terminologia básica:

Normocardia: Frequência cardíaca dentro dos parâmetros de normalidade;

Bradycardia: Frequência cardíaca diminuída em relação aos valores de referência;

Taquicardia: Frequência cardíaca aumentada em relação aos valores de referência;

Pulso irregular ou arritmico: irregularidade de intervalo entre um batimento e outro;

Ritmo sinusal: ritmo regular do coração

Objetivos: Detectar precocemente desvios de anormalidade das batidas do coração, indicar variações de ritmo, amplitude e frequência cardíaca.

Materiais: Relógio analógico para demonstrar os segundos; Caneta e papel. EPI: Jaleco; Máscara.

1. Reunir o material;
2. Chamar o paciente pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado;
3. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
4. Posicione o paciente em decúbito dorsal ou sentado;
5. Se o paciente estiver agitado, esperar de 5 a 10 minutos antes de verificar o pulso;
6. Pedir que o paciente relaxe e não fale durante a verificação;
7. Colocar a polpa digital dos dedos médio e indicador sobre uma artéria superficial, preferencialmente a artéria radial, comprimindo-a levemente. Não usar o dedo polegar, pois sua pulsação poderá ser confundida com a do paciente;
8. Contar os batimentos cardíacos por 60 segundos;
9. Observar o ritmo (regular ou irregular), a frequência e a intensidade do pulso (cheio, normal ou filiforme);
10. Higienizar as mãos;
11. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente;

12. Comunicar o resultado ao médico ou enfermeiro em caso de alteração.

**FREQUÊNCIA CARDÍACA APICAL:**

1. Palpar o 5º espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda para a colocação do estetoscópio;
2. Contar os batimentos por um minuto;
3. Observar o ritmo, a fonese das bulhas, bem como os sons cardíacos (Sopros);
4. Higienizar as mãos;
5. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Aferição de frequência respiratória</b>	

Executante: Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Introdução: A frequência respiratória (FR) é calculada pelo número de respirações realizadas em 1 minuto, isto é, o número de vezes que o tórax do paciente expande (inspiração) e contrai (expiração).

### Valores de referência da frequência respiratória (em repouso e sem febre):

FAIXA ETÁRIA	FR - Frequência Respiratória Inspirações por minuto
Recém Nascido - RN	40 a 60
Lactente	30 a 40
Criança	20 a 25
Adultos	14 a 20

Fonte: Manual de normas e rotinas de enfermagem - SMS, 2017.

### Terminologia:

Taquipnéia ou polipneia	Aumento da respiração acima do normal.
Bradipnéia	Diminuição do número de movimentos respiratórios abaixo do normal.
Apneia	Parada respiratória. Pode ser instantânea ou transitória, prolongada, intermitente ou definitiva.
Ortopnéia	Respiração facilitada em posição vertical.
Dispneia	Dificuldade respiratória ou "falta de ar".

Fonte: Manual de normas e rotinas de enfermagem - SMS, 2017.

Objetivos: Padronizar o procedimento de aferição da frequência respiratória.

Materiais: Relógio de pulso ou de parede que tenham demonstrador de segundos.

1. Chamar o paciente pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se. Não se deve avisar ao paciente que sua FR está sendo verificada, uma vez que inconscientemente alteramos o nosso padrão respiratório;
2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;

3. Reunir o material;
  4. Manter o paciente em posição confortável, sentado ou deitado com cabeceira elevada;
  5. Certifique-se de que o tórax do paciente esteja visível e delimite um ponto do tórax em que os movimentos respiratórios sejam mais fáceis de serem visualizados;
  6. Colocar a mão no pulso do paciente simulando sua aferição;
  7. Conte o número de incursões respiratórias por minuto (visíveis pelo movimento de subida e descida do tórax);
  8. Observar sinais de dificuldade respiratória (tiragem e retrações intercostais ou uso de musculatura acessória);
  9. Higienizar as mãos;
  10. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente;
  11. Comunicar o resultado ao médico ou enfermeiro em caso de alteração.
- Observação: exemplo de como escrever: 18 RPM (respirações por minuto).



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>Aferição da glicemia capilar</b>	

Executante: Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Introdução: A coleta de sangue capilar, consiste em um procedimento onde é realizado a punção lateral da falange distal, visando obtenção de uma amostra de sangue capilar para avaliar o nível de glicemia do paciente.

Objetivos: Padronizar o procedimento de aferição da glicemia capilar.

Materiais: Bandeja ou Cuba Rim; Algodão; Álcool a 70%; Tira teste; Lanceta descartável ou agulha 13 x 4,5 estéril; Glicosímetro; Caixa de perfurocortante. EPI: Luvas de procedimento; Jaleco; Óculos de proteção; Máscara.

1. Chamar o paciente pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado;
2. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento que será realizado, lembrando que apesar de baixo risco que ele oferece, há sempre o desconforto decorrente da perfuração necessária para obter a gota de sangue;
3. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
4. Calçar luvas de procedimento;
5. Ligar o Glicosímetro e introduzir a tira reagente, conforme orientação do fabricante;
6. Fazer antissepsia da falange distal que será puncionada com algodão levemente embebido em álcool a 70% e deixar secar completamente antes de iniciar o teste;
7. Puncionar a face lateral da polpa digital do dedo com a lanceta ou agulha, sem ordenhar o local da punção;



8. Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente para absorção;



9. Realizar leve compressão no local puncionado com algodão seco; 10. Desprezar imediatamente após o uso a lanceta na caixa de perfurocortante; 11. Aguardar o resultado pelo Glicosímetro;



12. Desprezar a fita reagente em lixo infectante;

13. Retirar as luvas e higienizar as mãos;

14. Em caso de alteração comunicar o resultado ao médico ou enfermeiro responsável;

15. Realizar anotação de enfermagem no prontuário.

Observações:

- Certificar-se de que a tira esteja dentro da validade;

- Atentar para a calibragem do aparelho e comparar o código do aparelho com o código do frasco das tiras reagentes;
- O frasco onde estão as tiras reagentes devem estar hermeticamente fechados;
- Nos recém-nascidos, lactentes e crianças que não deambulam pode-se realizar a punção com a lanceta do lado externo do calcanhar;
- Existem várias marcas e modelos de glicosímetros. Consulte sempre o manual de instruções e siga suas orientações.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Aspiração de ampola</b>	

Executante: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Introdução: A administração de medicamentos na UBS necessita que os profissionais sejam capacitados, para que o procedimento seja realizado de forma segura e correta, assegurando a eficácia do tratamento proposto. A aspiração e preparo do medicamento fazem parte deste processo.

Objetivos: Preparar medicamentos para administração com a técnica correta de aspiração.

Materiais: Avental; Óculos; Máscara; Luvas de procedimento. Prescrição médica; Gaze; Etiqueta para identificação da seringa; Bolas de algodão; Álcool 70%; Agulha 40x12; Seringa 1/2/3/5/10/20 ml; Ampola da medicação prescrita.

1. Higienize as mãos;
2. Separe os materiais;
3. Abra a embalagem da seringa para testá-la e conectá-la à agulha 40x12;
4. Realize movimentos circulares com a ampola, para que o conteúdo do gargalo atinja o seu fundo;
5. Realize a desinfecção da ampola com as bolas de algodão com álcool 70%;
6. Com uso da compressa de gaze ou bola de algodão seco, deve-se quebrar o gargalo da ampola;
7. Retire a tampa da agulha;
8. Posicione a ampola horizontalmente entre o dedo indicador e médio da mão não dominante e insira o bisel da agulha voltado para baixo no interior da mesma;

9. Aspire a medicação em dose prescrita, com apoio do dedo polegar e anelar (mão não dominante) sobre a seringa, devendo puxar o êmbolo com o dedo polegar e médio, com apoio do dedo indicador na alça da seringa (mão dominante);

10. Retire a agulha da ampola, proteja a mesma com a tampa e posicione na vertical para tracionar o êmbolo, visando aspiração do medicamento contido em sua luz;

11. Retire o ar do interior da seringa empurrando o êmbolo suavemente até que o líquido atinja o canhão;

12. Realize a troca da agulha de aspiração pela de aplicação; Identifique a seringa com a etiqueta contendo o nome do paciente, medicamento, dose, via de administração e horário



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>Prova do laço</b>	

Executante: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem

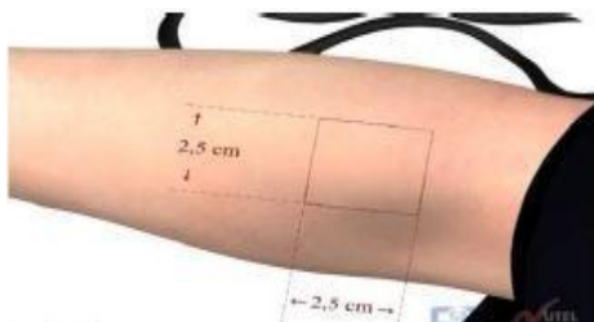
Introdução: A prova do laço é um teste que avalia a fragilidade vascular do paciente com suspeita de dengue. Devendo ser realizado em todos os usuários com suspeita de arboviroses, auxiliando na classificação de gravidade do caso (grupo A, B, C ou D) norteando a conduta e tratamento a ser realizado.

Objetivos: Fornecer subsídio para realização adequada da prova do laço e através do procedimento identificar precocemente os sinais de agravamento no paciente suspeito de dengue.

Materiais: Esfigmomanômetro; Estetoscópio; Relógio; Caneta; Régua. EPI: Jaleco; Máscara.

PROCEDIMENTO:

1. Higienizar as mãos;
2. Separar os materiais;
3. Orientar o procedimento ao paciente e deixá-lo confortável em posição sentada ou deitada;
4. Desenhar um quadrado de 2,5 cm no antebraço do paciente;



5. Aferir a pressão arterial, usando manguito convencional;
6. Calcular a pressão arterial média PAM: para calcular a PAM, some o valor da Pressão Arterial Sistólica (maior) com a Diastólica (menor) e divida por 2;
7. Insuflar o manguito até o valor obtido pelo cálculo da PAM e mantê-lo insuflado por 5 minutos em adulto e, em criança, 3 minutos ou até o aparecimento de petéquias ou equimoses em ambos;
8. Desinsuflar o ar do manguito após o tempo definido;
9. Contar o número de petéquias no quadrado de 2,5cm desenhado no antebraço do paciente. A prova de laço é positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais petéquias em crianças;
10. Se a prova de laço for positiva antes do tempo preconizado, interromper procedimento;
11. Higienizar as mãos;
12. Manter ambiente organizado;
13. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Isolamento respiratório</b>	

Executante: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

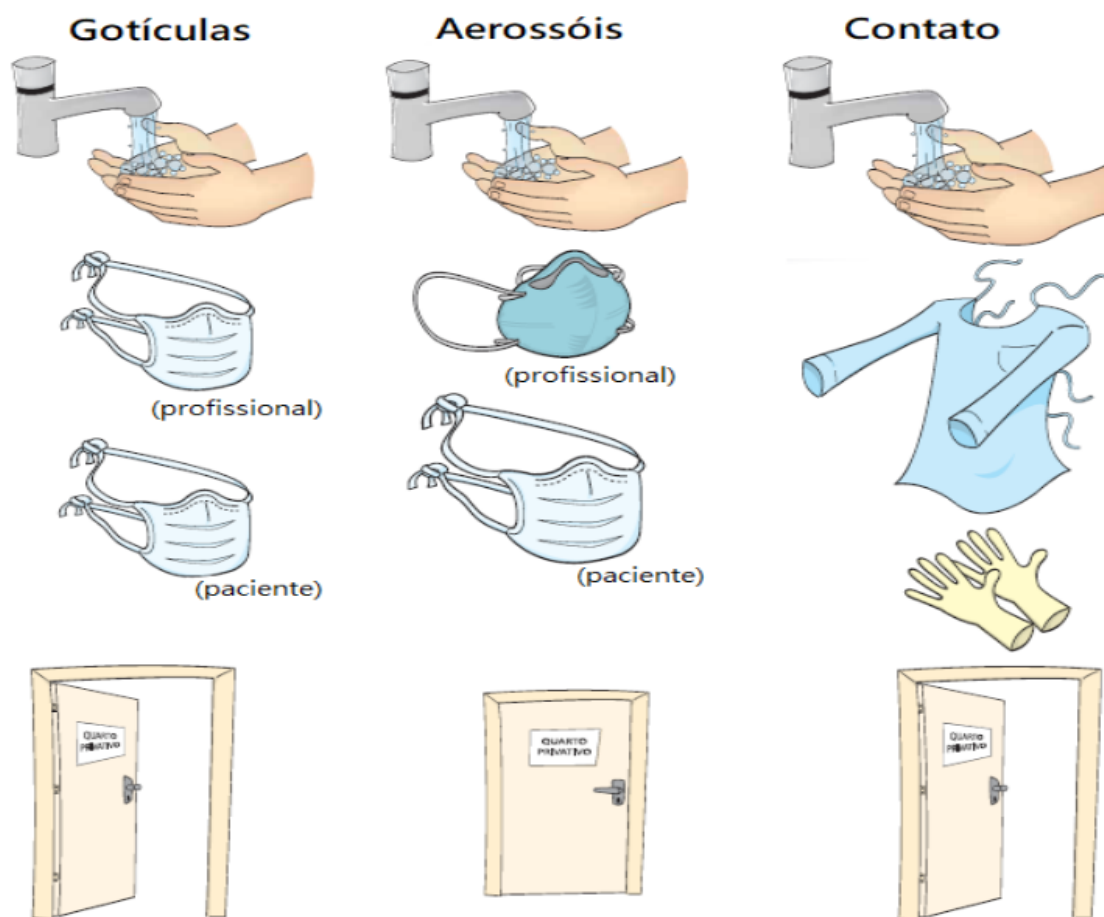
Introdução: O Isolamento Respiratório destina-se a prevenir a transmissão de micro-organismos que se difundem através do ar contaminado e do contato direto por secreções eliminadas pelas vias aéreas superiores. As medidas de precaução e isolamento visam interromper estes mecanismos de transmissão e prevenir infecções. O uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), a adesão à higienização das mãos e certas características específicas do ambiente onde se encontra o paciente, constituem os meios para atingir este objetivo.

Objetivos Padronizar as medidas de precaução e isolamento para garantir o controle da ocorrência de infecções.

Tipos de precaução: Precauções padrão - PP: conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento a todos os pacientes, independente do seu estado infeccioso e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação. As PP's deverão ser utilizadas quando existir o risco de contato com: sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções, sem considerar a presença ou não de sangue visível; pele não íntegra e mucosas. São exemplos de PP: higienização das mãos, luvas, avental, óculos, touca. Precaução de transmissão por gotículas: a transmissão por gotículas ocorre através do contato próximo com o paciente. Gotículas de tamanho grande (>5 micra) eliminadas pela fala, tosse, espirros, respiração e de procedimentos como aspiração, atingem até um metro de distância, e rapidamente se depositam no chão. Portanto, a transmissão não ocorre em distâncias maiores, por períodos prolongados e nem por partículas suspensas no ar. Como exemplo de doenças transmitidas por

gotículas, podemos citar: Doença meningocócica, Coqueluche, Difteria, Caxumba e Rubéola. Precaução de transmissão por aerossóis: na transmissão por aerossóis, algumas partículas eliminadas durante a respiração, fala, tosse ou espirro ficam suspensas no ar, podendo permanecer por horas e atingir ambientes diferentes, pois são carregadas por corrente de ar. Nesses casos são necessárias precauções específicas que incluem cuidados com o ambiente. Como exemplo de microrganismo transmitido por aerossóis podemos citar: M. tuberculosis, Vírus do Sarampo e Vírus Varicela-Zoster.

Materiais: Esfigmomanômetro; Estetoscópio; Relógio; Caneta; Régua. EPI: Jaleco; Máscara.



Fonte: pebmed.com.br

### Acolhimento ao paciente suspeito:

1. Ao ser identificado paciente com suspeita de doença transmitida por gotículas

ou aerossóis, este deve ser direcionado imediatamente para a sala de classificação de risco, devendo ser atendido prioritariamente, aguardando em espaço reservado dos demais pacientes;

2. O enfermeiro deve higienizar as mãos e colocar a máscara N95 ou manter a máscara cirúrgica (de acordo com o tipo de precaução da suspeita: gotículas ou aerossóis);

3. Acolhe o paciente e coloca a máscara cirúrgica nele;

4. Realizar a classificação de risco e acompanhar o paciente até o consultório médico;

5. O médico higieniza as mãos e coloca a máscara N95 ou mantém a cirúrgica (de acordo com o tipo de precaução da suspeita: gotículas ou aerossóis) e examina o paciente;

6. Caso haja necessidade de manter o paciente em observação ou transferi-lo, acomodá-lo em área/consultório de isolamento respiratório, identificar na porta o tipo de isolamento estabelecido, ficando sob os cuidados da enfermagem até a alta ou remoção;

7. Profissional e paciente devem intensificar a higiene das mãos;

8. Antes da alta ou transferência, o enfermeiro deve orientar os cuidados que o paciente deve ter para evitar contágio aos seus contatos;

9. Descartar os resíduos conforme a POP Descarte de resíduos na unidade.

Observações: Se houver necessidade de encaminhamento do paciente para outro serviço de saúde, fazer contato e notificar previamente o serviço referenciado.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Retirada de pontos</b>	

Executante: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Introdução: A retirada de pontos consiste no procedimento de remoção (total ou parcial) dos pontos cirúrgicos, através de técnica asséptica.

Objetivos: Padronização da retirada de pontos cirúrgicos.

Materiais: Bandeja; Gazes; Pinça; Tesoura; Soro Fisiológico; Antisséptico. EPI: Avental; Luvas de procedimento; Óculos de proteção; Máscara.

PROCEDIMENTO:

1. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado;
2. Realizar a higienização das mãos com água e sabão ou solução alcoólica;
3. Separar o material;
4. Calçar luvas de procedimento;
5. Posicionar o paciente e expor o local da ferida. Avaliar quanto à presença de sinais flogísticos. Em caso de qualquer alteração, comunicar o Enfermeiro;
6. Realizar a antisepsia do local onde será retirado os pontos, com gaze umedecida com antisséptico, fazer limpeza do local a partir da incisão cirúrgica da área menos contaminada para a mais contaminada;
7. Com a mão dominante, utilizar uma pinça para segurar o ponto cirúrgico e com a mão não dominante cortar o ponto (um dos lados) com a tesoura;
8. Puxe o ponto com a pinça;
9. Colocar os fios já cortados sobre a gaze confirmando o número de pontos retirados;
10. Realizar leve compressão no local da incisão com gaze seca;

11. Realize limpeza com SF 0,9%;
12. Despreze o material utilizado em local apropriado;
13. Remover EPI;
14. Higienizar as mãos.
15. Mantenha a sala organizada;
16. Realizar a anotação do procedimento no prontuário.

**ATENÇÃO** Comunicar o Enfermeiro antes de retirar os pontos se presença de sinais flogísticos, sangramento, deiscência ou qualquer outra alteração.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Conferência dos equipamentos de emergência</b>	

Executante: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Introdução: A checagem diária dos equipamentos de emergência garante que os materiais estarão preparados e funcionando adequadamente no momento do atendimento.

Objetivos: Padronizar a checagem diária dos equipamentos de urgência e emergência.

EPI: Máscara; Jaleco.

Materiais: Check list sala de emergência

1. Realizar a conferência da rede de gases (fluxômetro, frasco aspirador, extensão e sonda);
2. Realizar o teste do laringoscópio, checar as pilhas, testar o funcionamento de todas as lâminas do laringo (se a luz das lâminas não acenderem, realizar troca das pilhas e, se mesmo após a troca, a lâmina continuar sem funcionar, comunicar o Enfermeiro responsável e registrar em planilha específica e livro de ocorrências);
3. Registrar o teste de funcionamento do laringoscópio na planilha específica;
4. Realizar a conferência do lacre do material de emergência (carro ou caixa de emergência), caso esteja rompido, conferir todos os itens e fazer anotação no livro de registro sobre o que foi encontrado e realizado, bem como comunicar o Enfermeiro Responsável;
5. Registrar o número do novo lacre no livro de intercorrências;
6. Verificar funcionamento do Desfibrilador Externo Automático (DEA) e registrar no

impresso específico);

7. Conferir se os ambulantes estão funcionando adequadamente;
8. Verificar armários e gavetas da sala se não há falta ou excesso de materiais;
9. Realizar a reposição dos materiais de emergência se necessário;



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Contenção mecânica</b>	

Executante: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Introdução: A restrição mecânica consiste em conter o paciente ao leito, através do uso de faixas de tecido. É utilizado em pacientes com risco de auto ou hétero agressão, risco de queda e intensa agitação psicomotora, que não respondem ao manejo verbal, ambiental e medicamentoso. Deve ser sempre o último recurso a ser utilizado e jamais pode ser usado como forma de castigo ou de reprimir comportamentos indesejados.

A Resolução do COFEN N° 427/2012, normatizou os procedimentos da enfermagem na contenção mecânica. Segue a citação desta resolução: Art. 1º Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde. Art. 2º A contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais. Em nenhum caso, a contenção será prolongada além do período estritamente necessário. Art. 3º É vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde. Art. 4º Todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de Enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente.

Objetivos: Descrever procedimento para realização de contenção mecânica de maneira segura para os profissionais e pacientes.

EPI: Máscara cirúrgica;

Avental; Luvas de procedimento. Materiais: Kit para contenção composto por faixas individuais para os membros superiores e inferiores e faixa para o tórax.

### **SEQUÊNCIA ORGANIZATIVA DA CONTENÇÃO**

1. Manejo verbal: onde os profissionais conduzem a situação por meio do acolhimento e da conversa. Se houver prescrição e o paciente colaborar, pode-se administrar medicação, denominada contenção química/farmacológica. 2. Restrição espacial: realizada idealmente por cinco profissionais em volta do paciente, em posição de semicírculo, de forma a impedir que este circule livremente, minimizando os riscos para os envolvidos.



3. Contenção física: Na medida que as ações se mostrarem ineficientes, um dos cinco profissionais, previamente definido, deve dar o comando para a contenção física, que é a restrição dos movimentos do paciente segurando-o, sem o uso de outros objetos ou faixas.

No momento do comando do coordenador da ação, cada profissional deve segurar um membro do paciente simultaneamente (um profissional segura o braço direito, outro o braço esquerdo, outro a perna direita e outro a perna esquerda). Imediatamente após os membros contidos, o coordenador segura a cabeça e o tórax pela parte de trás do paciente (região posterior), conforme imagens abaixo. Se houver prescrição medicamentosa, aplicá-la nesse momento.



Contenção física de membro superior



Contenção física de membro inferior



Contenção física do tórax e cabeça

#### 4. Contenção mecânica:

Caso o paciente permaneça agitado, colocando em risco a si e a outros, será necessário realizar a contenção mecânica no leito. 4.1. Transportar o usuário suspenso até o leito, no qual será contido mecanicamente. 4.2. Posicioná-lo em posição anatômica, com os membros inferiores levemente afastados, os membros superiores ao lado do corpo e com as palmas das mãos voltadas para cima.



4.3. Cada profissional que segura um membro específico do paciente deverá manter o mesmo membro fixado ao leito;

4.4. O profissional que está livre (coordenador) deve iniciar a colocação das faixas pelo membro que apresenta o maior risco de ser solto;

4.5. Imobilizar os membros separadamente (uma faixa por membro), sendo o tórax contido por meio de faixa torácica. O tórax deve ser a última área a ser contida por faixa, após todos os membros já estarem contidos, devido à necessidade prévia de se ter um adequado posicionamento dos membros superiores. Fixar as faixas na parte inferior do leito/cama/maca, de maneira que as grades não tracionem as faixas causando lesões ao baixá-las.



Cuidados a serem tomados:

- Manter a elevação da cabeça do paciente, diminuindo o risco de broncoaspiração, pode-se usar travesseiro ou coxim para esse fim;
- Observar perfusão sanguínea e pulsos periféricos dos quatro membros;
- Observar os efeitos colaterais e a ação específica dos fármacos. Verificar sinais vitais antes que as medicações façam efeito e repetir após, possibilitando comparação adequada e intervenções, se necessário;
- Cuidados gerais como hidratação, alimentação, higiene corporal, eliminações e mudança de decúbito;
- Nos casos em que a contenção mecânica precise permanecer por mais de duas

horas o paciente deverá ser reavaliado pelo médico;

- O enfermeiro deverá realizar avaliação sistemática durante a contenção a cada 30 minutos e registrar o procedimento em prontuário. Deve-se destacar a situação e motivos que determinaram o procedimento, a equipe que o conduziu e o realizou, o tempo de manutenção da contenção, especificar os membros contidos, bem como todos os detalhes relativos ao monitoramento clínico do paciente;



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Teste Imunológico de Gravidez - TIG</b>	

Executante: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Introdução: A gonadotrofina coriônica humana (hCG) é uma glicoproteína hormonal produzida pelas células trofoblásticas sinciciais nos líquidos maternos que começa ser secretado no momento da implantação do embrião no útero. No início da gravidez, a concentração de hcg na urina aumenta rapidamente, sendo um bom marcador para teste de gravidez. O teste deve ser realizado a partir do 10º dia de atraso menstrual, ou de acordo com especificações do fabricante. Para realização do teste a mulher não poderá apresentar sangramento nem estar fazendo uso de pomadas ou cremes vaginais.

Objetivos: Identificar precocemente a gestação.

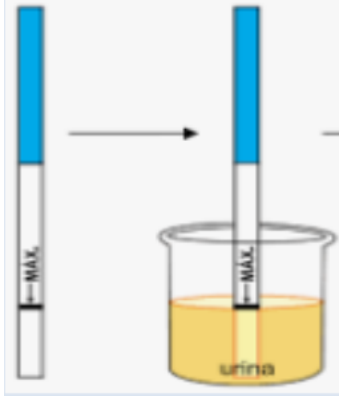
EPI: Luvas de procedimento; Jaleco; Máscara.

Materiais: Frasco coletor ou copo descartável; Tira reagente.

### PROCEDIMENTOS:

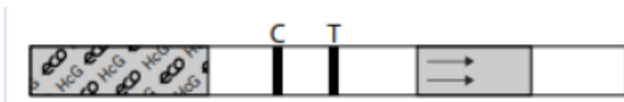
1. Higienizar as mãos;
2. Perguntar ao paciente a data da última menstruação;
3. Se período maior ou igual a 10 dias, explicar o procedimento, se período menor orientar a retornar para realização de TIG a partir de 10 dias de atraso menstrual;
4. Entregar o copo descartável para coleta da amostra de urina;
5. Encaminhar para o banheiro desacompanhada;
6. Orientar realizar higiene íntima, desprezar o primeiro e o último jato e a coletar aproximadamente dois dedos de urina;

7. Calçar luvas;
8. Receber o material;
9. Abrir a embalagem e retirar a tira teste que deve ser utilizada de imediato
10. Mergulhar a extremidade da tira na urina conforme indicado nas setas;

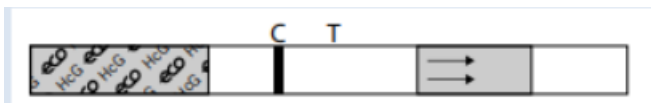


11. Após 08 segundos retire a tira da urina e coloque em um superfície plana; 12. Realizar leitura do resultado entre 5 e 7 minutos (NÃO ler após 7 minutos);

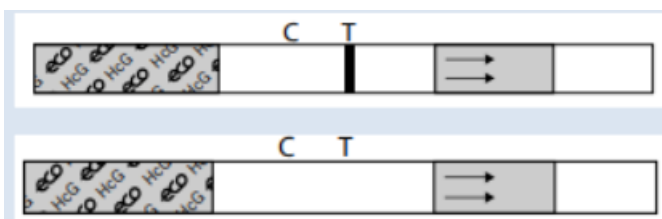
**RESULTADO POSITIVO:** Linha Controle e linha teste presentes, independente se tonalidade forte ou fraca.



**RESULTADO NEGATIVO:** Linha Controle presente e linha teste ausente.



**RESULTADO INVÁLIDO:** Se não aparecer linha Controle o teste será considerado inválido, necessário repetir o teste.



13. Auxiliar / Técnico de Enfermagem anota resultado do teste em prontuário e encaminha para atendimento do Enfermeiro;

14. Se resultado positivo, o Enfermeiro deverá realizar a primeira consulta de pré-natal, em caso de teste negativo orientar repetir teste em 07 dias, persistindo teste negativo solicitar BHCG sanguíneo, persistindo amenorréia e teste negativo solicitar agendamento de Consulta Médica.

Observações:

- A presença da linha Teste, mesmo em coloração fraca indica resultado reagente;
- Seguir sempre as orientações do fabricante das tiras consultando seu manual, pois pode haver diferença na realização do teste de um fabricante para o outro;
- A urina da manhã é a melhor para a realização do teste, pois tem uma maior concentração de hormônio HCG, porém os testes podem ser feitos durante todo o dia, desde que pelo menos após 3 horas da última micção.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: / /	
<b>Abertura de Pré-Natal</b>	

Executante: Enfermeiro e Médico.

Introdução: O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Objetivos: Realizar a captação precoce da gestante para abertura do Pré-Natal em tempo oportuno.

Materiais: Teste de LABORATÓRIO com resultado positivo; Documentação de Abertura do Pré Natal; Carteira de Gestante.

1. Usuária com Teste Imunológico de gravidez positiva é direcionada para abertura de Pré-Natal. Auxiliar / Técnico de Enfermagem realiza aferição de pressão arterial, verifica peso e estatura, direciona usuária para primeira consulta de Pré-Natal com enfermeiro no mesmo dia;
2. Enfermeiro deve solicitar a realização, no mesmo dia, de Testes Rápidos de HIV e Sífilis; solicitar a Carteira de Vacina e checar o esquema vacinal, se a gestante não tiver no momento com o documento, pedir que traga na próxima consulta, ou se ela não tiver carteira de vacinação, encaminha para a sala de vacina para providenciar;
3. Solicitar os exames necessários para o Pré Natal conforme protocolo da SMS do 1º trimestre de Gestação, explicando sobre o jejum necessário para a coleta; quais documentos deverão trazer e a impressão do número do Cartão do SUS no verso do exame (a recepção fará esta impressão);
4. No caso de gestante que necessite de atualização da caderneta de vacina, orientá-la que realize a atualização vacinal após a coleta de exames do primeiro

trimestre;

5. Calcular a Data Provável do Parto (DPP) e Idade Gestacional de acordo com a Data da Última Menstruação (DUM);
6. Realizar a prescrição de suplementação de vitaminas conforme protocolo de saúde da mulher da SMS, explicando o horário e a dosagem à usuária; preencher o Impresso Abertura de Pré Natal da SMS, com a maior quantidade de dados possíveis sobre a gestante; preencher a Carteirinha da Gestante com a maior quantidade de informações possíveis e entregar à paciente; orientar sobre o Plano de Parto na hora da Abertura da SIS e seu preenchimento;
7. Orientar a gestante sobre: cuidados alimentares; ingestão hídrica adequada; cuidados gerais com a pele e o corpo; orientar estimular caminhada e outras atividades físicas leves, sanar dúvidas que a gestante possa ter;
8. Convidar para o grupo de gestantes;
9. Estimular parceiros a participar do Pré-Natal, se esse for o desejo da gestante;
10. Oferecer Testes Rápidos de HIV e Sífilis para o parceiro;
11. Encaminhar para Avaliação Odontológica;
12. Agendar retorno para a próxima consulta;

Observação: Em caso de ausência do Enfermeiro, o médico é responsável por abrir o pré natal.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Administração segura de medicação</b>	

Executante: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Introdução: Administração de medicamentos trata-se da aplicação de fármacos no organismo através de uma das várias vias possíveis de acordo com a proposta terapêutica. Para administrar medicamentos é necessário formação e capacitação específica; e é importante lembrar que nem todos os profissionais da área de saúde estão habilitados para fazê-lo.

Objetivos: Fornecer subsídios para administração segura de medicamentos com segurança para o paciente e profissional, de forma padronizada.

Materiais: Prescrição (médica, enfermagem, odontológica); Materiais conforme via de administração; Caneta; Medicação prescrita; Bandeja.

Responsabilidades e Legislação > O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - CEPE destaca no artigo 12: “Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”. > O artigo 38 do CEPE destaca que o profissional deve: “Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe”. > Quanto à execução das prescrições médicas pela equipe de enfermagem, especialmente a medicamentosa, o artigo 10 do CEPE atribui ao profissional o direito de: “...recusar-se a executar prescrição em caso de identificação de erro ou ilegitimidade, ou quando não constar a assinatura e o número de registro do prescritor, exceto em situações de urgência e emergência”.

O profissional de enfermagem deve SEMPRE se atentar aos 13 “certos” na administração de medicamentos:

1° Prescrição correta: Nome completo do paciente, data de nascimento, data e carimbo na prescrição.

2° Paciente certo: Conferir a identificação do paciente, documento de identidade e prontuário.

3° Medicamento certo: Verificar atentamente qual medicamento está prescrito e se o paciente não possui algum tipo de alergia ao composto.

4° Validade certa: Observar a data de validade antes de administrar o medicamento.

5° Forma / Apresentação certa: Verificar se o medicamento está na sua forma de apresentação correta. Por exemplo: Cloreto de sódio 0,9% ou cloreto de sódio 20%.

6° Dose certa: Observar com atenção a dose prescrita.

7° Compatibilidade certa: Verificar se a medicação administrada é compatível com outra que o paciente já recebe, pois existem drogas que não podem ser administradas juntas.

8° Orientação ao paciente: Comunicar ao paciente quando você for medicá-lo, informando qual o medicamento e a via, pois é direito do usuário saber o que está recebendo.

9° Via de administração certa: Observar atentamente qual a via de administração do medicamento conforme a prescrição.

10° Horário certo: Deve-se administrar o medicamento no horário correto, para que o tratamento seja mais eficaz.

11° Tempo de administração certo: é de extrema importância que o medicamento seja infundido no tempo certo, pois existem alguns medicamentos que precisam de determinado tempo para fazer o efeito esperado, como por exemplo, os antibióticos.

12° Ação certa: Devemos observar se o paciente não irá apresentar reação adversa ao medicamento durante a sua administração, para que seja atendido o mais rápido possível.

13° Registro certo: É obrigatório que seja registrado no prontuário do paciente o medicamento administrado, com hora, dose e via e se o paciente apresentou

alguma reação durante o tratamento.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Diluição da solução de detergente enzimático</b>	

EXECUTANTE: Cirurgião-dentista, Técnica de Saúde Bucal e Auxiliar de Saúde Bucal.

Definição: Misturar com água para reduzir a concentração do detergente enzimático, produto cuja formulação contém, além de um tensoativo, pelo menos três enzimas: proteases, amilases e lipases, tendo como finalidade remover a sujidade clínica e evitar a formação de compostos insolúveis na superfície desses dispositivos.

OBJETIVO: Utilizar o produto na diluição correta para limpeza dos instrumentais e materiais odontológicos.

MATERIAIS: Materiais: • Copo medidor e/ou seringa descartável • Solução concentrada de detergente enzimático • EPIs – (gorro, luvas de procedimento, avental, óculos, máscara, sapatos fechados) • Água potável da torneira • Para recipiente plástico, identificado com o nome do produto, data e hora da diluição • Cuba ultrassônica.

1. Utilizar EPIs;
2. Higienizar as mãos (POP 001);
3. Colocar água no recipiente plástico ou na cuba ultrassônica na quantidade indicada;
4. Acrescentar o detergente enzimático conforme as orientações do fabricante;
5. Misturar a solução;



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>Uso do hipoclorito de sódio 1%</b>	

Executante: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Introdução: O hipoclorito a 1% é um desinfetante à base de cloro. Possui ação bactericida, atuando como elemento oxidativo em cadeias proteicas de microrganismos. É indicado para desinfecção de artigos não críticos como: plásticos, borracha, máscara de inalação e chicotes, nebulizadores com traqueias e superfícies fixas não metálicas.

Objetivos: Padronizar a utilização do Hipoclorito no processo de desinfecção.

EPI: Avental impermeável de mangas compridas; Luvas grossas de borracha de cano longo; Luvas de procedimento; Máscara; Óculos protetor; Gorro; Sapatos fechados.

Materiais: Recipiente de plástico opaco com tampa para a solução de hipoclorito de sódio 1%; Fita adesiva para identificação dos recipientes plásticos

1. Higienizar as mãos;
2. Paramentar-se com os EPIs;
3. Colocar a solução de hipoclorito de sódio a 1% em recipiente grande de plástico opaco;
4. Não diluir a solução quando for à 1%;
5. Identificar o recipiente com a fita adesiva ou etiqueta com: o nome do produto, data da validade, horário da diluição/ativação, nome, carimbo e assinatura do profissional que fez o procedimento;
6. A solução de hipoclorito de sódio a 1% deve ser descartada a cada 6 horas;

7. Ler sempre as instruções do fabricante antes do uso de cada solução.



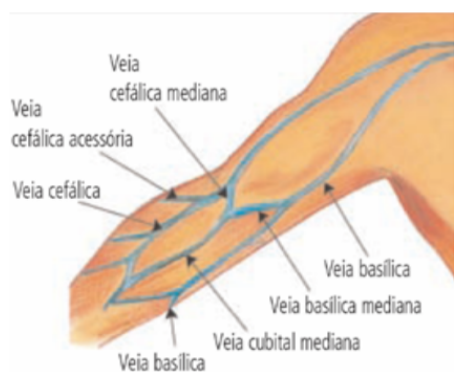
## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Coleta de exame de sangue</b>	

Executante: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

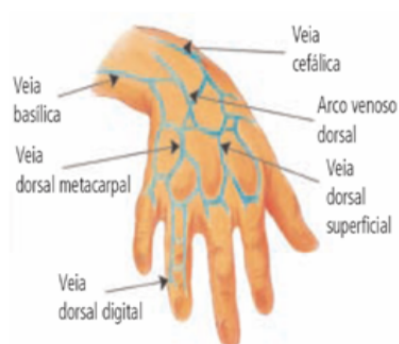
Introdução: A coleta de sangue é realizada através de dispositivo intravenoso para posterior envio ao laboratório. Para a coleta de exame de sangue é necessário avaliar a idade do paciente e as condições das veias do usuário. Devendo seguir a seguinte ordem para a escolha do local da punção venosa:

### 1º Fossa antecubital:



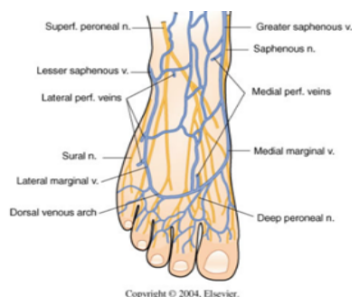
Fonte: Caderno de Apoio - Coleta de Exames Laboratoriais/SMS SP

### 2º Veias do dorso da mão:



Fonte: Caderno de Apoio - Coleta de Exames Laboratoriais/SMS SP

Observação: a rede venosa na região inferior do punho não deve ser usada, pois é uma região com nervos e tendões próximos da pele.



Fonte: Caderno de Apoio - Coleta de Exames Laboratoriais/SMS SP

Membros inferiores: Não deve ser utilizada, ao menos que seja extremamente necessário, devido ao risco de complicações tais como embolias, tromboflebite e necrose tissular. Somente realizar a punção com autorização do enfermeiro.

Atenção: não realizar punção em membros com instalação de terapia intravenosa, membro afetado por sequela de AVC, locais com área extensa de cicatrizes por queimadura ou com hematomas e equimoses, no membro do mesmo lado onde foi realizada mastectomia, fístulas arteriovenosas e veias trombosadas. Sequência dos tubos para coleta de exames: 1º Tubo seco (vermelho e/ou amarelo); 2º Tubo roxo; 3º Tubo cinza.

Instruções em caso de intercorrências na coleta: Formação de hematomas: Realizar compressão local por 10 minutos, manter membro em repouso e solicitar avaliação médica se necessário. Se o hematoma for relatado dias após a coleta orientar a realização de compressa de água morna, manter membro em repouso e avaliação médica se necessário.

Objetivos: Padronizar o procedimento para coleta de exames de sangue laboratoriais.

EPI: Avental; Luvas de procedimento; Óculos; Máscara.

Materiais: Bandeja; Agulha a vácuo ou escalpe a vácuo; Algodão; Swab alcoólico; Garrote; Tubos de coleta de acordo com o pedido; Jogo de etiquetas; Curativo estéril; Grade para acondicionamento das amostras; Caixa de perfurocortantes.

Descrição:

1. Conferir o nome completo do paciente e separar o material para a coleta, de acordo com os exames solicitados;
2. Etiquetar o material adequadamente;
3. Verifique a data de validade de todos os tubos e insumos utilizados na coleta;
4. A SADT deverá ser identificada com a etiqueta CONTROLE do jogo de etiquetas, e utilizar somente um jogo de etiqueta por paciente;
5. Colar etiqueta no livro de registro de coleta para eventuais consultas no sistema;
6. A etiqueta deverá ser colada no tubo, em cima da etiqueta que ele já contém,

para deixar a parte de visualização da amostra disponível ao técnico do laboratório e nunca sobre a tampa;

7. Chamar o paciente, confirmar nome e data de nascimento. Certificar-se de que o nome na frente da SADT é o mesmo que está impresso no verso com o Cartão SUS;

8. Confirmar o tempo de jejum e medicações que faz uso e anotar no verso do pedido;

9. Orientar o paciente sobre o procedimento;

10. Posicionar o braço do paciente, inclinándolo para baixo na altura do ombro;

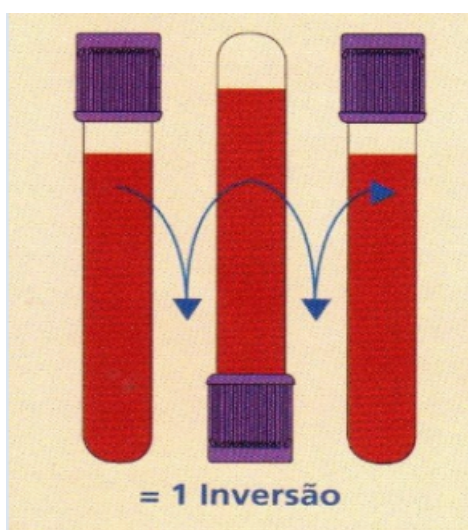
11. Fazer a palpação do vaso;

12. Garrotear o braço do paciente e realizar a antissepsia utilizando movimentos de dentro para fora, (nunca bater com os dedos sobre os vasos);

13. Retirar a proteção que recobre a agulha de coleta e fazer a punção numa angulação oblíqua de 30°, com o bisel da agulha voltado para cima;

14. Inserir o primeiro tubo a vácuo, e soltar o garrote assim que o sangue começar a fluir dentro do tubo;

15. Realizar as trocas dos tubos obedecendo a sequência (VERMELHO, ROXO E CINZA); 16. Realizar a homogeneização suavemente de 5 a 8 vezes (total inversão do tubo), de qualquer tipo de tubo coletado;



17. Após retirar o último tubo, remover a agulha e fazer a compressão no local da

punção, com algodão ou gaze seca. Em geral de 1 a 2 minutos para evitar a formação de hematomas e sangramentos. Se o paciente estiver em condições, oriente-o para fazê-lo até que pare de sangrar;

18. Descartar a agulha imediatamente após a remoção do braço do paciente em recipiente de material perfurocortante;

19. Oriente-o a não dobrar o braço nem pegar peso na próxima meia hora para evitar extravasamento de sangue e hematoma;

20. Retirar as luvas e higienizar as mãos;

21. Caso haja dificuldade com a coleta, anotar no verso do pedido;

22. Anotar data, hora, assinar e carimbar;

23. Organizar o ambiente.

#### Observações:

- O Número do cartão do SUS deverá estar impresso no verso do pedido. Se caso estiver com problemas para a impressão, avisar os responsáveis para as medidas cabíveis;
- Conferir se o SUS impresso no verso é o mesmo nome do paciente que está na frente do pedido;
- O pedido deve conter o carimbo com o nome da unidade;
- A fase pré-analítica é muito importante, cerca de 70% dos erros ocorridos em laboratórios são decorrentes desta fase;
- Importante lembrar que nos tubos contém a informação do volume correto de material para cada tubo, e existe uma marca que delimita este volume;
- Após a coleta, o profissional de enfermagem deverá anotar no verso do pedido: Data, Hora da Coleta (sangue ou urina), Assinatura e carimbo;
- As amostras serão transportadas em caixas isotérmicas, impermeáveis e higienizáveis, de forma a garantir a estabilidade das amostras da coleta até a realização da análise.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __/__/__	
<b>Coleta de exame de escarro</b>	

Executante: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Introdução: O bacilo da tuberculose é adquirido, principalmente, pela inalação de partículas infectantes suspensas no ar. Através da respiração, os bacilos chegam aos alvéolos pulmonares onde podem ser destruídos, permanecer em estado de latência ou se multiplicar. O exame de escarro (baciloscopia) identifica a maioria dos casos bacilíferos, que são as fontes mais importantes de transmissão da doença, além de ser um método simples, rápido e de baixo custo. O exame de escarro pode ser realizado tanto para diagnóstico como para controle do tratamento da Tuberculose (baciloscopia de controle).

Objetivos: Padronizar o processo de coleta de exame de escarro.

EPI: Luvas; Avental; Máscara N95; Máscara cirúrgica.

Materiais: Frasco; Solicitação do exame ; Etiquetas; Livro de Registro de Sintomático Respiratório.

PROCEDIMENTOS:

1. Acolher o paciente;
2. Fornecer máscara cirúrgica ao paciente sintomático e orientar uso adequado, se paciente suspeito de Tuberculose Pulmonar o profissional deverá se paramentar com máscara N95 ou equivalente;
3. Orientar usuário como realizar a coleta, entregar frasco devidamente identificado (no corpo do frasco) e direcionar o usuário que deverá colher o exame na área externa da Unidade de Saúde, no local destinado a coleta do exame de escarro;
- 4 - Orientar o paciente a inspirar profundamente, retendo por alguns segundos o ar

nos pulmões e tossir em seguida com o objetivo de escarrar o material diretamente no frasco. Orientar que repita o procedimento por três vezes para atingir o volume necessário (5 a 10 ml).

Orientar o paciente, ao final da coleta, para rosquear a tampa do pote firmemente, envolver em papel toalha e entregar ao profissional que receberá com as mãos enluvadas. Importante: Uma boa amostra de escarro é a que provém da árvore brônquica, obtida após esforço de tosse, e não a que se obtém da faringe ou por aspiração de secreções nasais, tampouco a que contém somente saliva. Orientações ao paciente para coleta no domicílio:

1. Entregar o recipiente ao paciente, verificando se a tampa do pote fecha bem e se já está devidamente identificado e etiquetado;
2. Orientar o paciente quanto ao procedimento de coleta: ao despertar pela manhã, lavar bem a boca (não escovar os dentes), inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse. Repetir essa operação até obter três eliminações de escarro, evitando que ele escorra pela parede externa do pote;
3. Informar que o pote deve ser tampado e colocado em um saco plástico com a tampa para cima, cuidando para que permaneça nessa posição durante o transporte até a unidade de saúde;
4. Orientar o paciente a lavar as mãos após o procedimento;
5. Na impossibilidade de envio imediato da amostra para o laboratório ou unidade de saúde, ela poderá ser conservada em geladeira comum até o dia seguinte;
6. O profissional de enfermagem deverá anotar na evolução do paciente o procedimento realizado, assinar, datar e carimbar. Realizar o registro do Sintomático Respiratório no livro de registro de Sintomático Respiratório no serviço de saúde; As amostras são acondicionadas na geladeira e encaminhadas ao laboratório conforme fluxo da Unidade.

Importante: a solicitação do exame de escarro pode ser feita por qualquer profissional do serviço de saúde.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>	

**OBJETIVO:** Estabelecer fluxo do usuário da Atenção Primária de Saúde (APS) que for encaminhado para serviços de urgência e emergência.

**EXECUTANTES:** recepcionista, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e médico.

**RECURSOS NECESSÁRIOS:** • Telefone; • Computador; • Caneta; • Ficha de encaminhamento.

**PROCEDIMENTO:**

1. Paciente faz registro de atendimento na recepção;
2. Enfermeiro/técnico de enfermagem realiza o acolhimento (triagem) do paciente, através da classificação de risco do mesmo;
3. Médico realiza a anamnese do paciente;
4. Médico identifica a necessidade de encaminhar o paciente para serviço de urgência e emergência;
5. Médico preenche o encaminhamento de referência e prescreve a solicitação dos exames necessários para realizar na unidade de referência, juntamente com a prescrição médica se caso achar necessário;
6. Médico informa a enfermagem quanto à necessidade de transferir paciente para serviço de urgência e emergência;
7. O médico faz contato telefônico com o médico do local de referência e passa o quadro clínico do paciente, como também qual o objetivo do encaminhamento;
8. Enfermeiro faz contato telefônico com o enfermeiro do local de referência, passa o quadro clínico do paciente;

9. Enfermeiro remetente solicita o transporte social para a transferência do paciente, conforme condições do paciente;
10. Conforme a gravidade, há a necessidade de Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), enfermeiro faz contato telefônico 192 e realiza a abertura do atendimento, na sequência o médico passa o caso clínico para o médico regulador e solicita o transporte de urgência e emergência;
11. No caso de um paciente chegar à unidade de saúde em horário que não houver médico na unidade, o enfermeiro/técnico faz o acolhimento do paciente, identificando a necessidade de avaliação médica urgente, o enfermeiro faz contato com o enfermeiro da Unidade de Pronto Atendimento, serviço de Urgência e Emergência e passa o caso clínico ao mesmo e a necessidade de encaminhar o paciente;
12. O enfermeiro faz avaliação e identifica qual tipo de transporte que deve encaminhar o paciente, na sequência solicita o transporte;
13. Caso não consiga contato telefônico com o local de referência (UPA), o enfermeiro faz contato com o SAMU e passa o caso para o médico regular, solicitando a transferência do paciente.
14. Médico e enfermeiro fazem os devidos registros do atendimento no prontuário do paciente.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>HIGIENIZAÇÃO DE CÂMARAS FRIAS</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares/Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros.

FINALIDADE Aplicar a padronização de limpeza e descontaminação de câmaras frias do setor da vacina.

FREQUÊNCIA Quinzenalmente

MATERIAIS • Luva para limpeza; • Pano de limpeza; • Bacia com água; • Álcool 70%; • Avental; • Calçado fechado;

PROCEDIMENTOS Limpeza Interna: A limpeza interna deverá ser realizada quando a verificação de algum resíduo derramado internamente ou quando constar água. É recomendado a verificação contínua para não ultrapassar 15 dias a limpeza, seguindo os passos a seguir: Utilize somente pano seco e limpo para uma perfeita limpeza, não utilize nenhum produto no interior da câmara. Esse procedimento poderá ser feito quinzenalmente e conforme necessidade. Esse equipamento possui degelo automático seco com evaporação do condensado, evitando assim qualquer trabalho para técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem no quesito do degelo.

Limpeza externa: aplicar pano umedecido com água e depois pano seco para remover a umidade. Não utilizar nenhum tipo de produto químico ou solvente neste procedimento. Semanalmente.

Desinfecção: conforme recomendado pelo MS-ANVISA, o produto de primeira escolha indicado para a desinfecção de superfícies de equipamentos em estabelecimento de Saúde é o Álcool 70%.

Recomenda-se realizar a primeira limpeza conforme acima citado e posteriormente com o auxílio de um pano macio e umedecido com Álcool 70%, limpar a superfície interna e externa do equipamento. A manutenção deve ser executada somente pelo serviço técnico qualificado Indrel.

Observação: nunca utilize água no interior do gabinete, para enxaguar use pano macio e umedecido e por último pano seco. Não utilizar nenhum produto químico ou solvente nesse processo.

Armazenamento: ao armazenar as vacinas, o critério de ordenamento deverá ser por vacina e dentro de cada pacote por validade, que proporcionando a fácil e rápida identificação do produto desejado, no interior da geladeira, evitando-se assim períodos prolongados de portas abertas.

O ideal é retirar as vacinas de suas caixas, separá-las em pacotes por tipo de vacina, identificando cada pacote para fácil visualização e agilidade. De um lado do Racks Box coloca-se as vacinas fechadas, em pacotes previamente identificadas, e no outro as vacinas abertas que serão utilizadas todos os dias, já datadas e identificadas, evitando assim abrir seguidamente o outro lado do Racks Box com as vacinas fechadas.

Caso falte energia elétrica para evitar abrir a porta, ele possui um gerador que segurará ainda 24 horas essa temperatura ideal. Se essa falta de luz se prolongar por mais de 24 horas providenciar o transporte dessas vacinas para a Geladeira Central que se encontra na Vigilância em Saúde conforme plano de contingência de queda de energia.

CUIDADOS • Usar tomada exclusiva, instalada a 1,30 m (NBR nº 5.410) do piso, para cada equipamento; • Instalar distante de fonte de calor, sem incidência de luz solar direta, em ambiente climatizado, bem nivelada e afastada 20 cm da parede e 40 cm entre equipamentos; • Não armazenar outros materiais (produtos e materiais de laboratório, odontológicos, medicamentos, alimentos, bebidas, insulinas, etc.); • Certificar-se de que a porta está vedando adequadamente;

• Não instalar em cantos da parede.

OBSERVAÇÕES Sobre o equipamento: Equipamento vertical, de formato externo e interno retangular, desenvolvido especificamente para a guarda científica de VACINAS. Câmara interna em aço inoxidável, equipada com blocos criogênicos

para manutenção inercial da temperatura na falta de energia elétrica. Isolamento térmico com 75 mm de espessura em poliuretano injetado, livre de CFC.

Porta de acesso de abertura frontal com prateleiras internas basculantes e parede em acrílico. Painel de comando e controle frontal de fácil acesso, com sistema microprocessador pelo display em LED, programável de 2°C a 8°C com temperatura controlada em aproximadamente a 4°C.

Alarme sonoro de máxima e mínima temperatura, sinalizador luminoso de equipamento energizado e de refrigeração em recuperação. Silenciador do alarme sonoro, de apenas um toque, por tempo programável. Sistema de redundância elétrico / eletrônico garantindo perfeito funcionamento do equipamento. Equipamento disponível em 110 v.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>IMUNOBOLÓGICOS COM DESVIO DE QUALIDADE</b>	

EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiros.

OBJETIVOS: Priorizar a qualidade do Imunobiológico.

CONCEITO Todo imuno que ficou sujeito a temperaturas acima de 8°C e abaixo de 2°C, deverá ser colocado sob suspeita, seguindo os procedimentos.

FINALIDADE Conhecer os procedimentos quando houver imunos sob suspeita.

FREQUÊNCIA Diariamente

MATERIAIS • Papel • Caneta • Telefone

### PROCEDIMENTOS

- Não abrir a refrigerador;
- Comunicar o Responsável Técnico pela UBS;
- Fazer a leitura da (s) temperatura (s) interna do refrigerador;
- Identificar com uma “marca” os imunobiológicos, acondicionar em embalagem plástica perfurada, identificados como “Sob Suspeita – não usar” e coloca-los em caixas térmicas com temperatura entre + 2° C e + 8° C;
- Proceder à limpeza do refrigerador;

- Verificar se alcançou a temperatura ideal (+ 2° C a + 8° C) antes de retornar os imunobiológicos para o refrigerador;
- Preencher o relatório padronizado: “Formulário para Avaliação de Imunobiológicos Sob Suspeita”, com os dados obtidos anteriormente;
- Enviar o relatório para a Gerência de Imunizações e Rede de Frio na Vigilância em Saúde para avaliação e os imunos sob suspeita;
- Aguardar resposta oficial da Gerência de Imunizações e Rede de Frio da Vigilância em Saúde para utilizá-los ou desprezá-los, porém, os imunobiológicos que já estiverem com a data de validade vencida poderão ser descartados conforme RDC nº. 306 de 07 de dezembro de 2004.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: _ / _ / _
DATA DA REVISÃO: _ / _ / _	
<b>INTERVALO ENTRE AS DOSES DE VACINAS E VALIDADE DAS VACINAS APÓS ABERTURA DOS FRASCOS</b>	

**EXECUTANTE:** Auxiliares/Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros. **CONCEITO** Vacinas vivas atenuadas: compostas de microrganismos vivos atenuados em laboratório que devem ser capazes de multiplicarem-se no organismo hospedeiro para que possa ocorrer a estimulação de uma resposta imune. Essa resposta imune ao microrganismo atenuado é idêntica à produzida pela infecção natural, pois o sistema imune é incapaz de diferenciar entre uma infecção pelo microrganismo vacinal e o microrganismo selvagem. A multiplicação do microrganismo vacinal não costuma ser capaz de causar doença. Vacinas inativadas: compostas de microrganismos inativados em que estes, não mais se encontram vivos, logo incapazes de multiplicarem-se. A resposta imune à vacina inativada é principalmente humoral, com pouca ou nenhuma imunidade celular.

**FINALIDADE** Melhorar a cobertura vacinal no município, no intuito de otimizar a aplicação, evitando desprezar muitas doses de vacina.

**FREQUÊNCIA** Diariamente

**TIPOS VACINAS COM AGENTE INFECCIOSO VIVO ATENUADO** • Injetáveis: tríplice viral (SCR), tetraviral (SCRV), febre amarela, varicela, dengue, BCG.

• Orais: poliomielite, rotavírus. **VACINAS INATIVADAS**

• dT, HIB, hepatite A, hepatite B, influenza, meningocócica, pneumocócica conjugada, poliomielite inativada (VIP), raiva, tríplice bacteriana (DTP), dTpa, pentavalente e HPV. • As vacinas inativadas podem ser aplicadas sem intervalo mínimo entre outras vacinas inativadas e atenuadas.

ATENÇÃO: entre as doses de uma mesma vacina, observar sempre os intervalos entre as doses e idade máxima/mínima específica de cada uma.

#### INTERVALO MÍNIMO NECESSÁRIO ENTRE VACINAS DIFERENTES:

VACINAS	INTERVALO MÍNIMO ENTRE VACINAS
Entre 2 inativadas	Nenhum Podem ser administradas simultaneamente ou com qualquer intervalo entre as doses
Entre 1 inativada e 1 viva atenuada	Nenhum. Podem ser administradas simultaneamente ou com qualquer intervalo entre as doses.
Entre 2 vivas atenuadas injetáveis	Pode ser aplicada no mesmo dia , se não, aguardar 30 dias entre as doses. Em caso de primovacinação das vacinas SCR/SCRV e Febre Amarela, não aplicar no mesmo dia, respeitar intervalo de 30 dias.
Entre 2 vivas atenuadas por via oral	Nenhum (exceção: entre pólio oral e rotavirus, desejável esperar 15 dias, atentando para idade máxima limite para aplicação).

#### OBSERVAÇÕES:

VACINA	VACINA	PRAZO PARA UTILIZAÇÃO DAS VACINAS APÓS ABERTURA DO FRASCO (A PARTIR DE 2017)
dT	Vacina adsorvida difteria e tétano adulto	Biological – 4 semanas Instituto Butantan – 15 dias Intervax – 4 semanas Serum Institute of India – 4 semanas
DTP	Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis	Instituto Butantan – 15 dias Serum Institute of India – 4 semanas Biofarma – 4 semanas
dTpa	Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis acelular adulto	Instituto Butantan – unidose – uso imediato Glaxosmithkline – unidose – uso imediato

Penta	Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B recombinante e Haemophilus influenzae b conjugada	Biological – unidose – uso imediato Sérum Institute of India – unidose – uso imediato
Hepatite A	Vacina adsorvida hepatite A (inativada) infantil	Instituto Butantan/Merck Sharp&Dome – unidose – uso imediato
BCG	Vacina BCG	Fundação Atauilpho de Paiva – 6 horas SerumInstituteofIndia – 6 horas
FA	Vacina Febre Amarela (atenuada)	Fundação Oswaldo Cruz – 6 horas Sanofi Pasteur – 6 horas
Hepatite B	Vacina hepatite B (recombinante)	Instituto Butantan – 15 dias (1 ml > 20 anos) Butantan/LG chem – 10 dias (1 ml > 16 anos) Sérum InstituteofIndia – 28 dias (1 ml > 20 anos) LG chem – 28 dias (1 ml > 16 anos) 15 a 26 anos – 3 doses (00 – 02 – 06 meses)
Meningo C	Vacine meningocócica 10 – valente (conjugada)	Fundação Ezequiel Dias – unidose – uso imediato
Meningo ACWY	Vacina meningocócica ACWY (conjugada)	Sanofi Pasteur – unidose – uso imediato Dose única aos 11 – 12 anos
Pneumo 10	Vacina pneumocócica 10 – valente (conjugada)	Fundação Oswaldo Cruz – unidose – uso imediato
VOP	Vacina poliomielite 1 e 3 (atenuada)	Fundação Oswaldo Cruz – 5 dias
VIP	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada)	Sanofi Pasteur – 28 dias
Rota	Vacina rotavírus humano G1P(8) (atenuada)	Fundação Oswaldo Cruz – unidose – uso imediato
TV ou VTV ou SRC	Vacina sarampo, caxumba e rubéola (atenuada)	Fundação Oswaldo Cruz – 8 horas Sérum InstituteofIndia – 6 horas
Tetra ou SRCV	Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada)	Fundação Oswaldo Cruz – unidose – uso imediato



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>LAVAGEM AURICULAR PARA REMOÇÃO DE CERUME DE CONDUITO AUDITIVO EXTERNO</b>	

EXECUTANTE: Enfermeiros e Médicos devidamente habilitados e capacitados.

OBJETIVOS: Remoção de cerume. Reduzir sintomas como hipoacusia, otalgia, zumbido, desconforto auditivo, sensação de eco, tontura e tosse crônica onde o agente causador possa ser o cerume impactado; Deixar conduto auditivo pérvio para realização de otoscopia ou outro exame necessário.

Definição: Método de remoção mecânica do cerume impactado em conduto auditivo externo através da instilação de água morna ou soro fisiológico aquecido.

### INDICAÇÕES

- Otalgia;
- Plenitude auricular;
- Sensação de eco em ouvidos;
- Diminuição importante da audição;
- Dificuldade de realizar otoscopia;
- Desconforto auditivo;
- Tinnitus (zumbido);
- Tontura ou vertigem;
- Tosse crônica;
- Pré-avaliação de pacientes encaminhados ao serviço de saúde auditiva.

## CONTRAINDICAÇÃO

- Otite média aguda;
- História pregressa ou atual de perfuração timpânica;
- História de cirurgia otológica;
- Otite externa com estenose do conduto auditivo externo e dor local;
- Paciente não cooperativo.

**MATERIAL** • Equipamento de proteção individual (máscara, óculos, avental descartável); • Luvas de procedimento; • Compressa/toalha descartável; • Seringa de 20ml; • Scalp calibre 19 (ou mais calibroso); • Cúpula; • Cuba rim; • Otoscópio com aurícula (em tamanho adequado); • Tesoura; • Água morna ou Soro fisiológico 0,9% aquecido em temperatura aproximada de 37°C; • Termômetro (para aferir a temperatura do líquido utilizado); • Cotonete; • Garrafa térmica; • Gaze não estéril.

## PROCEDIMENTO

1. Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
2. Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
3. Realizar otoscopia com aurícula em calibre ideal para o exame, se necessário utilizar mais de um calibre (Figura 1);



**Figura 1**

4. Certificar-se com o paciente ou responsável se não há condições de contraindicação;
5. Reunir o material necessário para o procedimento;
6. Realizar a higiene das mãos;
7. Posicionar o paciente sentado com a cabeça centralizada;
8. Posicionar a compressa/toalha descartável no ombro do mesmo lado onde será realizada a lavagem de ouvido;
9. Posicionar a cuba rim justaposta em região cervical logo abaixo do lóbulo da orelha (Figura 2);



**Figura 2**

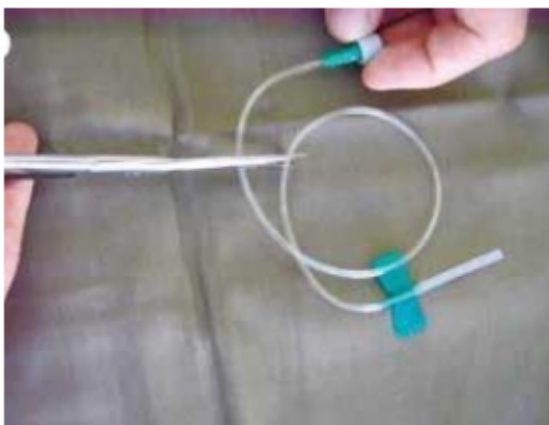
10. Colocar a água morna ou soro fisiológico aquecido ( $T=37^{\circ}\text{C}$ ) na cúpula e verificar a temperatura com termômetro ou por meio de sensibilidade térmica direta na região do antebraço (Figura 3);



**Figura 3**

11. Calçar luvas de procedimento;

12. Cortar o scalp com aproximadamente 4 cm a partir da extremidade de acoplamento da seringa, descartar a extremidade da agulha em caixa perfurocortante (Figura 4);



**Figura 4**

13. Aspirar a água ou soro fisiológico aquecido com a seringa e acoplar no scalp que foi cortado (Figuras 5 e 6);



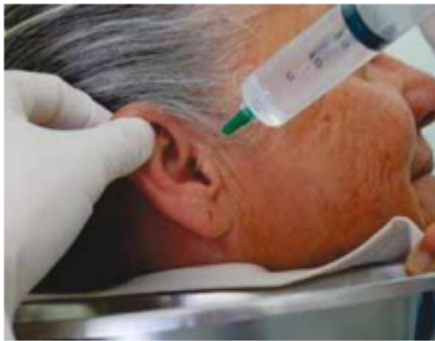
**Figura 5**



**Figura 6**

14. Efetuar a retificação do conduto auditivo, tracionando o pavilhão auricular para cima.

15. Simultaneamente, introduzir a extremidade cortada do scalp na extremidade superior do meato auditivo externo e com leve pressão instilar a água ou soro fisiológico, deixando escoá-lo na cuba rim (Figuras 7 e 8);



**Figura 7**



**Figura 8**

16. Durante o procedimento avaliar queixas e expressões faciais do paciente;

17. Repetir os itens 13, 14, 15 e 16 até observar que não há mais retorno de cerume ou observar em otoscopia a permeabilidade do conduto;

18. Realizar nova otoscopia e verificar se ainda há cerume impactado; outro indicador de que a remoção de cerume foi efetiva é a sensação de melhora da hipoacusia relatada pelo paciente;

19. Ao fim do procedimento solicitar ao paciente que lateralizar a cabeça e oferecer uma gaze/compressa seca para secagem do líquido residual;

20. Secar o pavilhão auditivo externo com cotonete;

21. Descartar os materiais em resíduo apropriado;
22. Descartar o conteúdo da cuba rim em local adequado;
23. Retirar as luvas de procedimento;
24. Realizar a higiene das mãos;
25. Avaliar estado geral e queixas do paciente (tontura, dor, nistagmo) e em caso negativo auxiliar o paciente a sair da cadeira;
26. Realizar o registro do atendimento em prontuário e em planilha de produção;
27. Manter o ambiente em ordem e a sala organizada.

#### Observações

1. Se houver alguma condição que contra indiquem o procedimento o paciente deverá ser encaminhado para avaliação médica;
2. A água ou soro fisiológico utilizado para o procedimento devem estar aquecidos próximo a temperatura corporal (37°C). O líquido deve estar aquecido para evitar dores, desconfortos, nistagmo e tontura. É importante verificar a temperatura do líquido (água ou soro fisiológico), com termômetro ou por meio de sensibilidade térmica direta na região do antebraço antes de realizar o procedimento;
3. Para aquecimento da água: Pode ser aquecida em chaleira elétrica ou fogão e acondicionada em garrafa térmica de uso exclusivo para essa finalidade;
4. Para aquecimento do soro fisiológico: aquecer a bolsa em banho Maria ou forno de micro-ondas de uso exclusivo para essa finalidade;
5. Não cortar o scalp na diagonal para evitar formar uma superfície pontiaguda que poderá ferir o canal auditivo do paciente;
6. Para crianças: posiciona-la na cadeira no colo do acompanhante de forma que o adulto possa ajudar a restringir os movimentos se necessário, sendo assim é importante a presença de outro profissional durante o procedimento para segurar a cuba rim ou auxiliar em alguma necessidade;
7. Atentar a presença de vertigem, nistagmo, dor ou desconforto intenso e interromper o procedimento caso ocorra. Aguardar de 10 a 15 minutos para verificar se há melhora espontânea da queixa, caso não tenha melhora solicitar avaliação médica;
8. Orientar o paciente a retornar ao serviço para nova avaliação em caso de

queixas relacionadas ao procedimento que ocorram posteriormente;

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

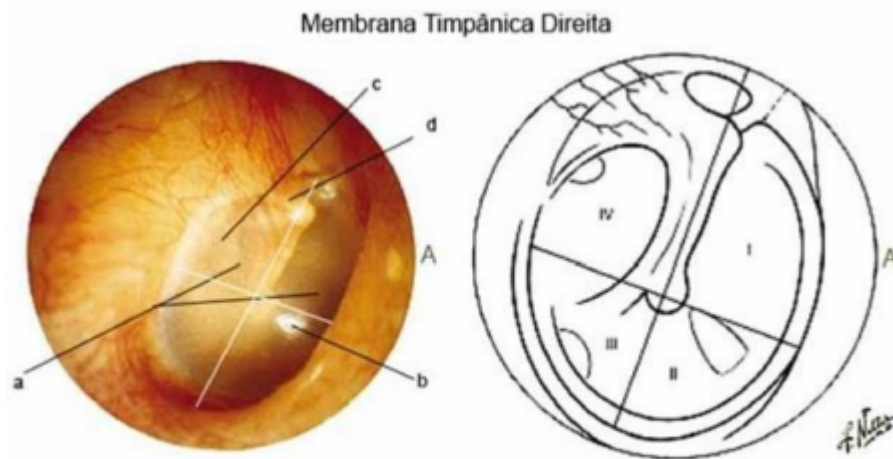
10. Todo paciente com indicação de lavagem auricular deverá fazer uso de ceruminolítico prescrito pelo médico por um período mínimo (5 gotas em cada ouvido 3 a 4 vezes ao dia por 5 dias) anterior ao procedimento;

11. Sempre que possível ou necessário solicitar acompanhante responsável para menores de 18 anos ou idosos;

12. Ao fim do procedimento deve ser realizada higiene do otoscópio (cabo, cabeça) com álcool 70%, encaminhando as aurículas para o expurgo para limpeza e desinfecção de baixo nível.

#### REALIZAÇÃO DE OTOSCOPIA

1. O paciente deve estar sentado para o exame e o procedimento;
2. O otoscópio e as aurículas devem estar limpos e testados;
3. Tracionar o pavilhão auditivo para cima com a mão dominante;
4. Segura-se o otoscópio pelo cabo, com a cabeça voltada para baixo;
5. Deve-se procurar visualizar a membrana timpânica integralmente, identificando alguns pontos anatômicos de acordo com a figura abaixo. Recomenda-se identificar o cone de luz como referencial que sempre estará disposto na região anteroinferior da membrana timpânica.



**Figura 9** - Visualização direta de membrana timpânica direita visualizada à otoscopia Fonte: (NETTER, 1999)

1. Anterossuperior: parte tensa (a)
2. Anteroinferior: cone de luz (b)
3. Posteroinferior
4. Posterossuperior: ramo longo da bigoma (c);
5. prega malar posterior (d).



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>LIMPEZA DE EQUIPAMENTOS EM SALA DE IMUNIZAÇÃO</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares/Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros.

OBJETIVOS: Realizar a limpeza necessária para evitar contaminação do ambiente de conservação dos imunobiológicos e consequentemente perdas ou alterações dos produtos.

RECURSOS NECESSÁRIOS: • Panos para limpeza; • Água e sabão neutro.

PROCEDIMENTO:

1. Transferir os imunobiológicos para outra câmara e/ou geladeira, se houver, ou para uma caixa térmica previamente organizada com as bobinas de gelox;
2. Não mexer no termostato;
3. Desligar a tomada e abrir a porta ou tampa;
4. Limpeza interna apenas com pano limpo e seco e desinfecção com pano limpo com álcool 70%;
5. Limpar externamente, com um pano umedecido em solução de água com sabão neutro ou sabão de coco;
6. Umedecer um pano limpo em água limpa e realizar a retirada do sabão;
7. Não jogar água no interior do equipamento;
8. Ligar o refrigerador e fechar a porta;
9. Manter a porta fechada pelo tempo necessário até alcançar a temperatura recomendada;
10. Após a estabilização da temperatura, reorganizar os imunobiológicos;

11. Manter a sala em ordem.

Observações: • Realizar a limpeza da geladeira mensalmente ou sempre que necessário, antes da chegada dos imunobiológicos.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>LIMPEZA E CONSERVAÇÃO DA CAIXA TÉRMICA</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares/Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros.

OBJETIVOS: Montar e manejar as caixas térmicas de acordo com as normativas do Ministério da Saúde.

RECURSOS NECESSÁRIOS: • Caixa térmica para imunobiológicos; • Bobinas de gelo reutilizáveis e • Termômetro digital.

PROCEDIMENTO:

1. Lavar e secar cuidadosamente as caixas após cada uso;
2. Manter as caixas térmicas abertas, até que estejam completamente secas;
3. Após a secagem, armazená-las abertas em local adequado;
4. Deve ser usada caixa térmica do tipo retangular, com capacidade mínima de sete litros e com tampa ajustada;
5. Manter a temperatura interna da caixa entre +2°C e +8°C, monitorando-a com termômetro de cabo extensor, trocando as bobinas de gelo reutilizável sempre que necessário;
6. Usar bobinas de gelo reutilizável ambientalizadas nas laterais da caixa e no fundo;
7. Organizar os imunobiológicos no centro da caixa, deixando-os circundados pelas bobinas (em formato de ilha);
8. Manter a caixa térmica fora do alcance da luz solar direta e distante de fontes de calor;
9. Ao final da jornada de trabalho, retornar as bobinas ao congelador/freezer;

10. Recomenda-se que sejam utilizadas caixas separadas para o estoque de imunobiológicos, bobinas e outras para acondicionamento das vacinas em uso.

#### CUIDADOS COM AS BOBINAS

1. Devem ser estocadas em freezer, ou seja, próximo de  $-20^{\circ}\text{C}$ , ou em congelador de geladeira, próximo de  $-7^{\circ}\text{C}$ ;
2. Retirar as bobinas de gelo reutilizável do freezer, colocá-las sobre uma mesa, pia ou bancada, até que desapareça a “névoa” que normalmente cobre a superfície externa da bobina congelada;
3. Ao mesmo tempo, colocar uma das bobinas sobre um material isolante e colocar sob a bobina o bulbo de um termômetro de cabo extensor, para indicação de quando as bobinas terão alcançado a temperatura mínima de  $0^{\circ}\text{C}$ ;
4. Após o desaparecimento da “névoa” e a confirmação da temperatura positiva através do termômetro de cabo extensor mantido em uma das bobinas, enxugá-las e colocá-las nas caixas;
5. Concomitantemente, recomenda-se mensurar a temperatura interna da caixa através do termômetro de cabo extensor, antes de colocar as vacinas em seu interior;

Observações: • Observar o prazo de validade das bobinas, como também periodicamente observar se contém rachaduras e/ou vazamento.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>PLANO DE CONTIGÊNCIA - IMUNIZAÇÃO</b>	

EXECUTANTE: Auxiliares/Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros.

OBJETIVOS: Estabelecer e padronizar condutas a serem tomadas pelos funcionários da sala de imunização, incluindo a ativação de processos manuais, para fazer com que seus processos voltem a funcionar plenamente.

CONCEITO O Plano de Contingência é um documento onde estão definidas as responsabilidades estabelecidas na sala de imunização, a fim de descrever as medidas a serem tomadas, incluindo a ativação de processos manuais, para fazer com que os seus processos críticos voltem a funcionar plenamente, ou num estado minimamente aceitável, o mais rápido possível, evitando assim a continuidade da disfunção ou uma paralisação prolongada que possa gerar maiores prejuízos ao serviço. FREQUÊNCIA Diariamente MATERIAIS • Papel • Caneta • Telefone • Caixa térmica • Termômetro PROCEDIMENTOS Plano de Contingência para falha na Energia Elétrica: • Em caso de falha de energia elétrica, a sala de vacina possui câmara fria que poderá ficar até 24 horas sem energia desde que seja monitorada esta câmara e que ninguém abra a mesma;

- Ao detectar o problema acionar imediatamente a Coordenação de Imunização do município através do telefone ( verificar) em horário comercial e (verificar teefone) sobreaviso no final de semana, feriado e noturno;
- Se dentro de 24 horas não for restabelecida a energia, avisar a coordenação que os imunobiológicos serão remanejados para a Vigilância em Saúde que disponibilizará um refrigerador para armazenamento dos imunos;

- Não tendo um equipamento disponível para o armazenamento dos imunos a coordenação ficará responsável por providenciar local para armazenamento dos mesmos;
- O transporte dos imunos deve ser em caixas térmicas com termômetro dentro das temperaturas preconizados por lei entre 2°C a 8°C.
- Após reestabelecimento da energia no setor, buscar os imunos na Vigilância em Saúde em caixas térmicas respeitando a padronização das temperaturas para transporte acima mencionadas. Plano de Contingência para falha no Controle da Temperatura Ambiente (ar condicionado):
- A sala destinada ao armazenamento e conservação de imunobiológicos deve ter a temperatura mantida entre 18°C a 20°C para um ótimo desempenho. A temperatura do setor deve ser controlada a cada 4 horas e anotada no formulário registro de temperatura afixado na sala de vacina;
- Em caso de temperaturas fora da faixa permitida, verificar posição correta dos termômetros testá-los zerar pressionando RESET, Fazer a leitura das temperaturas no momento IN (em) e OUT (temperatura do momento) no visor digital, pressionar o botão MAX/ MIN para ver as temperaturas máxima e mínima do sensor do corpo do termômetro (IN) e do sensor do cabo externo (OUT) se estiver funcionando bem testar o ar condicionado;
- Testar o funcionamento do aparelho de ar-condicionado , verificar se a tomada não foi desligada, verificar se o aparelho está ligado e se mesmo assim não estiver refrigerando a sala, deverá ser acionada a manutenção na Secretaria de Saúde.
- No caso de não conseguir que a Secretaria de Saúde conserte o equipamento e este ser retirado para uma avaliação mais criteriosa do problema na manutenção, solicitar imediata reposição de outro equipamento de ar condicionado no setor até o conserto do mesmo.

#### OBSERVAÇÕES

- Atentar sempre para uso correto dos equipamentos, consultar sempre caso de dúvida o manual de utilização, os POP's do setor.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>VISITAS DOMICILIARES (VD)</b>	

EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem e Agente de saúde

### CONCEITO

A visita domiciliar tem se revelado instrumento de enorme eficácia e baixo custo, e deve ser incentivada para que de fato a saúde pública esteja disponível de modo universal no país. A assistência prestada por meio da visita domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. A visita domiciliar é uma “forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao INDIVÍDUO E À FAMÍLIA ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando a maior equidade da assistência em saúde”.

**FINALIDADE** A VD configura-se como uma das modalidades da atenção domiciliar à saúde, abrangendo a atenção, o atendimento, a prevenção e a promoção dos indivíduos no domicílio.

**FREQUÊNCIA** Diariamente para ACS, semanalmente para outros profissionais de saúde conforme cronograma da Equipe, de acordo com a estratificação de risco de cada paciente e/ ou família, classificado pelo nível de vulnerabilidade identificado.

### PLANEJAMENTO

As visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, por conta de especificidades individuais ou familiares. Assim, deve se considerar como critérios gerais:

OBJETIVOS: Para a execução da VD, o primeiro passo é definir seu foco, que pode abranger um ou mais dos seguintes objetivos:

- Conhecer o domicílio e suas características, identificando a situação socioeconômica, culturais e condições de saúde de seus moradores.
- Verificar a estrutura e a dinâmica familiar com elaboração da estratificação de risco;
- Identificar fatores de risco individuais e familiares.
- Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados.
- Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não.
- Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida.
- Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde doença.
- Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares.
- Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares.
- Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado.
- Aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária.

Supervisionar os agentes comunitários de saúde:

- Cadastrar 100% dos indivíduos residentes na área de abrangência, realizar preenchimento adequado dos cadastros (MV) bem como o preenchimento da ficha individual e situação de saúde de cada indivíduo,
- Vincular todos os usuários à Unidade Básica de Saúde de referência e aos imóveis e domicílios.
- Confeccionar e atualizar periodicamente o mapa estratégico.
- Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, etc...).
- Situação ou problema crônico agravado.

- Situação de urgência.
- Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde.

Entre os ADULTOS são priorizadas visitas domiciliares pelos agentes de saúde quando da identificação:

- Do problema de saúde agudo ou condições crônicas;
- Dos portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória.
- Dos hipertensos, diabéticos, saúde mental, portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento.
- Ausências no atendimento programado. Para o grupo de IDOSOS são consideradas prioritárias situações:
  - Acamados e/ou com dificuldade de deambulação;
  - Com doenças crônico-degenerativas;
  - Sem adesão ao tratamento;
  - Sem cuidador;
- Ausências no atendimento programado. Para o grupo de CRIANÇAS são consideradas prioritárias situações:
  - Recém-nascidos classificados como alto risco;
  - Com atraso no crescimento ou no desenvolvimento;
  - Ausências no atendimento programado e/ou vacinações;
  - Menores de 2 anos de vida;
- Incentivo ao aleitamento materno; Para o grupo de GESTANTES são consideradas prioritárias situações:
  - Ausências na consulta de pré-natal agendada e/ou vacinação em tempo adequado;
  - Ausências nos exames e/ou ultrassonografias agendadas em cada trimestre;
  - Ausências do pré-natal do parceiro;
  - Ausência no atendimento odontológico programado;
  - Orientações sobre o período gestacional, e importância da realização do pré-natal adequado; Para garantir a priorização das situações de maior risco deve-se aplicar

a escala de risco familiar, pautada nas informações presentes na Tabela de Classificação de Risco Individual e Familiar, sendo a VD priorizada de acordo com o planejamento da periodicidade das visitas direcionado pela nova classificação, estabelecendo dessa forma, estratégias para priorizar a visita às famílias que tenham maiores escores.

#### CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL E FAMILIAR ESCORE DE RISCO

CONDIÇÕES SOCIAIS / SAÚDE / AGRAVOS	PONTUAÇÃO
URBANA	00
RURAL	01
ACAMADO/DOMICILIADO	03
DEFICIENTE FÍSICO	01
DEFICIENTE MENTAL	03
SAÚDE MENTAL (BAIXO E MÉDIO RISCO)	01
SAÚDE MENTAL (ALTO RISCO)	05
EM ACOMPANHAMENTO PSIQUIATRICO (AGUDO E CRÔNICO)	02
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (BAIXO E MÉDIO RISCO)	01
HAS ALTO RISCO	03
DIABETES MELLITUS NÃO INSULINO-DEPENDENTE	01
DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTE	03
DIA ALTO RISCO/COMPLICAÇÕES	10
DIÁLISE	03
DOENÇAS CRÔNICAS	01
CÂNCER (HISTÓRICO ANTERIOR OU EM TTO)	02
CARDÍACO	01
INFARTO/AVC	03
HEPATITE B E C	01
TRANSPLANTADO	02
ASMA/DPOC	01
SAÚDE BUCAL ALTO RISCO	02
OBESIDADE GRAU III	01
GESTANTE	06
GESTANTE ALTO RISCO	11
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	06
CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS	06
CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS ALTO RISCO	11
IDOSO FRÁGIL	05
MAIOR DE 70 ANOS	02
IDOSO QUE VIVE SÓ	06
PACIENTE EM TTO PARA HANSENÍASE	06
PACIENTE EM TTO PARA TUBERCULOSE	06
VULNERABILIDADE FAMILIAR	02
VIOLÊNCIA FAMILIAR	03
ALCOOL/DROGAS	03
TABAGISMO	0,25
RENDA FAMILIAR	01
ANALFABETISMO	01
EVASÃO ESCOLAR	01
RELAÇÃO MORADOR/CÓMODO	01
NÃO POSSUI VEÍCULO	01
LER/DORT	01
RISCO DE DENGUE	01
EXPOSIÇÃO A AGROTÓXICOS	01
SANEAMENTO BÁSICO	01
MIGRANTES/REFUGIADOS	01
INVASÃO/ASSENTAMENTOS	01

A programação das VD deve ser baseada na seguinte classificação:

PONTUAÇÃO	GRAU DE RISCO	PERIODICIDADE DAS VISITAS
= 0	SEM RISCO	A CADA 90 DIAS
1, 2, 3, 4 e 5	BAIXO RISCO	A CADA 60 DIAS
6, 7, 8, 9 e 10	RISCO INTERMEDIÁRIO	A CADA 30 DIAS
11 a 20	ALTO RISCO	A CADA 15 DIAS
> 20	ALTO RISCO EXTREMO	A CADA 7 DIAS

PERIODICIDADE A periodicidade de visitas domiciliares às famílias pela equipe de saúde também leva em conta a classificação de risco familiar: ✓ - Sem risco: visitas a cada 90 dias ✓ - Risco baixo: visitas a cada 60 dias ✓ - Risco intermediário: visitas a cada 30 dias ✓ - Risco alto: visitas a cada 15 dias ✓ - Risco extremo: visitas a cada 7 dias

### BUSCA ATIVA E ORIENTAÇÕES

Ao agente comunitário de saúde (ACS) cabe realizar as visitas de acordo com a necessidade de cada família na sua área de abrangência, com o objetivo bem definido de assegurar o acompanhamento dos indivíduos e suas famílias, e independentemente de situação de risco, priorizar a execução das seguintes atividades em sua área:

- Busca ativa de gestantes até a 12<sup>o</sup> semanas de gestação
- Busca ativa de crianças com menos de 2 ano de vida, para puericultura, acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e imunização, bem como a confecção do cartão sombra para essa faixa etária
- Busca ativa de sintomáticos respiratórios ou pacientes em tratamento de tuberculose.
- Busca ativa de sintomáticos dermatológicos ou pacientes em tratamento de hanseníase.
- Busca ativa de mulheres para prevenção de câncer de colo de útero e de mama.
- Busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos em agendamentos de consultas e exames.
- Busca ativa de idosos para classificação de risco de vulnerabilidade
- Busca ativa de pacientes de saúde mental faltosos em consultas
- Orientações em relação a dengue.

- Outros (saneamento básico, Bolsa-Família, etc.).

VISITAS DOMICILIARES E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL Algumas situações podem representar riscos específicos à saúde da família ou de seus componentes, devendo ser observadas as especificidades em relação às áreas de atuação, faixas etárias, comorbidades entre outros. A seguir, descrevem-se situações de risco específicas de cada área que merecem ser consideradas nas visitas domiciliares pela equipe, a fim de assegurar a atenção integral ao indivíduo e sua família.

Riscos específicos de cada área de atuação: Saúde Bucal

- Queixas bucais (dor, sangramento, inchaço)
- Hábitos de higiene bucal
- Situações indesejáveis (chupeta, mamadeira)
- Saúde Mental
- Cárcere privado
- Egresso hospitalar
- Tentativa de suicídio
- Portador de deficiência mental
- Usuário de álcool e outras drogas ilícitas
- Situações de violência física, sexual ou psicológica
- Abandono
- Negligência Saúde da Criança
- Inadequação da alimentação para a idade
- Sinais de atraso no crescimento e no desenvolvimento
- Atraso vacinal • Alterações de comportamento
- Ausência de brinquedos
- Falta de contato com a criança
- Cuidados inadequados de higiene
- Dificuldades de aprendizagem
- Situações de risco de acidentes domésticos
- Exploração de mão de obra infantil
- Procura frequente por serviços de saúde Saúde do Adolescente

- Uso e abuso de álcool, cigarro e drogas ilícitas
- Violência doméstica
- Abuso sexual
- Situação de risco nutricional
- Obesidade
- Evasão escolar
- Problemas escolares graves, repetência
- Gravidez na adolescência
- Comportamento de risco para DST/AIDS,
- Atraso vacinal Saúde da Mulher
- Sem controle ginecológico anual
- Sem mamografia de rastreio após os 40 anos de idade
- Sem orientação para planejamento familiar
- Sem acompanhamento para doenças crônicas já diagnosticadas.
- Gestante sem acompanhamento do pré-natal
- Gestante em uso de medicamento
- Puérpera sem acompanhamento
- Mulheres com sangramento irregular
- Menopausa
- Procura frequente por serviços de saúde Saúde do Adulto
- Obesidade
- Sinais de tristeza
- Atraso vacinal
- Comportamento de risco para DST/AIDS
- Uso incorreto de medicamentos
- Sem acompanhamento para doenças crônicas já diagnosticadas. Saúde do Idoso
- Isolamento social
- Idosos que vivem só
- Analfabetismo

- Situação de risco nutricional
- Dificuldade para o autocuidado
- Atraso vacinal
- Sinais de depressão
- Confusão mental
- Quedas frequentes
- Uso incorreto de medicamentos
- Precariedade na higiene
- Sem acompanhamento para doenças crônicas já diagnosticadas.
- Procura frequente por serviços de saúde No processo de planejamento, questões relativas à operacionalização devem ser consideradas previamente, conforme se sugere:
  - Definição do itinerário, por meio do mapeamento da área e do transporte a ser utilizado.
  - Definição do tempo para execução da visita em cada domicílio.
  - Priorização do horário preferencial das famílias para a realização das visitas. As visitas domiciliares com os demais profissionais da equipe (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, equipe odontológica...) deve ainda dispor de materiais devidamente acondicionados em maleta que garantam o desenvolvimento de suas atividades no domicílio, tais como:
    - Ficha, caderno, tablet para registro da visita domiciliar
    - Receituário.
    - Papel, lápis e caneta.
    - Estetoscópio
    - Esfigmomanômetro.
    - Lanterna.
    - Material educativo.
    - Fita métrica.
    - Abaixador de língua.
    - Termômetro.

- Pequeno espelho para orientação de higiene dental.
- Glicosímetro com fitas.
- Luvas de procedimento e estéreis.
- Pacote de curativos.

## VISITAS DE ENFERMAGEM

### FORMALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR

Como metodologia básica para a VD, é empregada a entrevista com os integrantes da família e a observação sistematizada do ambiente e sua dinâmica.

No domicílio, inicia-se pela abordagem clínica ao caso prioritário. Após a avaliação individual é realizada a abordagem familiar e, posteriormente, são prescritos os cuidados, feitos os encaminhamentos e fornecidas as orientações pertinentes de acordo com a especificidade do caso e de sua família.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CODIFICAÇÃO: POP 57	DATA DE VALIDAÇÃO: / /
DATA DA REVISÃO: __ / __ / __	
<b>Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV)</b>	

Introdução: As vacinas pertencem a um grupo de produtos biológicos com alto perfil de segurança, entretanto, como qualquer produto farmacêutico, pode apresentar efeitos indesejáveis, os chamados eventos adversos pós-vacinação (EAPV). Eventos adversos são quaisquer ocorrências indesejadas após a vacinação, podendo ou não ter sido ocasionado pela vacina. A grande maioria dos eventos associados ao uso dos imunobiológicos é trivial: febre, dor, edema no local da injeção. Manifestações graves como convulsões febris e reações alérgicas tipo anafiláticas são bem menos frequentes. Muitos desses EAPVs são meras associações temporais, isto é, ocorreram ao mesmo tempo, mas não foram ocasionados pelo uso da vacina, porém independente de ser ou não reação vacinal, se inicia o processo de vigilância do evento. A unidade responsável pela administração do imunobiológico deve notificar e investigar qualquer ocorrência. Em geral são unidades notificadoras as Unidades Básicas de Saúde, UPAs, Pronto Socorros e Hospitais. No entanto, qualquer Unidade de Saúde pública ou privada deve notificar a ocorrência de Evento Adverso Pós-Vacinação.

Objetivos: Saber reconhecer, notificar e encaminhar corretamente todos os casos de eventos adversos relacionados à administração de vacinas.

RESPONSÁVEL: Equipe De Enfermagem.

1. Paciente dá entrada na unidade informando possível reação vacinal, deverá ser direcionado para atendimento do Enfermeiro;

2. O enfermeiro que está acolhendo o paciente irá avaliar necessidade do usuário ser avaliado em consulta médica e qual a prioridade do atendimento, conforme sua classificação de risco;
3. Nos casos não graves o usuário deverá ser encaminhado à sala de vacina para notificação de EAPV. Nos casos de reação grave o atendimento médico deverá ser imediato, a notificação deverá ocorrer após o término do atendimento do usuário;
4. A notificação deve ser realizada em ficha específica de notificação de eventos adversos pós-vacinal: a) Preenchimento do cadastro do paciente corretamente com todos os dados solicitantes; b) Data da Notificação; c) Item de Notificação como: Data de aplicação, Estratégia, Imunobiológico, Dose, Laboratório, Lote, Via de Administração, Local de aplicação, Indicação, Especialidade, Estabelecimento; d) Se atentar a todos os demais campos descritos na ficha como: Gestante, Mulher Amamentando, Criança em aleitamento Materno, Evento Adverso descrito, Classificação não grave, Grave, Erro de imunização, Responsável pela Notificação;
5. O formulário de investigação, após atendimento do enfermeiro, deve seguir para o atendimento médico se necessário, contendo as informações respondidas na ficha pelo profissional responsável pela consulta clínica ou pediátrica;
6. Após o preenchimento enviar a ficha no processo de investigação para a UVIS (Unidade de Vigilância em Saúde);
7. Informar o paciente ou seu responsável que a unidade entrará em contato para dar resposta sobre a notificação e a conduta a ser tomada.

Observações de Manifestações locais: Abscesso: geralmente associado com infecções secundárias a possíveis erros na técnica de aplicação; ● Hiperestesia: causada pela irritação dos terminais nervosos locais; ● Eritema: devido à vasodilatação reativa, que favorece a absorção; ● Prurido e pápulas urticariforme são consequência da liberação de histamina, serotonina, e outras substâncias vasoativas; ● O Enfartamento ganglionar revela a atividade das células retículos endoteliais e dos macrófagos para eliminar os restos da vacina.

Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis  
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO**

---

**Formulário de Cadastro do Paciente**

Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Raça: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ Tipo Documento: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Zona:  Urbana  Rural Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. Contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

---

**Formulário de Notificação**

Data da Notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Item de Notificação:

Data de Aplicação	Estratégia	Imuno-biológico	Dose	Laboratório	Lote	Via de Administração	Local de Aplicação	Indicação	Especialidade	Estabelecimento
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										

**Gestante:**  
 Sim  Não  Ignorado  
Mês de gestação no momento da vacinação:

**Mulher Amamentando:**  
 Sim  Não

**Criança em Aleitamento Materno:**  
 Sim  Não

**Evento Adverso:**

**Classificação:**  
 Não Grave (EANG) – Qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de evento adverso grave;  
 Grave (EAG);  
 Erro de Imunização (EI).

**Responsável pelo Preenchimento da Notificação:**

Estabelecimento: CNES: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Ficha EAPV Web versão 05-Ago-2014.doc 3 de 8

Declaração de recebimento dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do

serviço de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Ubatã,  
elaborado em AGOSTO de 2023.

UNIDADE: \_\_\_\_\_

Recebido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

CIÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM (ASSINATURA COM CARIMBO)

REFERÊNCIAS

Referências: Ficha de Notificação de Eventos Adversos Pós-Vacinação Norma de imunização 2021 Norma Técnica do Programa de Imunização

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica (Caderno de Atenção Básica, nº15) – Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2006. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2013. Disponível em: Acesso em: 22/04/2021 BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA Nº01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: Orientações Gerais para Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. 2018, 16p. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 514, de 5 de maio de 2016. Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília: COFEN, 2016. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 450/2013. Estabelece as competências da equipe de enfermagem em relação ao procedimento de Sondagem Vesical. [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen3582009_4384.html). Acesso em: 10 de maio 2021. Ministério da Saúde. Guia de Orientação para Coleta de Escarro. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/ EBSE RH. Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. 2016: p:480 PREFEITURA MUNICIPAL DE SUZANO. Secretaria Municipal de Suzano. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem. 1ª versão. Suzano, 2018. PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. Secretaria Municipal de Salvador. Procedimentos Operacionais Padrão para as Unidades Básicas de Saúde do Município de Salvador. 2ª ed. Salvador, 2019. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas, 2009.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen->

3582009\_4384.html. Acesso em 10 de maio de 2021. Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Diretrizes para Sistematização da Assistência de Enfermagem / Processo de Enfermagem em Ribeirão Preto/ Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2019 RIBEIRO, Mauro Luiz de Britto. Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM nº 2.079/14. 14 de agosto de 2014. Disponível em: Acesso em: 22/04/2021 SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer nº 027/2019. Ementa: Cuidados com cateterismo vesical, 2019. Referências Lavagem Auricular BRUNNER & SUDDARTH. Manual de Enfermagem Médico-Cirúrgica/ [editores] Suzanne C. Smeltezer et.al. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Parecer 005/2019. Lavagem auricular realizada por profissionais de enfermagem, 2019.

1. ANDRADE, A. E.;et al. ESTOMAS INTESTINAIS E URINÁRIOS: CUIDADOS DE ENFERMAGEM. UFSC. Projeto de Extensão:Atenção Oncológica na Atenção Básica de Florianópolis. Disponível em: 2. . Acesso em 27 fev. 2019. 3. GOMES. N.C. MINICURSO: Assistência de enfermagem ao cliente com Feridas. Cuidados com estomas. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Cuidados+com+estoma.pdf/a4509c6c-bc03-41b7-a113-43299bb91326> . Acesso em: 21 fev. 2019. 4. HOLLISTER. Como controlar sua urostomia. Disponível em: . Acesso em: 26 fev. 2019. 5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cuidados com a sua estomia intestinais urinárias: orientações ao usuário / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2. ed. – Rio de Janeiro: Inca, 2018. 20 p. Disponível em: . Acesso em: 25 abr. 2019. 6. LIMA, S.G.S. Complicações em Estomas Intestinais e Urinários: Revisão Integrativa. Dissertação (mestrado). 200 p.2017. Disponível em: . Acesso em: 25 abr.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cuidados em terapia nutricional / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. P.38-42.

Disponível em:<

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados\\_terapia\\_domiciliar\\_v3.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_terapia_domiciliar_v3.pdf)>.

Acesso em 24 abr. 2019.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para o cuidado com o paciente no ambiente domiciliar [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 96p. Disponível em: . Acesso

em: 25 abr. 2019. 3. MALTA, M. A et al . Medidas antropométricas na introdução da sonda nasogástrica para nutrição enteral empregando a

esofagogastroduodenoscopia. ABCD, arq. bras. cir. dig. São Paulo , v. 26, n. 2, p. 107-111, June 2013 . Disponível em:<

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-67202013000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202013000200007)>

. Acesso em 02 abr. 2019. 4. MUSSI, N.M. et al. Técnicas Fundamentais de Enfermagem. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2007. 5. RIBEIRO, M.C.B et al . Estenose esofágica por uso de sonda nasogástrica: reflexão sobre o uso indiscriminado.

ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 24, n. 3, p. 191-194. Jul. 2011 Disponível

em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202011000300002)

[67202011000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202011000300002)>. Acesso em 02 abr. 2019. 6. SÃO PAULO (Cidade).

Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2015. p.131. Disponível em: <

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/legislacao/Norma seRotinas02102015.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/legislacao/Norma%20seRotinas02102015.pdf)>. Acesso em 24 abr. 2019. 7. SILVEIRA, G.C.

Passagem de Sonda Enteral. Manual Operacional.Hospital Irmandade de

Misericórdia de Jaú. E-Book. 2018. Disponível em: . Acesso em: 02 abr. 2019. 8.

UNAMUNO, M. R. D L De. MARCHINI J.S . Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações.

Medicina, Ribeirão Preto, 35: 95-101, jan./mar. 2002. Disponível em: . Acesso em:

26 mar. 2019.

**Doenças e agravos/tuberculose - SMS/SP Manual de Biossegurança - SMS/SP, 2017 Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. SVS-MS, 2019**

**Assistência Laboratorial na Atenção Básica Coleta laboratorial. 1º Caderno SMS-SP, 2006 CientificaLab. Capacitação das Equipes de Apoio à Coleta de Amostras Biológicas Unidades da Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo – 2º Semestre, 2018.**

**Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde. Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Produtos para Saúde (PPS). 4ª. ed. São Paulo: APECIH, 2021. Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., atualizado em 2017.**

**Referências: CEPE - Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem. COREN - Código de Ética e Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem COREN - Uso seguro de medicamentos**

**Resolução COFEN nº 427/2012 Conselho Federal de Enfermagem Procedimento Operacional Padrão: Contenção mecânica. p.358. HU/UFSC - EBSERH. UFTM. Contenção mecânica do cliente no leito. Minas Gerais, 2016.**

**Manual técnico: Saúde da mulher nas UBS. SMS/SP, 2016 Protocolos da Atenção Básica\_Saúde Mulheres, 2016**

**[https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue\\_diagnostico\\_manejo\\_clinico\\_adulto.pdf](https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_clinico_adulto.pdf)**

**Manual de Padronização de Curativos. Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, 2021 Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., atualizado em 2017**

**Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., atualizado em 2017.**

**BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Normas Técnicas. Normas para Projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, Brasília, 1994. p.1- Arquitetura Hospitalar.**

**BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde, 2ª edição, Brasília, 1994.50p.**

**CAMPO MOURÃO. Santa Casa de Campo Mourão. Manual de normas e rotinas de procedimentos para a enfermagem. Departamento de Saúde/Coordenadoria de Enfermagem. 2016.**

**SCHIMITH, MARIA DENISE AND LIMA, MARIA ALICE DIAS DA SILVA.**

*Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública [online]. 2004, v. 20, n. 6, pp. 1487-1494. ISSN 0102-311X.*

- Manual Técnico do diagnóstico da sífilis: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br); - [https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/207775/mod\\_resource/content/1/Manual%20TR%20SI%CC%81FILIS%20BIO%20%E2%80%93%20BIOCLIN%20%282019%29.pdf](https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/207775/mod_resource/content/1/Manual%20TR%20SI%CC%81FILIS%20BIO%20%E2%80%93%20BIOCLIN%20%282019%29.pdf)

Conselho Federal de Enfermagem. COVID-19 Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs). Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha\\_epi.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf). Acesso em: 24 abr. 2020. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 sobre “Medidas de Prevenção e Controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2)”. Procedimento Operacional Padronizado do Ministério da Saúde sobre "Equipamento de Proteção Individual e Segurança no Trabalho para Profissionais de Saúde da APS no atendimento às pessoas com suspeita ou infecção pelo novo coronavírus (Covid-19)", versão 2, de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Diagnóstico de Hepatites Virais. Telelab - Programa de educação continuada do Ministério da Saúde Brasília, 2018. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/94-diagnostico-de-hepatite-s-virais> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Testes Rápidos eficiência e aplicações clínicas. Apresentação realizada no 11o Congresso de HIV/Aids e 4o Congresso de Hepatites Virais. Disponível em: <http://hepaids2017.aids.gov.br/pt-br/apresentacao/731> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais. 1º edição, 2015. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/manual-tecnico-para-o-diagnostico-dashepatites-virais>

SAÚDE, Ministério da. Orientações para manejo de pacientes com COVID-19. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/manejo-clinico-e-tratamento>. Acesso em: 22 maio 2020. UFMG. Instruções para coleta de amostras para diagnóstico molecular – Covid-19. Disponível em: <https://www.nupad.medicina.ufmg.br/doencas-infecciosas/instrucoes-coleta-covid-19/>. Acesso em: 22 maio 2020.

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico de Hepatites Virais. Brasília, MS; 2018.

2. \_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. TR para Diagnóstico de Hepatites Virais. <https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/joomdle/course/9?aula=6>. Acesso em 20/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Diagnóstico de Hepatites Virais. Telelab - Programa de educação continuada do Ministério da Saúde Brasília, 2018. Disponível em:

<https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/94-diagnostico-de-hepatite-s-virais> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Testes Rápidos eficiência e aplicações clínicas. Apresentação realizada no 11o Congresso de HIV/Aids e 4o Congresso de Hepatites Virais. Disponível em: <http://hepaids2017.aids.gov.br/pt-br/apresentacao/731> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais. 1º edição, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/manual-tecnico-para-o-diagnostico-dashepatites-virais>  
[https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Hepatites\\_Virais/Ficha\\_Hepatites\\_Virais.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Hepatites_Virais/Ficha_Hepatites_Virais.pdf)

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., atualizado em 2017.

Norma Regulamentadora nº32 OMS. Organização Mundial da Saúde. O Primeiro Desafio Mundial para a Segurança do Paciente. Uma Assistência Limpa é uma Assistência Mais Segura

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., atualizado em 2017. Manual Técnico: procedimento e legislação para risco biológico - Biossegurança na saúde nas UBS. 2ªed. SMS/SP, atualizado em 2016. Norma Regulamentadora nº32

COREN. Anotação de enfermagem, 2022. COREN - Processo de enfermagem: guia para a prática. COREN - Guia de boas práticas de enfermagem na atenção básica: norteando a gestão e a assistência. Resolução COFEN 545 de 2017. Resolução COFEN 429 de 2012.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., atualizado em 2017. Manual Técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde - SMS/SP, 2016. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Ministério da Saúde, 2011.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., atualizado em 2017. Manual Técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde - SMS/SP, 2016. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN/MS, 2011.

Referências: Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., atualizado em 2017. Manual Técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde - SMS/SP, 2016. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN/MS, 2011

Referências: CARMAGNANI, Maria I.S. et al. Procedimentos de Enfermagem - Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. LYNN P. Manual de Habilidades de Enfermagem Clínica de Taylor. Porto Alegre: Artmed, 2012. MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem. 6ª ed. revisada. Iátria. São Paulo, 2011. Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., atualizado em 2017. Orientações sobre manejo da febre - Sociedade Brasileira de Pediatria

Referências: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., atualizado em 2017. Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas não Transmissíveis - Área técnica das Doenças Crônicas não Transmissíveis do Município de São Paulo – 2020.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., atualizado em 2017. Potter, Patricia A. et al. Fundamentos da Enfermagem. Tradução da 9ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

Carmagnani, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem - guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., atualizado em 2017. Potter, Patricia A. et al. Fundamentos da Enfermagem. Tradução da 9ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., atualizado em 2017. Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas não Transmissíveis - Área técnica das Doenças Crônicas não Transmissíveis do Município de São Paulo – 2020.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., atualizado em 2017 Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Preparo de medicamentos injetáveis (vias de administração ID, SC, IM e EV). São Paulo, 2017.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2015.131p. Disponível em: <

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/legislacao/NormaseRotinas02102015.pdf>>. Acesso em: 24 de abr. 2019. 2. TAYLOR, C.

Fundamentos de Enfermagem. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 1407- 1411. 3. COELHO, W. Assistência de Enfermagem na Monitorização Hemodinâmica. Ed. Sanar. Disponível em: <

<https://www.editorasanar.com.br/images/p/Cap%C3%ADtulo%201.pdf>> Acesso em 02/12/2019 4. Como Verificar um Pulso Apical. Disponível em: <

<https://pt.m.wikihow.com/Verificar-umPulso-Apical> >. Acesso em: 02 de dez. 2019.

<https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=e91c50e7710332c3ac21a7a65088bfb0ed710b8b&t=1659642981&type=biblioteca>

<https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=eda88ccbd7ef34a88ab2aa4ad8a8feabc50309cd&t=1660044230&type=biblioteca>