



**MANUAL DE
PROCEDIMENTOS
OPERACIONAIS
PADRÃO (POP'S):
Serviço de Enfermagem**



**MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP's):
SERVIÇO DE ENFERMAGEM**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVM	Bolsa-Válvula-Máscara
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN-PI	Conselho Regional de Enfermagem do Piauí
COSAU	Coordenação de Saúde
DEA	Desfibrilador Externo Automático
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
EVA	Escala Verbal Analógica
EVN	Escala Visual/Verbal Numérica
IFPI	Instituto Federal do Piauí
IMC	Índice de Massa Corpórea
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PNAES	Programa Nacional de Assistência Estudantil
PNI	Programa Nacional de Imunizações
POP	Procedimento Operacional Padrão
PP	Precauções Padrão
RCP	Reanimação Cardiopulmonar
RCQ	Relação Cintura Quadril
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SRO	Soro de Reidratação Oral
TAE	Técnico Administrativo da Educação
TRO	Terapia de Reidratação Oral

APRESENTAÇÃO

Na perspectiva de consolidar uma assistência mais resolutiva, que incorpore novos valores e o aprimoramento de suas práticas as equipes de enfermagem constituiu um Grupo Técnico de Trabalho, designado através de Portaria, composto por enfermeiros para iniciar a implantação dos Protocolos Operacionais Padrão (POP's), uma ferramenta de gestão de qualidade, que possui ações descritivas de técnicas e procedimentos assistenciais relacionados ao cuidado do cliente e que expressa o planejamento de um trabalho rotineiro que deve ser executado para o alcance de determinada meta, de forma sistematizada e padronizada.

O POP tem como objetivos padronizar a execução de tarefas fundamentais e minimizar a ocorrência de desvios e variações na execução destas tarefas, o que o torna essencial para garantir uma assistência de alta qualidade, uma vez que permite ao profissional sistematizar suas ações e seguir uma rotina unificada.

Os referidos protocolos contêm tabelas sequenciais e uma estrutura mínima, composta por: definição, objetivo, resultados esperados, executante, campo de aplicação, materiais necessários, descrição do procedimento, observações e referências.

Promovendo o alinhamento técnico, a aquisição de novas habilidades e o incentivo aos profissionais de enfermagem na busca permanente pela qualidade.

SUMÁRIO

		P.
1	CATEGORIA 01: SEGURANÇA DO CLIENTE E CONTROLE DE INFECÇÃO	09
1.1	POP 01: Higienização simples das mãos	09
1.2	POP 02: Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica	12
1.3	POP 03: Paramentação e desparamentação de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).....	15
1.4	POP 04: Precauções padrão durante a assistência ao cliente	19
2	CATEGORIA 02: PROCESSO DE ENFERMAGEM E AÇÕES GERENCIAIS..	22
2.1	POP 05: Consulta de enfermagem	22
2.2	POP 06: Métodos propedêuticos.....	25
2.3	POP 07: Verificação dos sinais vitais em adolescentes e adultos	34
2.4	POP 08: Verificação da oximetria de pulso portátil de dedo	45
2.5	POP 09: Verificação da glicemia capilar	47
2.6	POP 10: Mensuração do Índice de Massa Corpórea (IMC).....	49
2.7	POP 11: Mensuração da Razão Cintura Quadril (RCQ).....	52
2.8	POP 12: Notificação dos incidentes e eventos adversos	55
3	CATEGORIA 03: ATENDIMENTO EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA .	57
3.1	POP 13: Assistência de enfermagem na Reanimação Cardiopulmonar (RCP) em adultos	57
4	CATEGORIA 04: ASSISTÊNCIA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	62
4.1	POP 14: Administração segura de medicação	62
4.2	POP 15: Via intravenosa	64
4.3	POP 16: Via intramuscular	67
4.4	POP 17: Via subcutânea	72
4.5	POP 18: Via intradérmica	75
4.6	POP 19: Via oral	77
4.7	POP 20: Via sublingual	79
4.8	POP 21: Via nasal	81
4.9	POP 22: Via ocular	83
4.10	POP 23: Via auricular	85
4.11	POP 24: Administração e mistura de insulinas	87
4.12	POP 25: Terapia de Reidratação Oral (TRO)	89
4.13	POP 26: Conservação de pomada, gel, creme e soro fisiológico após abertura	91
5	CATEGORIA 05: INTEGRIDADE FÍSICA, CUTÂNEA E DA MUCOSA	93
5.1	POP 27: Realização de curativo em lesão na pele	93
5.2	POP 28: Retirada de pontos	101
5.3	POP 29: Aplicação de compressas frias	103
5.4	POP 30: Aplicação de compressas quentes	105
6	CATEGORIA 06: ELIMINAÇÃO	107
6.1	POP 31: Cateterização vesical de alívio	107

7	CATEGORIA 07: OXIGENAÇÃO/ RESPIRAÇÃO	109
7.1	POP 32: Administração de oxigênio por cateter nasal / máscara facial	109
7.2	POP 33: Realização de nebulização	113
8	CATEGORIA 08: IMUNIZAÇÃO	116
8.1	POP 34: Campanha de vacinação	116
9	CATEGORIA 09: AMBIENTE/ABRIGO	120
9.1	POP 35: Organização do consultório de enfermagem e sala de esterilização	120
9.2	POP 36: Limpeza e desinfecção das superfícies	123
9.3	POP 37: Gerenciamento dos resíduos do serviço de saúde	125
10	CATEGORIA 10: LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DOS MATERIAIS	129
10.1	POP 38: Limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos do serviço de saúde	129
10.2	POP 39: Limpeza, desinfecção, teste Bowie Dick e uso da autoclave	134
10.3	POP 40: Acondicionamento e controle dos materiais esterilizados	138
11	CATEGORIA 11: REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS E PROVA DO LAÇO	141
11.1	POP 41: Teste rápido de gravidez (TRG)	141
11.2	POP 42: Prova do laço	145
12	POP 43: ACOLHIMENTO	146

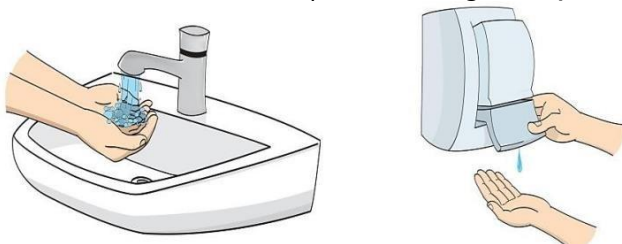
1 CATEGORIA 01: SEGURANÇA DO CLIENTE E CONTROLE DE INFECÇÃO

1.1 POP 01: Higienização simples das mãos

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) 01 HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É a medida individual mais simples, rápida, econômica, eficaz e importante para prevenir a propagação das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), visando à segurança do cliente e dos profissionais de saúde.			
2 OBJETIVO: Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujeira propícia a permanência e a proliferação de microrganismos.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Prevenir a transmissão de microrganismos patogênicos e promover segurança ao cliente e aos profissionais.			
4 EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>Campi</i> . • Quando as mãos estiverem visivelmente sujas • Ao iniciar e terminar o turno de trabalho • Antes e após qualquer tipo de contato com o cliente • Antes e após a execução de procedimentos assistenciais • Após risco de exposição a fluidos corporais • Após contato com superfícies próximas ao cliente • Antes do preparo e manipulação de medicações • Antes e após ir ao banheiro • Após assuar o nariz, espirrar ou tossir • Antes e após o uso de luvas			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Pia apropriada e destinada à higienização das mãos (com água instalada) • Dispensador de sabonete líquido • Sabonete líquido neutro e hipoalergênico • Porta papel-toalha e papel-toalha descartável • Lixeira para descarte de resíduos comuns com tampa acionada por pedal			

7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Conferir a presença de sabonete líquido e de papel-toalha.
2. Retirar os adornos (anéis, relógios e pulseiras) e dobrar os punhos da veste.



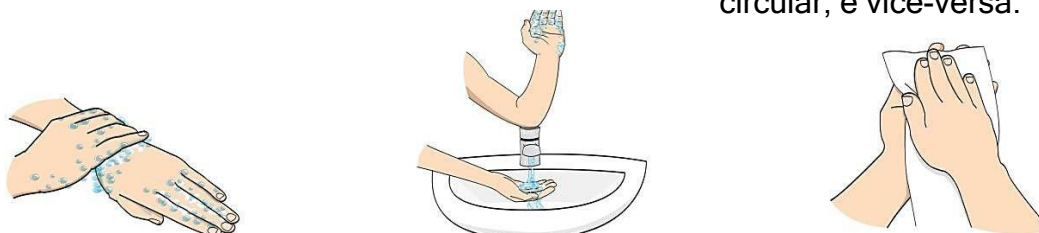
3. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se a pia.
4. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



5. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.
6. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa.
7. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.



8. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem, e vice-versa.
9. Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa.
10. Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa.



11. Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular, e vice-versa.
12. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos com a torneira.
13. Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo para os punhos.

8 OBSERVAÇÃO:

- A higienização simples das mãos deve ter duração de 40 a 60 segundos.

- Recomenda-se manter as unhas curtas e não usar unhas artificiais.
- Não utilizar sabonetes em barra, pois estes favorecem a contaminação cruzada.
- O uso de luvas não exclui a necessidade de higienização das mãos antes e depois.
- Utilizar, preferencialmente, torneiras de acionamento não manual. Caso a torneira seja de acionamento manual, esta deverá ser fechada ao término do procedimento utilizando papel-toalha.
- Instalar o porta-papel próximo a pia, porém em local que não receba respingos de água e sabonete. O porta-papel deve ser de material que não favoreça a oxidação e que possibilite o uso individual, folha a folha.
- Não utilizar toalhas de pano, nem secador elétrico para a secagem das mãos em serviços de saúde.
- Evitar usar água muito quente ou fria e excesso de sabonete, pois provocam ressecamento das mãos.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica nº 01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA:** orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2018. 16 p.

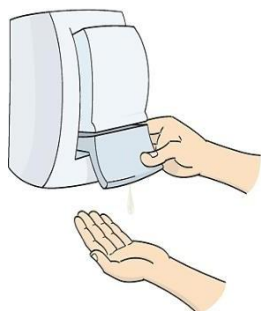
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde:** higienização das mãos. Brasília: 2009. 105 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. Hospital de Clínicas. **Procedimento operacional padrão:** POP.DE.008: Higienização das mãos. Minas Gerais: EBSEH, 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Higieniza%C3%A7%C3%A3o+das+m%C3%A3os+final...pdf/45d79725-de5f-4248-bcb2-228ed7b9a258>. Acesso em: 01 jan. 2024.

1.2 POP 02: Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 02 FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de fFatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: Consiste na higiene das mãos utilizando uma preparação antisséptica a base de álcool sob as formas líquida, gel, espuma ou outras, que tem como finalidade reduzir ou inibir o crescimento de microrganismos nas mãos.			
2 OBJETIVO: Reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades), prevenindo a transmissão cruzada de microrganismos e a ocorrência das IRAS.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Garantir maior segurança aos clientes e aos profissionais de saúde.			
4 EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>Campi</i> . A higienização das mãos deve ser feita com preparação alcoólica quando estas não estiverem visivelmente sujas, em todas as situações descritas a seguir: • Antes e após ter contato com o cliente; • Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos; • Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico; • Após risco de exposição a fluidos corporais; • Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao cliente; • Após ter contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao cliente; • Antes e após a remoção das luvas.			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Dispensadores de formulação alcoólica, regularmente avaliados, higienizados e funcionando corretamente; • Formulação alcoólica para fricção antisséptica das mãos (devidamente registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)).			

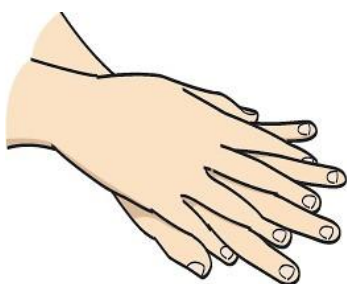
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:



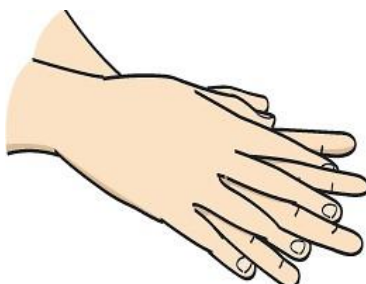
1. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir toda a superfície das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



2. Friccionar as palmas das mãos entre si.



3. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa.



4. Friccionar a palma das mãos entre si, com os dedos entrelaçados.



5. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, e vice-versa.



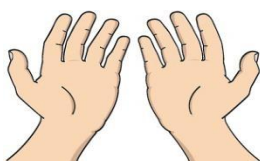
6. Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa.



7. Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fazendo um movimento circular, e vice-versa.



8. Friccionar os punhos com movimentos circulares.



9. Friccionar até secar. Não utilizar papel toalha.

8 OBSERVAÇÃO:

- A fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica deve ter duração de 20 a 30 segundos.
- A concentração final da preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos a ser utilizada em serviços de saúde deve cumprir com o estabelecido na RDC nº 42/2010, ou seja, entre 60% a 80% no caso de preparações sob a forma líquida e concentração final mínima de 70%, no caso de preparações sob as formas gel, espuma e outras.
- A preparação alcoólica deve apresentar boa tolerância cutânea, ou seja, deve conter emolientes, umectantes ou outros agentes condicionadores em sua formulação; deve apresentar boa textura e viscosidade, sendo isenta de material em suspensão para evitar que deixe resíduos aderentes nas mãos e precavendo a sensação de mãos pegajosas após aplicação; deve ser hipoalergênica, atóxica e isenta de cheiro muito forte.
- Não aplicar a preparação alcoólica com as mãos molhadas, pois a água poderá reduzir a eficácia do produto alcoólico.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica nº 01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA:** orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2018. 16 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº. 42, de 25 de outubro de 2010.** Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 26 out. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde:** higienização das mãos. Brasília, 2009. 105 p.

1.3 POP 03: Paramentação e desparamentação de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 03 PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIs)	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É um processo que visa proporcionar segurança aos profissionais no desenvolvimento de suas atividades, bem como aos clientes, evitando e reduzindo os riscos à saúde.			
2 OBJETIVO: Padronizar o processo de paramentação e desparamentação dos EPIs utilizados durante o atendimento.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Consolidar as orientações de proteção dos profissionais, minimizando os riscos à saúde ocupacional.			
4 EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>Campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Avental • Gorro/Touca descartável • Luvas de procedimento ou estéreis (conforme procedimento a ser realizado) • Máscara cirúrgica • Máscara N95 ou PFF2 • Óculos de proteção e/ou protetor facial			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: Sequência de Paramentação: 1. Reunir o material necessário. 2. Higienizar as mãos. 3. Vestir o avental primeiramente pelas mangas, ajustando as amarras nas costas e cintura. Certifique-se de que o tronco esteja totalmente coberto, bem como os			

braços e os punhos. Lembre-se: Nunca amarre o avental pela frente.

4. Colocar a máscara (cirúrgica ou N95 conforme atividade ou procedimento a ser realizado).

5. Higienizar as mãos.

6. Se óculos de proteção → Colocar óculos de proteção → 7. Colocar gorro/touca
Se protetor facial → Colocar gorro/touca → 7. Colocar protetor facial

8. Higienizar as mãos.

9. Calçar as luvas conforme procedimento a ser realizado e ajustá-las até cobrir o punho do avental.

Sequência de Desparamentação:

1. Retirar as luvas de procedimento ou estéreis; (Retire a primeira luva puxando-a pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta → Segure a luva removida com a outra mão enluvada → Toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retire a outra luva, deixando a primeira luva dentro da segunda → Descarte as luvas na lixeira de resíduo infectante).

2. Higienizar as mãos.

3. Retirar o avental descartável com cuidado para não contaminar a roupa; (Abra as tiras e solte as amarras → Empurre pelo pescoço e pelos ombros de forma segura sem movimentos bruscos para não levantar gotículas, toque apenas na parte interna do avental → Retire o avental pelo avesso → Despreze no lixo infectante).

4. Higienizar as mãos.

5. Remover o gorro/touca puxando pela parte posterior da cabeça e descartar em lixo infectante. Obs.: Se estiver utilizando protetor facial removê-lo antes do gorro.

6. Higienizar as mãos.

7. Calçar luvas de procedimento.

8. Remover os óculos de proteção tocando delicadamente na extremidade lateral, próximo a região auricular.

9. Realizar a limpeza e desinfecção dos óculos e/ou protetor facial conforme descrito:

I. Utilizar água e sabão/detergente;

II. Secar manualmente com material absorvente limpo e macio;

III. Desinfetar por três vezes com álcool a 70% → borrifar e realizar a fricção por 30 segundos iniciando pela parte interna e depois externa, atentando-se para realizar

o movimento em sentido unidirecional, do menos contaminado para o mais contaminado;

IV. Embalar ou armazenar em recipiente limpo destinado para sua guarda.

10. Retirar as luvas e descartar em lixo infectante.

11. Higienizar as mãos.

12. Retirar a máscara pelas tiras/elástico evitando tocar na parte da frente e higienizar as mãos novamente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Caso algum EPI esteja com sujeira aparente ou altamente contaminado inicie a remoção por esse dispositivo.
- A higienização das mãos durante o processo de paramentação e desparamentação pode ser feita com água e sabonete líquido (POP 01) ou formulação alcoólica a 70% (POP 02).
- Cuidados na colocação da máscara N95/PFF2: a) Higienizar as mãos; b) Segurar o respirador com o clip nasal próximo à ponta dos dedos deixando as alças pendentes; c) Encaixar o respirador sob o queixo; d) Posicionar uma das alças na nuca e a outra na cabeça; e) Ajustar o clip nasal no nariz; f) Verificar a vedação pelo teste de pressão positiva e negativa.

Verificação positiva da vedação:

- Expire profundamente. Uma pressão positiva dentro da máscara significa que não tem vazamento.
- Se houver vazamento, ajuste a posição e/ou as alças de tensão. Teste novamente a vedação.
- Repita os passos até que a máscara esteja vedada corretamente.

Verificação negativa da vedação:

- Inspire profundamente. Se não houver vazamento, a pressão negativa fará o respirador agarrar-se ao rosto.
- O vazamento resultará em perda de pressão negativa na máscara devido à entrada de ar através de lacunas na vedação.

- Se não for possível realizar uma verificação bem-sucedida da vedação da máscara na face do usuário (teste positivo e negativo de vedação da máscara na face), a máscara deverá ser descartada imediatamente.
- Etapas para a retirada da máscara N95/PFF2: a) Higienizar as mãos; b) Segurar o elástico inferior passando-o por cima da cabeça para removê-lo; c) Segurar o elástico superior passando-o por cima da cabeça para removê-lo; d) Para remover a máscara, retire-a pelos elásticos, tomando bastante cuidado para nunca tocar na superfície interna; e) Higienizar as mãos.

Obs.: - Acondicione a máscara em um saco ou envelope de papel com os elásticos para fora, para que não haja contaminação das tiras elásticas e para facilitar a retirada posteriormente, no caso de reutilização. O envelope com a máscara não pode ser hermeticamente fechado e deve ser identificado com o nome do usuário, data da primeira utilização da máscara e guardado em locais adequados, secos e ventilados.

- Se no processo de remoção da máscara houver contaminação da parte interna, ela deverá ser descartada imediatamente. O descarte deverá ser feito em lixo infectante.

- Deverão ser consideradas as orientações do fabricante no que se refere ao tempo de uso/número de reutilizações da máscara N95/PFF2 ou equivalente.
- Inspeccionar visualmente a máscara N95/PFF2 ou equivalente, antes de cada uso, para avaliar se sua integridade foi comprometida. Máscaras úmidas, sujas, rasgadas, amassadas ou com vincos, devem ser imediatamente descartadas.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica**

GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: 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). 2020. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: 15/01/2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. Hospital Universitário. **Procedimento operacional padrão:** POP.UVS.001: Paramentação e desparamentação no atendimento à pacientes com suspeita/confirmação de Covid-19. Teresina: EBSEH, 2020. p. 18-21. Disponível em:

http://www2.ebserh.gov.br/documents/16824/1864622/BS_402_HU-UFPI-wold-.pdf/c85c8445-5ab2-4200-bef0-4dac1d8575b4. Acesso em: 20/01/2024

1.4 POP 04: Precauções padrão durante a assistência ao cliente

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 04 PRECAUÇÕES PADRÃO DURANTE A ASSISTÊNCIA AO CLIENTE	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidélma de Fatima Custodio	Gestora Municipipla de saude
1 DEFINIÇÃO: As Precauções Padrão (PP) representam um conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento de todos os clientes, independente da suspeita ou não de infecções, e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação.			
2 OBJETIVO: Orientar o desenvolvimento de práticas assistenciais seguras, evitando e reduzindo a transmissão de infecções e a ocorrência de acidentes de trabalho.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Fortalecer as orientações referentes às PP, minimizando os riscos à saúde ocupacional.			
4 EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Insumos para higienização das mãos • Luvas • Avental • Óculos de proteção • Máscara • Caixa de perfurocortantes			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Realizar a higienização das mãos: higienizar com água e sabonete líquido (POP 01) ou com álcool a 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas - POP 02), antes e após o contato com qualquer cliente, antes e após o uso das luvas, após contato com sangue e/ou secreções e após o contato com as áreas próximas ao cliente. 2. Utilizar luvas sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa. Colocar as luvas imediatamente			

antes do contato com o cliente e retirá-las logo após o uso, descartando-as em lixo infectante.

3. Usar avental sempre que houver possibilidade de ocorrer contaminação por sangue, fluido corporal, secreção e excreções, para proteger roupas e superfícies corporais, bem como evitar vinculação de micro-organismos patogênicos fora do ambiente de trabalho.

4. Colocar óculos de proteção quando o procedimento oferecer risco de respingos de sangue, fluido corporal, secreções e excreções à mucosa ocular.

5. Utilizar máscara para proteger a face do profissional (nariz e boca) durante a realização de procedimentos com possibilidade de respingos de material biológico e sempre que houver risco de contágio de patologias por meio de gotículas/aerossóis pelas vias áreas superiores.

6. Ter cuidado com a manipulação e descarte de agulhas, bisturis e outros materiais perfurocortantes. Não retirar agulhas usadas das seringas descartáveis, não dobrá-las e nunca reencapá-las. O descarte desses materiais deve ser feito em recipientes apropriados, rígidos e resistentes à perfuração. Seguir as orientações para montagem desses recipientes e nunca ultrapassar o limite indicado pela linha tracejada, a saber, 2/3 de sua capacidade.

Precaução Padrão

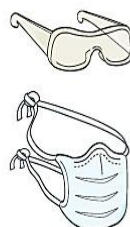
Devem ser seguidas para TODOS OS PACIENTES, independente da suspeita ou não de infecções.



Higienização das mãos



Luvas e Avental



Óculos e Máscara



Caixa perfuro-cortante

Precauções Padrão durante a Assistência

8 OBSERVAÇÃO:

- As PP são recomendadas para aplicação em todas as situações e clientes, independente da presença de doença transmissível comprovada.
- As PP deverão ser utilizadas quando existir o risco de contato com: sangue; todos os líquidos corpóreos, secreções e excreções, com exceção do suor, sem considerar a presença ou não de sangue visível; pele com solução de continuidade (pele não íntegra) e mucosas.
- Realizar a troca das luvas entre os clientes e entre um procedimento e outro no mesmo cliente.
- Não utilizar jaleco ou avental comum como substituto do avental com finalidade de proteção contra agentes infecciosos.

- Se houver risco de contato com grandes volumes de sangue ou líquidos corporais, usar avental impermeável.
- Os óculos de proteção devem ser de uso individual. Após o uso realizar procedimento de limpeza e desinfecção, bem como armazenamento em local adequado.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Precaução padrão devem ser seguidas para todos os pacientes, independente da suspeita ou não de infecções**. Disponível em:

http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/controle/precaucoes_padrao.pdf. Acesso em: 10/01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**: POP precaução padrão. Curitiba, 2019.

2 CATEGORIA 02: PROCESSO DE ENFERMAGEM E AÇÕES GERENCIAIS

2.1 POP 05: Consulta de enfermagem

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 05 CONSULTA DE ENFERMAGEM	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É uma atividade privativa do enfermeiro, desenvolvida para melhor assistência à saúde, que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde-doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo.			
2 OBJETIVO: Realizar coleta de dados, exame físico, estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, prescrição, implementação dos cuidados e orientação das ações relativas aos problemas detectados.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Melhoria da qualidade da assistência após a implementação sistematizada do processo de enfermagem.			
4 EXECUTANTE: Profissionais enfermeiros			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>Campi</i>			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: Os mesmos utilizados nos POPs de Métodos Propedêuticos (POP 06), Sinais Vitais (POP 07), Oximetria de Pulso (POP 08), Glicemia Capilar (POP 09), Cálculo do IMC (POP 10) e Cálculo da RCQ (POP 11), pois serão necessários para a realização do exame físico.			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: - Higienizar as mãos com água e sabão, (POP 01). - Acolher o cliente, deixando-o confortável. - Seguir as 5 etapas do processo de enfermagem: - Realizar o histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), seguindo roteiro do formulário próprio da instituição: ✓ A finalidade do histórico de enfermagem é conhecer hábitos			

individuais e coletivos do cliente que possam facilitar a adaptação do mesmo à unidade e ao tratamento, além de identificar problemas passíveis de serem abordados nas intervenções de enfermagem.

- ✓ Para a realização do exame físico, siga as etapas do POP de Métodos Propedêuticos (POP 06), Sinais Vitais (POP 07), Oximetria de Pulso (POP 08), Glicemia Capilar (POP 09), Cálculo do IMC (POP 10) e Cálculo da RCQ (POP 11).
 - Realizar o diagnóstico de enfermagem:
 - ✓ O enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico, identificará os problemas de enfermagem. Estes, em nova análise levam a identificação das necessidades básicas afetadas e do grau de dependência do cliente em relação à enfermagem, para o seu atendimento.
 - Realizar o planejamento de enfermagem:
 - ✓ No planejamento de enfermagem, são determinados os resultados esperados e quais ações serão necessárias. Isso será realizado a partir dos dados coletados e diagnósticos de enfermagem com base dos momentos de saúde do cliente e suas intervenções.
 - Realizar a implementação da assistência (prescrição de enfermagem):
 - ✓ Consiste na realização das ações ou intervenções determinadas na etapa do planejamento.
 - Realizar a avaliação de enfermagem (evolução):
 - ✓ Consiste em acompanhar as respostas do paciente aos cuidados e avaliar se obteve bons resultados das prescrições de enfermagem. Deve ser realizado diariamente ou a cada novo contato com o cliente durante o procedimento do exame físico.
 - ✓ O profissional deve avaliar o progresso, estabelecer medidas corretivas das prescrições, caso seja necessário, e sempre que possível revê-las.
4. Higienizar as mãos (POP 01).
5. Realizar as anotações no prontuário ou locais próprios.

8 OBSERVAÇÃO:

- Na consulta de enfermagem, o enfermeiro deve conduzir as orientações sem impor suas concepções, preservando as crenças, as normas, os valores e a realidade socioeconômica do cliente.
- Os roteiros são de grande importância para a organização da consulta de enfermagem, impedindo a falta de informações essenciais para a elaboração do plano de cuidados.

9 REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. L. de. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Processo de enfermagem: guia para a prática**. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>. Acesso em: 15/01/2024

2.2 POP 06: Métodos propedêuticos

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 06 MÉTODOS PROPEDÊUTICOS	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna SecoEnfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de Saude
1 DEFINIÇÃO: Conjunto de técnicas e manobras para diagnosticar alguma “anormalidade” no cliente, e dever ser realizado no sentido céfalo caudal ou céfalo podálico. Compõe-se basicamente de quatro técnicas fundamentais: inspeção, palpação, percussão e ausculta (sequência que pode ser alterada, dependendo do sistema a ser avaliado).			
2 OBJETIVO: Obter dados sobre o estado de saúde do cliente, completar ou confirmar dados obtidos na entrevista, identificar diagnósticos de enfermagem para oferecer uma conduta adequada em prol da melhoria da saúde do usuário, além de avaliar as ações de enfermagem sobre o estado de saúde do cliente.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Identificar todos os dados sobre o estado geral de saúde do cliente, para oferecer a melhor conduta e melhor acompanhamento do estado geral de saúde.			
4 EXECUTANTE: Profissionais de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>Campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Bandeja • Equipamentos de proteção individual: máscara, gorro, luvas de procedimento • Álcool 70% • Algodão • Esfigmomanômetro • Estetoscópio • Termômetro • Fita métrica • Lanterna • Otoscópio			

- Oftalmoscópio
- Algodão
- Agulha
- Abaixador de Língua
- Martelo de reflexo
- Caneta e Papel

7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Realizar higienização das mãos com água e sabão (POP 01).
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Separar uma bandeja para o procedimento.
4. Preparar o material, organizando-os na bandeja.
5. Higienizar as mãos com álcool 70% (POP 02).
6. Calçar as luvas de procedimentos, e utilizar demais equipamentos de proteção individual, se necessário.
7. Iniciar o exame físico, seguindo as etapas: A- Inspeção, B- Palpação, C- Percussão e D- Ausculta.
 - **No exame do abdome** a ordem das técnicas propedêuticas sofre alteração. Deve-se iniciar pela inspeção, em seguida ausculta, palpação e percussão. Dessa forma, evita-se a obtenção de informações equivocadas como, por exemplo, sons intestinais alterados por palpação ou percussão anterior, ou ainda dificuldades de completar o exame devido ao desconforto, ou aumento da dor.

A) TÉCNICA DE INSPEÇÃO

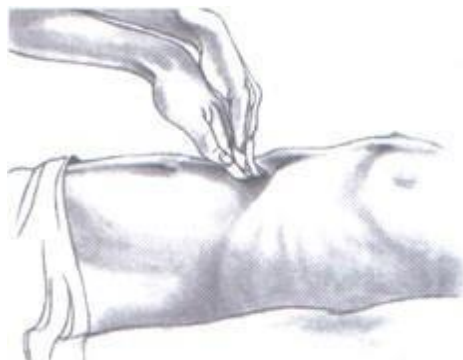
8. Posicionar e expor o corpo do cliente, de modo que a superfície a ser avaliada fique visível.
9. Inspeccionar cada área quanto ao tamanho, forma, cor, simetria, posição e anormalidades.
10. Se possível comparar cada área inspecionada com a mesma área no lado oposto do corpo.
11. Utilizar lanterna para inspecionar as cavidades corporais.
12. Aferir os sinais vitais, conforme o POP 07 (Pulso, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, Pressão Arterial, Temperatura Axila e dor).
13. Não ter pressa, ter atenção aos detalhes.

B) TÉCNICA DE PALPAÇÃO

14. Ajudar o cliente a relaxar pedindo que respire devagar e profundamente com os braços ao longo das laterais do corpo.
15. Colocar as mãos sobre a área que examinará e pressionar afundando-a cerca de 1 cm.
16. Após uma palpação leve, aplique uma mais profunda, afundando a área que está sendo examinada uns 4 cm, com uma das mãos ou com ambas.
17. Ao palpar com ambas as mãos, relaxe uma das mãos e coloque-a levemente sobre a pele do cliente.
18. Utilizar as partes mais sensíveis da mão (palmar e extremidades dos dedos) para avaliar textura, tamanho, consistência, massa, líquidos e crepitações.



PALPAÇÃO LEVE



PALPAÇÃO PROFUNDA

C) TÉCNICA DE PERCUSSÃO

19. Deixar o cliente confortável.
20. Escolher o tipo de percussão a ser utilizada conforme a área corporal a ser estudada.
21. Realizar as manobras de percussão adequadas.

D) TÉCNICA DE AUSCULTA

22. Retirar da bandeja o estetoscópio.
23. Expor a área corporal a ser examinada, colocando o estetoscópio sobre a pele (roupas obscurecem o som).
24. Usar o disco da campânula do estetoscópio para sons de baixa frequência (vasculares e alguns cardíacos) colocando-o suavemente sobre a superfície cutânea.
25. Usar o diafragma (disco maior) do estetoscópio para sons de alta frequência (intestinos e pulmões), mantendo-o em firme contato com a superfície cutânea.
26. Sempre considerar a parte do corpo a ser auscultada e a causa do som.
27. Ao usar o estetoscópio, cliente e examinador devem ficar quietos.
28. Evitar tocar o extensor ou esfregar outras superfícies (o barulho do ambiente interfere na escuta dos sons produzidos pelos órgãos do corpo).
29. Desprezar o material utilizado nos locais apropriados.
30. Fazer a desinfecção do equipamento e deixa-lo no local apropriado.
31. Realizar higienização das mãos com água e sabão (POP 01).
32. Após os procedimentos, realizar as anotações necessárias no prontuário do cliente.

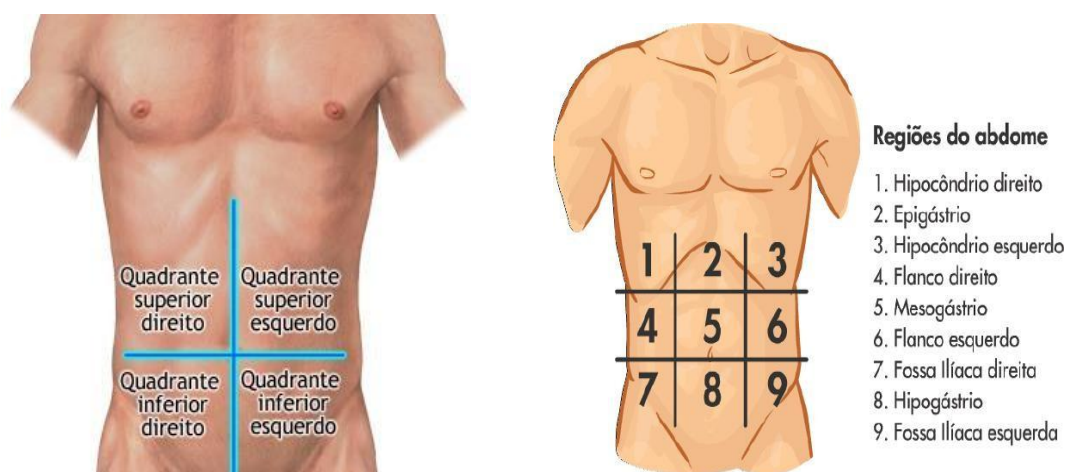
A INSPEÇÃO: É a primeira técnica fundamental, iniciando pelo contato com o paciente, requerendo do enfermeiro os sentidos de visão, audição e olfato. Tem por objetivos: detectar dismorfias, distúrbios do desenvolvimento, lesões cutâneas, presença de cateteres e outros dispositivos. Devem ser observados: postura e estatura, movimentos corporais, estado nutricional, padrão de fala e sinais vitais.

Tipos de Inspeção:

- Localizada e frontal: requer que o examinador se encontre o mais próximo possível da estrutura a ser inspecionada.
- Armada: necessita que o examinador use um instrumento que melhore sua visão (otoscópio, lupa).
- Panorâmica: deve ao examinador afastar-se a uma distância necessária

para maior abrangência do seu campo visual.

- Tangencial: o examinador direciona seu olhar para a estrutura desejada, com seu ângulo de visão encontrando o mesmo nível da estrutura.



A PALPAÇÃO: É parte vital do exame físico, requer do enfermeiro sensibilidade tátil e dever ser confortável para o cliente; o examinador deve estar com as mãos aquecidas e unhas aparadas. Tem por objetivo a partir da pressão exercida pelas mãos do examinador sobre uma estrutura corporal, identificar as possíveis alterações na superfície da pele ou na profundidade dos planos anatômicos, que não foram possíveis de serem detectados pela inspeção. Apresenta variantes específicas:

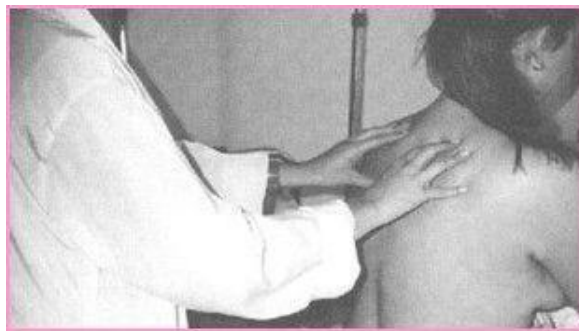
- Palpação com as mãos espalmadas: usa-se toda a palma de uma ou de ambas as mãos, exemplo: identificar a temperatura da pele ou de uma superfície.



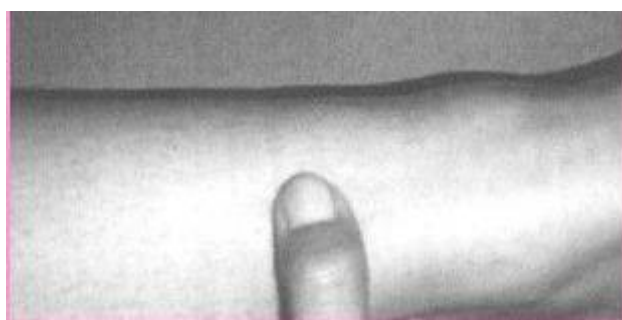
- Palpação com uma das mãos sobrepondo-se à outra, exemplo: evidenciar aumento de vísceras mais profundas.



- Palpação com a mão espalmada, usando-se apenas as polpas digitais e a parte ventral dos dedos.



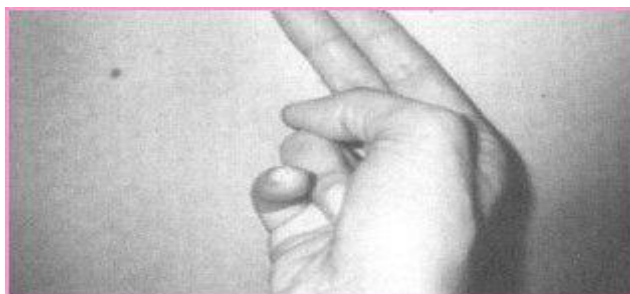
- Digitopressão: utiliza-se a porção digital do dedo para pressionar a superfície a ser estudada, exemplo: evidenciar sinal de cacifo na avaliação do edema.



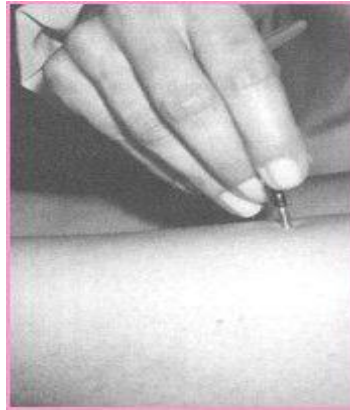
- Em pinça: utiliza-se dois dedos de uma das mãos, geralmente polegar e indicador, de forma que exerçam o papel de pinça, exemplo: avaliar o turgor da pele.



- Palpação com o dorso dos dedos e das mãos, para avaliar a temperatura.



- Puntipressão: compressão de um objeto pontiagudo sobre uma determinada área do corpo, exemplo: avaliar sensibilidade dolorosa.



- Vitropressão: utilização de uma lâmina de vidro que é pressionada sobre a pele, analisando a pele através da própria lâmina, exemplo: distinguir eritema de púrpura.
- Pesquisa de flutuação: aplicar o dedo indicador da mão esquerda de um lado de uma tumefação, enquanto o da outra mão, colocado do lado oposto, exerce compressões perpendiculares à superfície cutânea (havendo líquido, causará rechaço do dedo da mão esquerda, ao que se denomina flutuação).

A PERCUSSÃO: representa uma técnica que requer do enfermeiro uma habilidade de maior perícia e consiste em golpear áreas do corpo. O princípio da percussão baseia-se nas vibrações originadas de pequenos golpes realizados em determinada superfície do organismo. O objetivo é identificar e avaliar os diferentes timbres do som emitido em cada estrutura golpeada, sendo possível localizar o órgão, presença de massas, líquidos, mapeando limites e tamanhos. Entre várias técnicas para esse procedimento, as de maior interesse para a prática clínica da enfermagem são:

- Percussão direta: golpear a superfície do corpo diretamente com dedos, punhos ou cutelo. Os dedos devem estar fletidos, imitando a forma de um martelo, e os movimentos de golpear são feitos pela articulação do punho.



- Dígito-digital: utilizar o dedo médio da mão não dominante do examinador, único a ter contato com a superfície cutânea da estrutura a ser estudada. Com o dedo médio da mão dominante, dão-se golpes rápidos e curtos, mantendo-se o punho relaxado e o antebraço fixo. O golpe deve ser dado

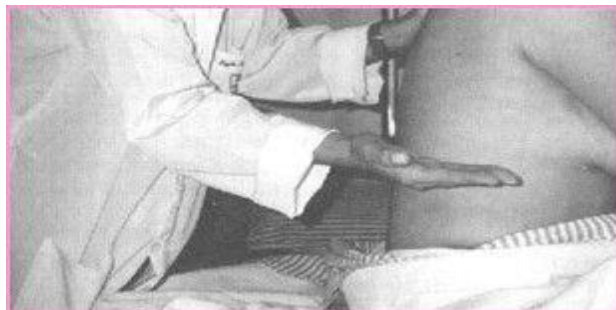
com a borda ungueal, não com a polpa.



- Punho percussão: com a mão fechada golpeia-se com a borda cubital a região estudada. Tem o objetivo de verificar a sensação dolorosa nos rins.



- Percussão com a borda da mão: com dedos estendidos e unidos, golpeia-se a região desejada com a borda ulnar.

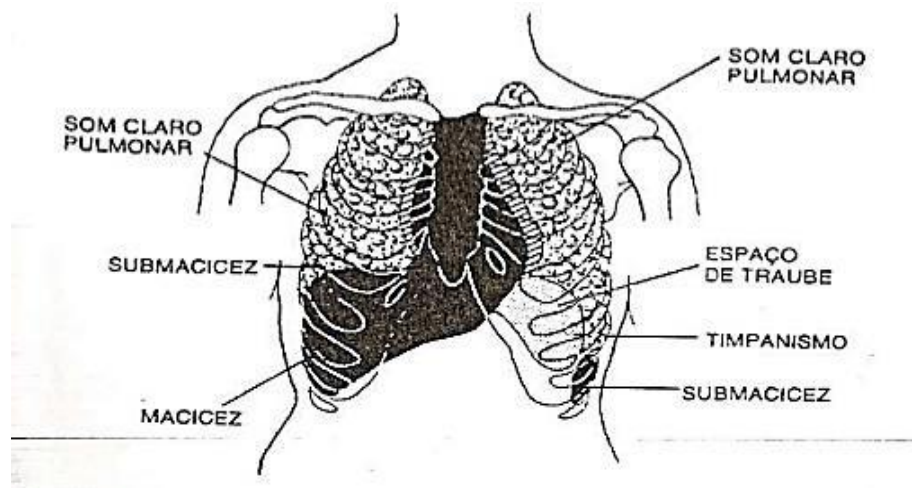


- Percussão por piparote: é utilizada para pesquisar ascite. Com uma das mãos o examinador golpeia o abdome com piparotes, enquanto a outra mão espalmada na região contralateral capta ondas líquidas que se chocam contra a parede abdominal.



Os sons encontrados à percussão são:

- Maciço: obtém-se percutindo regiões desprovidas de ar (osso, fígado). Esse som transmite a sensação de dureza e resistência;
- Submaciço: variação do maciço; é a presença de ar em pequena quantidade que lhe confere essa característica peculiar;
- Timpânico: obtido em regiões que contém ar, recobertas por membrana flexível, como o estômago. A sensação obtida é a de elasticidade;
- Claro Pulmonar: obtém-se quando se percute especificamente a área dos pulmões. Depende da presença de ar dentro dos alvéolos e das demais estruturas pulmonares.



A AUSCULTA: é uma competência de ouvir os sons produzidos dentro do corpo, criados pelo movimento do ar ou de líquido. Esse procedimento emprega um instrumento denominado estetoscópio, a partir do qual se obtêm ruídos considerados normais ou patológicos. Utiliza-se essa técnica em vários órgãos, como pulmões, coração, artérias e intestino.

O estetoscópio pode ser usado em vasos (artérias e veias), para verificar a presença de sopros. Nos pulmões podem-se identificar anormalidades, denominadas ruídos adventícios, que são roncos, sibilos, estertores finos e grossos. No exame do coração, auscultam-se bulhas consideradas normais e suas alterações, para reconhecer sopros e outros ruídos. Já no abdome, é possível detectar os ruídos normais, denominados hidroaéreos.



Focos de Ausculta

8 OBSERVAÇÃO:

- Esteja sempre com as mãos aquecidas, esfregando-as uma na outra.
- Não realize percussão com unha longa.
- Realize dois golpes seguidos para confirmar o som.
- Em órgãos simétricos, como pulmões, faça percussão comparada.
- A ausculta deve ser realizada em ambiente sossegado e sem ruído externo.
- O estetoscópio deve ser colocado sobre a pele nua, pois vestimentas obscurecem os sons.
- Para todas as técnicas, o enfermeiro geralmente prossegue da seguinte forma: pele, cabeça e pescoço, tórax e pulmões, mamas, sistema cardiovascular, abdome, reto, genitália, sistema neurológico e sistema musculoesquelético. Seguindo as etapas: inspeção, palpação, percussão e ausculta.

9 REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. L. de. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

2.3 POP 07: Verificação dos sinais vitais em adolescentes e adultos

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 07 VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS EM ADOLESCENTES E ADULTOS	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna SecoEnfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de Saude
1 DEFINIÇÃO: São indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo. Os sinais vitais são: pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura e dor.			
2 OBJETIVO: Estabelecer os padrões basais, observar tendências, identificar problemas fisiológicos e monitorar a resposta do cliente ao tratamento.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Obter parâmetros vitais do cliente, auxiliando no diagnóstico e na terapêutica a ser utilizada.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>Campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Relógio com ponteiros de segundo • Bandeja • Esfigmomanômetro • Estetoscópio • Bolas de Algodão embebidas em álcool 70% • Termômetro • Papel toalha • Caneta e papel • Escalas de mensuração de dor			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 7.1 Verificação do Pulso 1. Higienizar as mãos (POP 01).			

2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Preparar o material necessário.
4. Posicionar o cliente em posição confortável: se o cliente 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 estiver sentado, dobrar seu cotovelo a 90°, apoiar seu antebraço, estender suavemente o punho com a palma da mão voltada para baixo.
5. Aquecer as mãos, se necessário, friccionando-as.
6. Palpar a artéria escolhida (artéria radial, por exemplo).
7. Colocar as polpas digitais dos dedos, médio e indicador, sobre uma artéria superficial comprimindo-a suavemente.



8. Contar os batimentos arteriais durante 1 minuto.
9. Verificar a frequência, ritmo e intensidade do pulso. Repita o procedimento, se necessário.
10. Higienizar as mãos (POP 01).
11. Anotar o procedimento realizado no prontuário do cliente, registrando a frequência em bpm e descrevendo as características do pulso encontrado.
12. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Definição de Pulso: É a verificação dos batimentos cardíacos do paciente de forma manual, durante um minuto. Para sua verificação, utiliza-se a polpa dos dedos indicador e médio, por meio da palpação de uma artéria, geralmente a artéria radial, contando-se no período de um minuto o número de batimentos e verificando-se suas características: intensidade ou amplitude (pode ser cheio ou filiforme), ritmicidade (pode ser regular, irregular ou arritmia) e simetria (iguais em ambos os membros).

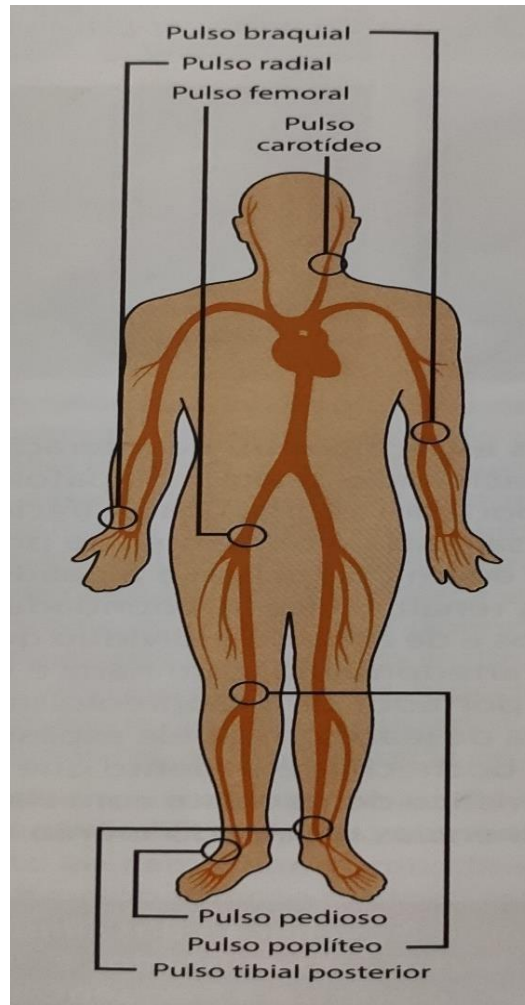
Valores de referência do Pulso	
Idade	Pulso (bpm)
Adolescente	60-90
Adulto	60-100

Fonte: POTTER *et al.* 2018.

Terminologia:

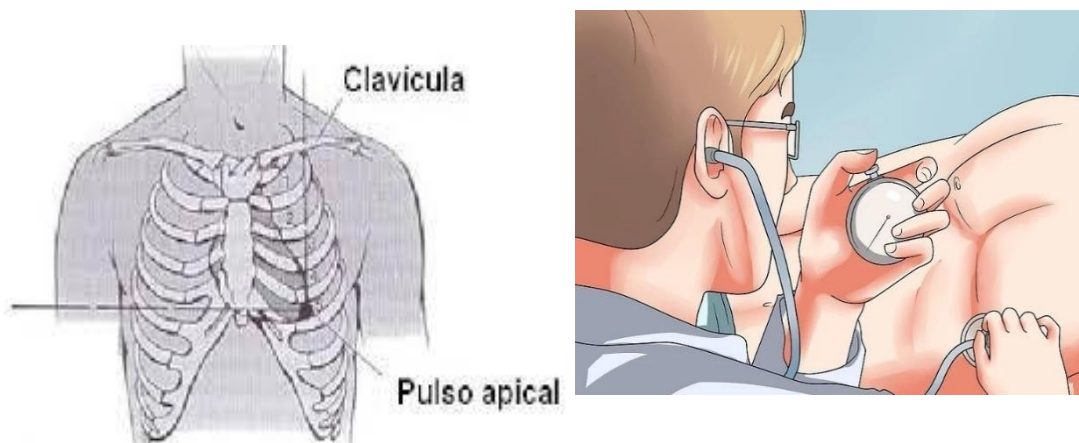
- Taquisfigmia: Pulso acelerado
- Bradisfigmia: Pulso lento
- Pulso normocárdico: Pulso com valor normal

Principais locais de avaliação do pulso: pulso braquial, pulso radial, pulso femoral, pulso carotídeo, pulso pedioso, pulso poplíteo, pulso tibial posterior.



7.2 Verificação da Frequência Cardíaca

1. Higienizar as mãos (POP 01).
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Posicionar o cliente em posição confortável, preferencialmente posição supina ou sentada.
4. Manter a privacidade do cliente.
5. Afastar a roupa do cliente para descobrir o esterno e o lado esquerdo do peito.
6. Realizar a assepsia das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70%.
7. Localizar os pontos de referência anatômicos para identificar o pulso apical.
8. Colocar o diafragma do estetoscópio na palma da mão por 5 a 10 segundos.
9. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o pulso apical (quinto espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular), e auscultar em busca dos sons cardíacos (ouvidos como Tum Ta).



10. Quando auscultar os sons cardíacos olhar para o relógio e começar a contar a frequência; começar a contar do zero e em seguida um, dois e assim por diante. Conte por 1 minuto.
11. Note se a frequência cardíaca está regular ou irregular.
12. Realizar novamente a assepsia das olivas do diafragma do estetoscópio com algodão embebido com álcool a 70%.
13. Realizar a higienização das mãos (POP 01).
14. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Definição de Frequência Cardíaca: É o número de vezes que o coração bate ou cicla durante um minuto. É expressa em bpm (batimentos por minuto).

Valores de referência da Frequência Cardíaca	
Idade	(bpm)
Adolescente	60 - 90
Adultos	60 - 100

Fonte: POTTER *et al.* 2018

- **Normocárdico:** Frequência Cardíaca dentro dos valores de referência
- **Taquicárdico:** Frequência Cardíaca acima dos valores de referência
- **Bradicárdico:** Frequência Cardíaca abaixo dos valores de referência

7.3 Verificação da Frequência Respiratória

1. Higienizar as mãos (POP 01).
2. Orientar a cliente quanto ao procedimento.
3. Reunir o material e manter próximo ao cliente.
4. Colocar o cliente sentado ou deitado.
5. Simular que está verificando o pulso e observar os movimentos do tórax ou abdome, durante 1 minuto.
6. Contar um movimento para a inspiração e expiração, observando o ritmo, profundidade e frequência da respiração.
7. Higienizar as mãos (POP 01).
8. Manter o ambiente em ordem.

9. Realizar as anotações no impresso próprio.
10. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Definição de frequência respiratória: É a mensuração do número de incursões respiratórias em um minuto (irpm).

Valores aceitáveis da Frequência Respiratória	
Idade	Frequência Respiratória (irpm)
Adolescente	16-20
Adulto	12-20

Fonte: POTTER *et al.* 2018

Tipos de Padrão Respiratório	
Eupneia	Movimentos respiratórios normais.
Bradipneia	A frequência de respiração é regular, mas anormalmente lenta (abaixo dos valores de referência).
Taquipneia	A frequência de respiração é regular, mas anormalmente rápida (acima dos valores de referência).
Apneia	As respirações cessam por vários segundos. Cessação persistente resulta em parada respiratória.
Hiperpneia	As respirações são trabalhosas, aumentadas em profundidade e aumentadas em frequência (acima dos valores de referência). Ocorre normalmente durante o exercício físico.
Ortopneia	Dificuldade de respirar sem estar com o tórax ereto.
Hiperpneia	Frequência e/ou amplitude aumentada dos movimentos respiratórios.
Cheyne-stoke	Caracteriza-se por uma fase de apneia seguida de incursões inspiratórias cada vez mais profundas e rápidas até atingir um máximo, para depois vir descendo até nova apneia.
Kusmaul	Respiração rápida, sem pausas, em adultos mais de 20 irpm, a respiração em geral soa forçada, parecendo suspiros.
Biot	Apneia seguida de movimentos inspiratórios e expiratórios uniformes quanto ao ritmo e amplitude.

7.4 Aferição de pressão arterial

1. Higienizar as mãos (POP 01).
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Reunir material necessário.
4. Posicionar o braço do cliente com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido, na altura do coração.
5. Palpar a artéria braquial.
6. Colocar o manguito adequado ao tamanho da circunferência do braço, firmemente de dois a três centímetros acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial.



7. Palpar o pulso radial, fechar completamente a válvula de pressão do bulbo no sentido horário e inflar o manguito até desaparecer a pulsação da artéria.
8. Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos e posicionar a campânula sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
9. Orientar o cliente para que não fale ou se mexa durante a aferição.
10. Liberar a válvula de pressão lentamente e determinar a Pressão Arterial Sistólica (PAS) no aparecimento do primeiro som, que se intensifica com o aumento da deflação.
11. Determinar a Pressão Arterial Diastólica (PAD), continuando a deflação, no desaparecimento do som.
12. Realizar a deflação rápida e completa e retirar o manguito.
13. Informar o valor da medida ao cliente.
14. Dar destino adequado aos materiais.
15. Higienizar as mãos (POP 01).
16. Realizar as anotações no prontuário do cliente, constando o valor da medida, local e posição da aferição, uso prévio de medicamentos, ocorrências adversas e as medidas tomadas.
17. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Definição de pressão arterial: É a medida da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias quando o sangue é ejetado na corrente sanguínea pelo ventrículo esquerdo.

Nomenclatura e Valores de Referência:

Adolescentes e Adultos	
Pressão Arterial Normal	Pressão sistólica menor ou igual a 120mmHg e pressão diastólica menor ou igual a 80 mmHg.
Pré-Hipertensão	Pressão sistólica entre 121 e 139mmHg ou pressão diastólica entre 81 e 89 mmHg.
Hipertensão Estágio 1	Pressão sistólica entre 140 e 159mmHg ou pressão diastólica entre 90 e 99 mmHg.
Hipertensão Estágio 2	Pressão sistólica entre 160 e 179mmHg ou pressão diastólica entre 100 e 109.
Hipertensão Estágio 3	Pressão sistólica acima de 180 mmHg ou pressão diastólica acima de 110 mmHg.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

7.5 Verificação da temperatura axilar

1. Higienizar as mãos (POP 01).
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Reunir o material e manter próximo ao cliente.
4. Fazer a desinfecção do termômetro utilizando bolas de algodão embebidos em solução alcoólica 70%, com movimentos unidirecionais por três vezes.
5. Posicionar o cliente em decúbito dorsal ou sentado, expondo ombro e braço.
6. Verificar se as axilas estão íntegras e secas.
7. Enxugar a axila escolhida com papel toalha.
8. Colocar o bulbo do termômetro na região côncavo axilar do cliente mantendo o braço encostado ao tórax com a mão tocando o ombro do lado oposto.
9. Manter nesta posição, aguardar o alarme do termômetro (média de 2 há 3 minutos).
10. Verificar o valor obtido.
11. Limpar o termômetro utilizando bolas de algodão embebidos em solução alcoólica 70%.
12. Guardar o material em local próprio.
13. Higienizar as mãos (POP 01).
14. Anotar o valor da temperatura no prontuário do cliente.
15. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Definição de temperatura axilar: É a mensuração e o registro da temperatura axilar.

Valores de referência:

Adolescentes e Adultos	
Terminologia	Temperatura
Hipotermia	Temperatura abaixo de 35°C
Afebril	36,1°C a 37,2°C

Febril	37,3°C a 37,7°C
Febre	37,8°C a 38,9°C
Pirexia	39°C a 40°C
Hiperpirexia	Acima de 40°C

7.6 Mensuração da dor

A dor não é um aspecto simples de se avaliar, pois é sempre subjetiva: não conseguimos visualizar a dor por meio de um exame de imagem, por exemplo. Assim, toda a avaliação do cliente com dor é feita a partir de seu próprio relato. Ela é uma condição complexa e exige que a sua avaliação aborde diversos aspectos. Além da intensidade, é fundamental conhecer as características da dor, o que a faz piorar ou melhorar e quais são os seus impactos na vida do cliente.

Passos para avaliar a dor:

1. Higienizar as mãos (POP 01).
2. Explicar o procedimento ao cliente.
3. Usar as seguintes perguntas:
 - Quando iniciou a dor?
 - De que forma ela apareceu?
 - A dor é contínua? Ou intermitente?
 - Qual o período do dia em que ela piora?
 - Como é a dor?
 - Qual é a intensidade da dor?
 - Onde dói?
 - Que fatores aliviam a dor?
 - Que fatores pioram a dor?
4. Examinar o cliente.
5. Escolher o tipo de escala de mensuração da dor que vai utilizar.
6. Aplicar a escala de mensuração da dor.
7. Registrar as informações adquiridas no prontuário do cliente.
8. Lavar as mãos (POP 01).

Tipos de escala de mensuração da dor:

- A equipe de enfermagem deverá utilizar a Escala Visual/Verbal numérica (EVN) para clientes conscientes e com boa capacidade cognitiva. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que 0 corresponde à classificação “Sem Dor” e 10 à classificação “Dor Máxima” (dor de intensidade máxima imaginável).



- A Escala Visual Analógica (EVA) consiste numa linha horizontal ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação "**Sem Dor**" e na outra a classificação "**Dor Máxima**". O doente terá de fazer uma cruz ou um traço perpendicular à linha no ponto que representa a intensidade da sua dor. Posteriormente, mede-se em centímetros a distância entre o início da linha (que corresponde a zero) e o local assinalado, obtendo-se uma classificação numérica.



- Na Escala de Faces é solicitado ao cliente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com mímica representada em cada face desenhada, sendo que a expressão de felicidade corresponde à classificação "Sem Dor" e a expressão de máxima tristeza corresponde à classificação "Dor Máxima".



8 OBSERVAÇÃO:

Verificação de pulso:

- Não usar o polegar para verificar o pulso, pois a própria pulsação pode ser confundida com a do paciente.
- Não realizar pressão forte sobre a artéria, o que poderá impedir a percepção dos batimentos.

Verificação de frequência cardíaca:

- A frequência cardíaca pode diferenciar-se do pulso devido a arritmias cardíacas.
- Caso seja observada diferença entre o pulso periférico e o pulso apical, proceder ao cálculo do déficit de pulso (**pulso apical - pulso periférico**). O déficit de pulso reflete o número de contrações cardíacas ineficientes em 1 minuto.
- Relate os achados anormais ao enfermeiro responsável ou ao médico imediatamente.

Verificação de frequência respiratória:

- Observar padrão respiratório do cliente.
- Valores diferentes da referência e alterações do padrão respiratório, comunicar o enfermeiro.

Aferição da pressão arterial:

- Para a verificação, manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.
- Se a PA estiver alterada, repita o procedimento e comunique o enfermeiro, caso persista a alteração.
- Caso o aparelho esteja descalibrado, providenciar a substituição.

Verificação da temperatura:

- Verificar se o termômetro se deslocou da posição inicial, em caso positivo, repetir o processo de aferição.
- A temperatura aferida não será exata se o tempo adequado de 3 minutos não for respeitado e/ou não houver sinal sonoro indicativo do tempo do aparelho.

9 REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. L. de. **Anamnese e exame físico:** avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

COMO verificar o pulso apical. Disponível em: <https://pt.wikihow.com/Verificar-um-Pulso-Apical>. Acesso em: 17/01/2024

POTTER, Patrícia *et al.* **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 107, n. 3, supl. 3, set. 2016. Disponível em: <https://nutritotal.com.br/pro/wp-content/uploads/2016/10/7-Diretriz-Brasileira-de-Hipertensao-Arterial.pdf>. Acesso em: 20/01/2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Procedimentos de Enfermagem:** POP FACENF Nº 04: sinais vitais. Minas Gerais: EBSEPH, 2019. Disponível em: <https://www.ufjf.br/fundamentosenf/files/2019/08/POP-FACENF-Sinais-Vitais-n.-04.1.pdf>. Acesso em: 10/01/2024.

2.4 POP 08: Verificação da oximetria de pulso portátil de dedo

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 08 VERIFICAÇÃO DA OXIMETRIA DE PULSO PORTÁTIL DE DEDO	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: Técnica não invasiva, que mede de modo indireto a concentração de oxigênio no corpo. O monitor do oxímetro de dedo exibe a porcentagem de hemoglobina arterial e os batimentos cardíacos por minuto.			
2 OBJETIVO: Avaliar a oxigenação do cliente e otimizar os cuidados prestados, minimizando o potencial de episódios de hipóxia.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Verificação fidedigna da oximetria de pulso.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Oxímetro de Dedo • Bolas de Algodão • Álcool 70% • Caneta e Papel			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Higienizar as mãos (POP 01). 2. Explicar o procedimento ao cliente. 3. Preparar material e ambiente. 4. Fazer a desinfecção do oxímetro portátil de dedo utilizando algodão embebido em solução alcoólica 70%. 5. Inserir o oxímetro no dedo.			



6. Pressionar o botão do interruptor uma vez, no painel frontal, para ligar o oxímetro.
7. Manter as mãos imóveis para a leitura.
8. Verificar resultado.
9. Realizar a desinfecção do oxímetro.
10. Guardar o material em local próprio.
11. Higienizar as mãos (POP 01).
12. Anotar o valor da saturação no impresso de controle do cliente.
13. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Passos para a limpeza e desinfecção do oxímetro de dedo

- Desligue o oxímetro de pulso e retire as pilhas do compartimento da bateria;
- Limpe a superfície exterior do equipamento com um pano macio umedecido com álcool;
- Limpe a parte interna do sensor com um pano macio umedecido com álcool;
- Cuidado para que o álcool não permeie para dentro do dispositivo, pois pode danificar o aparelho;
- Deixe secar completamente o equipamento.

Valores de referência:

- A saturação normal de oxigênio para a maioria das pessoas saudáveis é entre 95% e 100%.
- Condições leves de saúde como gripes ou resfriados podem apresentar uma saturação entre 90% e 94%.

8 OBSERVAÇÃO:

- A leitura do oxímetro pode ser menos acurada se o paciente usar esmaltes, unhas postiças, tiver as mãos frias, ou tiver a circulação deficiente.
- A melhor leitura é alcançada quando sua mão está aquecida, relaxada, e mantida abaixo do nível do coração.

9 REFERÊNCIAS

AMERICAN THORACIC SOCIETY; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Informações ao paciente:** oximetria de pulso. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/publico-geral/doencas/oximetria-de-pulso/>. Acesso em: 13/01/2024.

POTTER, Patrícia *et al.* **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

2.5 POP 09: Verificação da glicemia capilar

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 09 VERIFICAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna SecoEnfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É a coleta de uma gota de sangue capilar por meio de punção para a monitorização dos valores glicêmicos.			
2 OBJETIVO: Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital para fornecer parâmetros para devidas condutas.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Resultado fidedigno do nível de glicose.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • 01 bandeja • 01 Par de Luvas de Procedimento • 02 bolas de algodão embebidas em álcool 70% • 01 aparelho dosador de glicemia (glicosímetro) • 01 fita reagente para aparelho de glicemia • 01 lanceta			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Higienizar as mãos (POP 01). 2. Explicar o procedimento ao cliente. 3. Reunir o material dentro da bandeja. 4. Conferir o código da fita com o aparelho. 5. Colocar luvas de procedimento. 6. Limpar a polpa digital escolhida com algodão embebido no álcool a 70% aguardar secar. 7. Ligar o glicosímetro seguindo as recomendações do fabricante. 8. Introduzir a tira teste no aparelho, evitando tocar na parte reagente.			

9. Lancetar a polpa digital e coletar material na fita reagente, para a leitura glicêmica.
10. Aguardar o tempo necessário para que o aparelho realize a leitura.
11. Pressionar o local da punção o suficiente para suspender o sangramento.
12. Descartar imediatamente a lanceta em local próprio para o descarte de perfurocortantes.
13. Realizar a leitura do índice glicêmico e limpar o dedo do cliente com algodão embebido em álcool a 70% e depois com algodão seco.
14. Certificar-se de que não há prolongamento do período de sangramento.
15. Desprezar o material utilizado no lixo.
16. Retirar luva de procedimentos e desprezá-la no lixo.
17. Higienizar as mãos (POP 01).
18. Registrar a taxa de glicemia capilar do cliente.
19. Adotar condutas necessárias, conforme o valor obtido.

8 OBSERVAÇÃO:

- Só coletar se o local da punção estiver totalmente seco, certificar-se se o álcool secou totalmente.
- Erro na leitura do exame: verificar código de erro e seguir as orientações do fabricante do aparelho.

9 REFERÊNCIAS

POTTER, Patrícia *et al.* **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. **Procedimento operacional padrão**: POP ENF 1.1: aferição da glicemia capilar adulto. Rio de Janeiro: EBSEH, 2016.

Disponível em:

http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132789/1132848/POP+1.1_AFERI%C3%87%C3%83O+DA+GLICEMIA+CAPILAR+-ADULTO.pdf/b7b5e860-c6c4-46da-8140-bf86541c5850. Acesso em: 10/01/2024

2.6 POP 10: Mensuração do Índice de Massa Corpórea (IMC)

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 10 MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC)	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidélma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: O índice de Massa Corporal (IMC) é um marcador de peso saudável ideal para a altura e um índice de obesidade e desnutrição. Evidências apoiam o uso do IMC na avaliação de risco da obesidade, pois oferece uma medida mais precisa da gordura corporal total em comparação aquela fornecida apenas pelo corpo.			
2 OBJETIVO: Determinar se o cliente é uma pessoa saudável, com sobrepeso ou obesa e até mesmo abaixo do peso, de acordo com uma tabela.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Avaliar o peso da pessoa em relação à sua altura.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i>			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Balança antropométrica • Papel toalha • Caneta e papel • Calculadora			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Explicar o procedimento ao cliente. 2. Higienizar as mãos (POP 01). 3. Promover a privacidade do cliente. Verificação do peso com balança antropométrica 4. Destruar a balança. 5. Verificar se a balança está calibrada, caso contrário, calibrá-la, girando lentamente o calibrador. 6. Esperar que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.			

7. Após a calibração da balança, ela deve ser travada, forrada com papel toalha e a pessoa deve subir na plataforma para ser pesado.
8. Posicionar o indivíduo de costas para a balança, descalço, com o mínimo de roupa possível, no centro do equipamento, ereto, com os pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição.
9. Destruar a balança.
10. Mover o cursor maior sobre a escala numérica, para marcar os quilos.
11. Depois mover o cursor menor para marcar os gramas.
12. Esperar que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
13. Travar a balança, evitando, assim que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento.
14. Realizar a leitura de frente para o equipamento, para visualizar melhor os valores apresentados pelos cursores.
15. Retirar o cliente da balança e retirar a forração.
16. Retornar os cursores ao zero na escala numérica.
17. Higienizar as mãos (POP 01).
18. Fazer o registro do valor encontrado no prontuário do cliente.

Verificação da altura com balança antropométrica

19. Forrar a balança com papel toalha.
20. Auxiliar o cliente a subir na balança com os pés descalços.
21. Posicionar o cliente, de costas para a régua, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento. Mantê-lo de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
22. Deslocar a parte móvel da régua até o ápice da cabeça.
23. Proceder à leitura.
24. Auxiliar o cliente a descer da balança e calçar os sapatos.
25. Remover a forração.
26. Higienizar as mãos com água e sabão (POP 01).
27. Fazer o registro do valor encontrado no prontuário do cliente.

Cálculo do Índice de Massa Corpórea – IMC

28. Para o cálculo do IMC é necessário utilizar a seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO}}{(\text{ALTURA})^2}$$

29. Anotar o valor encontrado no prontuário do cliente.

Valores de Referência para o IMC	
IMC	Classificação
< 18,5	Baixo peso
18,5 - 24,9	Peso Normal
> 25	Sobrepeso
25 - 29,9	Pré - Obeso
30 - 34,9	Obeso I
35 - 39,9	Obeso II (Severo)
> 40	Obeso III (Mórbido)

8 OBSERVAÇÃO:

- O peso deve ser verificado pessoalmente pela manhã, em jejum, com a bexiga vazia.
- O cliente não deve apoiar-se em nada e permanecer sem movimentação, para a verificação de peso.
- O IMC não distingue massa gordurosa de massa magra, podendo ser pouco estimado em indivíduo mais velhos, em decorrência da sua perda de massa magra e diminuição do peso, e superestimado em indivíduos musculosos.

9 REFERÊNCIAS

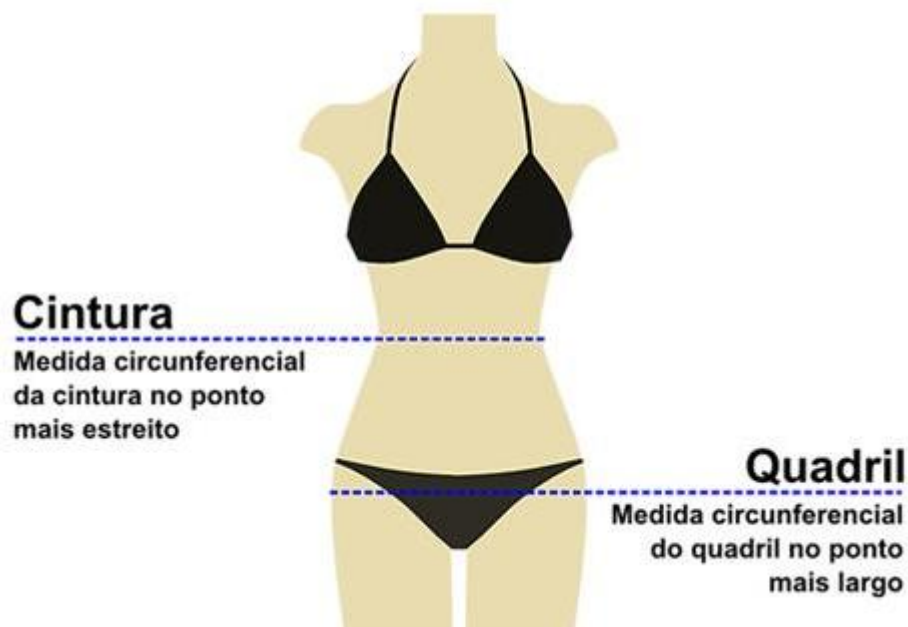
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão: enfermagem**. 2014. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201410/HGV06_0781548a1f.pdf. Acesso em: 28/01/2024

PREFEITURA DE MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de atenção à saúde. Coordenação geral de atenção primária. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem para as Unidades Básicas de Saúde (UBS)**. Maceió, AL, 2018. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/pdf/2018/11/MANUAL-POP-VERS%C3%83O-13-de-agosto.pdf>. Acesso em: 14/01/2024

2.7 POP 11: Mensuração da Razão Cintura Quadril (RCQ)

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 11 MENSURAÇÃO DA RAZÃO CINTURA QUADRIL - RCQ	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É o cálculo que se faz a partir das medidas da cintura e do quadril para verificar o risco de doenças cardiovasculares. Isso acontece porque, quanto maior a concentração da gordura abdominal, maior o risco de ter problemas como colesterol alto, diabetes, pressão alta ou aterosclerose.			
2 OBJETIVO: Calcular o risco para problemas cardiovasculares segundo a relação cintura/quadril.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Obter a razão do valor da circunferência da cintura pelo valor da circunferência do quadril.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Fita métrica • Papel e caneta • Álcool 70% • Gaze não estéril • Luva de procedimento • Calculadora			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Higienizar as mãos (POP 01). 2. Explicar o procedimento ao cliente. 3. Promover a privacidade do cliente.			

4. Higienizar a fita métrica com álcool 70%.
5. Colocar o cliente em pé com o corpo relaxado e os pés unidos. Pedir para que ele não se acorcunde ou incline o corpo, o que poderá interferir na medição. Deve-se orientá-lo também a evitar segurar o fôlego ou contrair o abdome para evitar medidas incorretas.
6. Para obter o valor da medida da cintura, enrole uma fita métrica ao redor da parte mais estreita da cintura do cliente. Com frequência, essa linha está um pouco acima do umbigo, sobre as protuberâncias do quadril. Mantenha a fita métrica reta na barriga, sem dobrá-la ou torcê-la. Não é preciso apertar a pele, mas deixe-a bem justa.
7. Para obter o valor do quadril, use a fita métrica ao redor da parte mais larga do quadril. Geralmente, essa linha está na altura mais ampla dos glúteos, logo abaixo do início das coxas. Envolver a fita métrica rente à pele, sem dobrá-la, torcê-la ou apertá-la.



8. Tirar as duas medidas novamente, para evitar erros decorrentes da respiração.
9. Higienizar a fita métrica com álcool 70% após o procedimento.
10. Higienizar as mãos (POP 01).
11. Registrar os valores encontrados no prontuário do cliente.
12. Para realizar o cálculo da Razão Cintura Quadril (RCQ), divida a circunferência da cintura pela circunferência do quadril.

$$RCQ = \frac{\text{Perímetro da Cintura}}{\text{Perímetro do Quadril}}$$

13. Registrar o valor encontrado no prontuário do cliente.

Tabela de risco cintura quadril

Risco de Saúde	Mulher	Homem
Baixo	Inferior a 0,80	Inferior a 0,95
Moderado	0,81 a 0,85	0,96 a 1,0
Alto	Superior a 0,85	Superior a 1,0

8 OBSERVAÇÃO:

- Tire ambas as medidas logo depois do cliente expirar. Dessa forma, você terá os valores mais precisos.
- A relação cintura quadril não representa um teste absoluto. Embora se trate de uma boa medida para se tirar, ela não pode indicar por si só, se o cliente tem um corpo saudável ou não.

9 REFERÊNCIAS

COMO calcular sua relação cintura quadril. Disponível em:
<https://pt.wikihow.com/Calcular-sua-Rela%C3%A7%C3%A3o-Cintura-Quadril>.
Acesso em: 07/01/2024

LIMA, A. L. **Relação Cintura Quadril (RCQ):** o que é e como calcular. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/relacao-cintura-quadril/>. Acesso em: 19/01/2024

2.8 POP 12: Notificação dos incidentes e eventos adversos

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 12 NOTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de Saude
1 DEFINIÇÃO: É a notificação de eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao cliente. Podem ser oriundos de atos intencionais ou não intencionais.			
2 OBJETIVOS: Descrever a forma como os registros devem ser realizados, avaliar mensuração dos eventos ocorridos e permitir a análise sistemática das principais ocorrências e causas, visando, é claro, a redução desses eventos e respectiva ampliação da segurança do cliente.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Realizar a notificação fidedigna de incidentes e eventos adversos.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Formulário de notificação do evento adverso • Papel e caneta			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Identificar o incidente da notificação do evento. 2. Preencher formulário próprio para cada tipo de evento. Os principais eventos que podem acontecer no âmbito do IFPI são: • Erro na administração de medicação. • Reação medicamentosa. • Acidentes de trabalho com exposição a material biológico. • Acidentes com animais peçonhentos. 3. Os eventos de erro na administração de medicação e de reação medicamentosa devem ser inseridos em formulário eletrônico do Sistema da			

Vigilância Sanitária chamado NOTIVISA.

4. Nos eventos de Acidentes de trabalho com exposição de material biológico e acidentes com animais peçonhentos, deve-se preencher formulário próprio do SINAN e encaminhar à Secretaria de Saúde do Município, para dar sequência a investigação do evento e inserção nos sistemas do Ministério da Saúde.

5. Arquivar cópia da notificação nos arquivos do setor de saúde.

NOTIVISA: é um sistema informatizado desenvolvido pela ANVISA para receber notificações de incidentes, eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e de serviços regulamentados pela Vigilância Sanitária.

8 OBSERVAÇÃO:

- De acordo com a ANVISA, para acessar o NOTIVISA, é preciso se cadastrar de acordo com a categoria do notificante. Por exemplo, profissional liberal deve se cadastrar como Profissional de Saúde, mas se for um profissional vinculado a alguma instituição/empresa, deve ser providenciado o cadastro institucional em: <https://www1.anvisa.gov.br/cadastramento/>.
- Em caso de eventos a serem notificados no NOTIVISA, deve-se acessar o link: <https://www8.anvisa.gov.br/notivisa/frmLogin.asp>
- Em casos de acidente de trabalho com material biológico, deve-se preencher o formulário do SINAN disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT_Acidente_Trabalho_Biologico.pdf
- Em casos de acidentes com animais peçonhentos, deve-se preencher o formulário do SINAN disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/AAP/Animais_Peconhentos_v5.pdf).

9 REFERÊNCIAS

GIOVANONI, A. **Protocolo de notificação de eventos adversos**. Disponível em: <https://qualidadeparasaude.com.br/protocolo-de-notificacao-de-eventos-adversos/>. Acesso em: 12 /01/2024

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Como funciona o programa NOTIVISA?**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/central-de-atendimento-a-operadoras-e-prestadores/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=operadora&resp_osta=1280&historico=22819495. Acesso em: 10/01/2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA)**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/notificacoes>. Acesso em: 27/01/2024

3. CATEGORIA 03: ATENDIMENTO EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

3.1 POP 13: Assistência de enfermagem na Reanimação Cardiopulmonar (RCP) em adultos

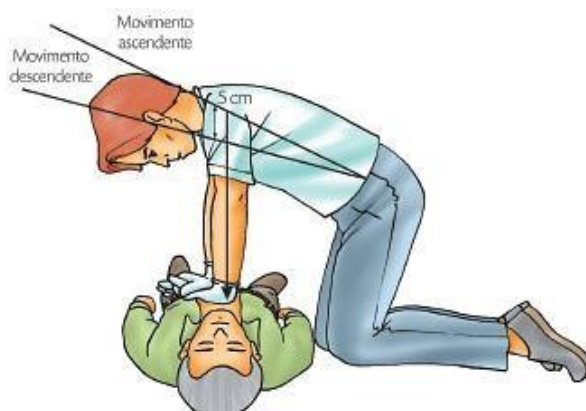
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 13 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) EM ADULTOS	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: Sequência de manobras e procedimentos destinados a reverter a Parada Cardiorrespiratória (PCR) e a manter a oxigenação e perfusão tecidual adequadas, garantindo a sobrevivência do cliente.			
2 OBJETIVO: Promover reanimação cardiopulmonar utilizando manobras de suporte básico de vida, de forma rápida, eficiente e sistematizada.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Recuperação da função cardiorrespiratória.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • EPIs (máscara, avental, gorro, óculos de proteção, luvas de procedimento) • Bolsa-Válvula-Máscara (Ambú) ou máscara de bolso (pocket mask)			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Reconhecimento imediato da parada cardiorrespiratória e acionamento do Serviço hospital Nossa Senhora das Graças. • Checar a responsividade (tocar os ombros e chamar o cliente em voz alta), se não responsivo, chame ajuda. • Acionar imediatamente o HOSPITAL e providenciar os equipamentos de emergência. Se não estiver sozinho é importante designar pessoas para que sejam responsáveis em realizar essas funções, enquanto continua o atendimento ao cliente. • Posicionar o cliente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca. • Cheque o pulso carotídeo e a respiração simultaneamente, observando se			

há elevação do tórax do cliente e se há pulso, em até 10 segundos.

- Se o cliente não estiver respirando ou apresentar somente *gasping* e:
Pulso presente: realizar abertura da via aérea e aplicar uma ventilação a cada 5 a 6 segundos, mantendo frequência de 10 a 12 ventilações por minuto. Cheque o pulso a cada 2 minutos.
Pulso ausente: iniciar imediatamente a reanimação cardiopulmonar.

2. Reanimação cardiopulmonar imediata de alta qualidade

- Inicie ciclos de trinta compressões e duas ventilações.
- Para realização das compressões torácicas:
 - Posicione-se ao lado do cliente e mantenha seus joelhos com certa distância um do outro, para que tenha melhor estabilidade.
 - Afaste ou corte a roupa do cliente (se uma tesoura estiver disponível), para deixar o tórax desnudo.
 - Coloque a região hipotenar de uma mão sobre a metade inferior do esterno do cliente e a outra mão sobre a primeira, entrelaçando-as.
 - Estenda os braços e os mantenha cerca de 90° acima do cliente. Não flexione os cotovelos.
 - Comprima na frequência de 100 a 120 compressões/minuto.
 - Comprima com profundidade de, no mínimo, 5 cm (2 polegadas), evitando compressões com profundidade maior que 6 cm (2,4 polegadas).
 - Permita o retorno completo do tórax após cada compressão, evitando apoiar-se no tórax do cliente.
 - Minimize interrupções das compressões (não interromper as compressões por mais de 10 segundos). Considere obter uma fração de compressão torácica maior possível.
 - Se houver mais de um socorrista, alterne as funções de compressão e ventilação a cada 2 minutos, a fim de manter a qualidade da RCP, evitar o cansaço e compressões de má qualidade.



Posicionamento para realização das compressões torácicas

- Ao término das 30 compressões realizar 2 ventilações de 1 segundo cada observando elevação do tórax. Atente-se para:
 - Independentemente da técnica utilizada para aplicar ventilações, é necessária a abertura de via aérea, que pode ser realizada com a manobra da inclinação da cabeça e elevação do queixo (se não houver suspeita de trauma) ou a manobra de elevação do ângulo da mandíbula (se houver suspeita de trauma).



Manobra da inclinação da cabeça e elevação do queixo - consiste em posicionar os dedos de uma das mãos do examinador sob o mento, que é suavemente tracionado para cima e para frente, enquanto o polegar da mesma mão deprime o lábio inferior, para abrir a boca; a outra mão do examinador é posicionada na região frontal para fixar a cabeça do cliente.



Manobra de elevação do ângulo da mandíbula - consiste na utilização das duas mãos do examinador, posicionando os dedos médios e indicadores no ângulo da mandíbula, projetando-a para frente, enquanto os polegares deprimem o lábio inferior, abrindo a boca. Mantenha sempre o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical.

- É indicado que o socorrista utilize mecanismos de barreira para realização das ventilações – por exemplo, máscara de bolso (pocket mask) ou Bolsa-Válvula-Máscara (BVM).

- O uso da BVM requer considerável prática e deve ser feito na presença de dois socorristas: um responsável pelas compressões e outro por aplicar as ventilações com o dispositivo. Se houver oxigênio suplementar, conecte-o à BVM assim que possível, de modo a oferecer maior porcentagem de oxigênio ao cliente.

3. Rápida desfibrilação, assim que o DEA estiver disponível

- Ligue o DEA, apertando o botão on-off (alguns dispositivos ligam automaticamente ao abrir a tampa). Isso ativa os alertas verbais que orientam todas as etapas subsequentes.
- Conecte as pás (eletrodos) ao tórax desnudo do cliente, observando o desenho contido nas próprias pás do posicionamento correto (selecionar pás do tamanho correto, adulto ou pediátrico, para o tamanho/idade do cliente). Remover o papel adesivo protetor das pás.



Posicionamento das pás anterolateral

- Encaixe o conector das pás (eletrodos) ao aparelho.
- Quando o DEA indicar “analizando o ritmo cardíaco, não toque no paciente”, solicitar para que todos se afastem.
- Se o choque for indicado, o DEA emitirá a frase: “choque recomendado, afaste-se do paciente”. O socorrista que estiver manuseando o DEA deve solicitar para que todos se afastem.
- Pressionar o botão indicado pelo aparelho para aplicar o choque, o que produzirá uma contração repentina dos músculos do cliente.
- A RCP deve ser iniciada pelas compressões torácicas e seguida pelas ventilações, imediatamente após o choque. A cada 2 minutos, o DEA analisa o ritmo novamente e pode indicar novo choque, se necessário. Se não indicar choque, deve-se reiniciar a RCP imediatamente, caso o cliente não retome a consciência.
- Manter os ciclos de RCP e avaliação do ritmo até: a chegada do SAMU, a chegada ao hospital ou o cliente apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento).
- Se o cliente retomar a consciência, o aparelho não deve ser desligado e as pás não devem ser removidas ou desconectadas até que o SAMU assuma o caso.
- Se não houver suspeita de trauma, e o cliente já apresentar respiração normal e pulso, o socorrista pode lateralizar o cliente, porém deve permanecer no local até que o SAMU chegue.
- Com a chegada do SAMU, realizar transferência conforme necessidade.

4. Hospital e maternidade Nossa Senhora das Graças. .

5. Suporte avançado de vida e cuidados pós-PCR (ambiente hospitalar).

6. Registrar o cuidado prestado no atendimento no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Durante o Coronavírus deve ser avaliado com cautela o uso de máscaras de bolso (pocket mask) para a realização das ventilações, tendo em vista o risco maior de contaminação.
- Se o profissional estiver sozinho ou não possuir máscara de bolso ou Bolsa-Válvula-Máscara, ele pode realizar as compressões contínuas de 100 a 120 por minuto.
- Assim que o DEA estiver disponível, o socorrista estando sozinho deve parar a RCP para conectar o aparelho ao cliente. Porém, se houver mais de um socorrista, o segundo manuseia o DEA e, nesse caso, a RCP só é interrompida quando o DEA emitir um alerta verbal como: “analizando o ritmo cardíaco”, “não toque no paciente” e/ou “choque recomendado, carregando, afaste-se do paciente”.
- As situações a seguir exigem que o socorrista tenha cautela na colocação das pás ao usar um DEA:
 - Excesso de pelos no tórax: remover o excesso de pelos, somente da região onde são posicionadas as pás.
 - Tórax molhado: se o tórax do cliente estiver molhado, secar por completo.
 - Marca-passo ou Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI): se estiver na região onde é indicado o local para aplicação das pás, afaste-as ou opte por

outro posicionamento das pás (anteroposterior, por exemplo).

- Adesivos de medicamentos: remover o adesivo se estiver no local onde são aplicadas as pás do DEA; enxugue, se necessário.

- Atente-se para testar diariamente a funcionalidade adequada do DEA, seguindo as orientações de teste que estão especificadas no manual do equipamento disponibilizado pelo fabricante. Caso o equipamento apresente algum problema procurar assistência técnica autorizada o mais rápido possível.
- Se não tiver um DEA disponível, mantenha a realização da RCP até a chegada de uma equipe de emergência.

9 REFERÊNCIAS

BERNOCHE, C. *et al.* Atualização da diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia 2019. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 113, n. 3, p. 449-663, set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de intervenção para o SAMU 192:** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

4. CATEGORIA 04: ASSISTÊNCIA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

4.1 POP 14: Administração segura de medicação

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 14 ADMINISTRAÇÃO SEGURA DA MEDICAÇÃO	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna SecoEnfermeira COREN-PR 218495	Cidelma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: administração de medicamentos é um processo complexo, constituindo uma das responsabilidades mais importante da equipe de enfermagem, que deve basear-se em boas práticas para promover a segurança do cliente afim de evitar eventos adversos e garantir a eficácia do tratamento indicado.			
2 OBJETIVO: Implementar a prática de administração segura de medicamentos no intuito de prestar uma assistência à saúde dos clientes com qualidade, eficácia e segurança.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Preparar e administrar medicamentos de forma segura, evitando ou minimizando eventos adversos que possam comprometer a saúde e a vida do cliente.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: Conforme POP específico para cada via de administração.			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01). 2. Utilizar luvas e outros EPIs se necessário. 3. Separar o material necessário. 4. Aplicar os 9 certos: 5. Cliente certo: Deve-se perguntar ao cliente seu nome completo e confirmar o nome que está na prescrição do medicamento. 6. Medicamento certo: Conferir o nome do medicamento, o aprazamento, a diluição e o tempo de infusão de acordo com a prescrição e se o cliente é alérgico ao medicamento. 7. Dose certa: Conferir a dose prescrita para cada medicamento. 8. Aspecto de medicação certa: Observar o aspecto da medicação (coloração, precipitação e violação da embalagem).			

9. **Validade certa:** Conferir data de validade de cada medicação a ser administrada.
10. **Via certa:** Identificar e confirmar se a via de administração prescrita é tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.
11. **Hora certa:** Preparar a medicação de modo a garantir que sua administração seja feita sempre no horário correto para garantir adequada resposta terapêutica. Atentar-se para os termos: “ACM” a critério médico, “SE NECESSÁRIO” e “AGORA” e quando prescritos deverão ser acompanhados da dose, posologia e condições de uso.
12. **Orientação certa:** Orientar e instruir o cliente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome, ação, etc.).
13. Desprezar o material utilizado em local apropriado.
14. Retirar Luvas.
15. Higienizar as mãos (POP 02) e anotar o procedimento no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Quando houver dúvidas, quanto ao tratamento e/ou reconhecimento da prescrição, orientar o cliente a voltar ao prescritor para o devido esclarecimento.
- Se o cliente relatar alergia, suspender a administração do medicamento e anotar no prontuário.
- Em caso de incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas realizar a notificação (POP 12).

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 08/2020:** Orientações gerais para implantação das práticas de segurança do paciente em hospitais de campanha e nas demais estruturas provisórias para atendimento aos pacientes durante a pandemia de covid-19. Brasília, 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde:** como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?: orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Uso seguro de medicamentos:** guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/uso-seguro-medicamentos.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. **Administração segura de medicamentos depende dos 9 certos.** 2016. Disponível em: <https://www.segurancahopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/administracao-segura-de-medicamentos-depender-dos-9-certos/>>. Acesso em: 19 jul. 2020.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem:** atenção básica. 2. ed. São Paulo: SMS, 2015.

4.2 POP 15: Via intravenosa

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 15 VIA INTRAVENOSA	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna SecoEnfermeira COREN-PR 218495	Cidélma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: Administração por via intravenosa é a que permite administrar pequenos e grandes volumes de medicamentos na corrente sanguínea por meio de um acesso superficial ou profundo inserido na veia.			
2 OBJETIVOS: • Administrar medicamentos quando se quer um efeito rápido, lento e contínuo. • Controle rigoroso da dose e/ou volume a ser infundido. • Restaurar e/ou manter o equilíbrio hidroeletrólítico. • Administrar medicamentos, especialmente substâncias irritantes que poderiam causar necrose tecidual se disseminando por outras vias.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica rápida.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Prescrição do medicamento • Bandeja • Medicamento prescrito e diluente do medicamento • Luvas de procedimento • Agulha 40x12 ou 30x8 mm para preparo da medicação • Seringa descartável de 10 a 20 ml, ou conforme volume a ser infundido • Algodão, gaze estéril e álcool a 70% • Garrote • Etiqueta para identificar o medicamento (se necessário) • Equipo micro ou macrogotas (se necessário) Dispositivo de infusão intravenoso adequado para quantidade e velocidade da			

infusão

- Espasmodico, micropore e curativo transparente (se disponivel)

7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado.
2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01).
3. Preparar o material necessário.
4. Verificar os nove certos (POP 14).
5. Reunir o material na bandeja.
6. Posicionar o cliente adequadamente expondo a área a ser puncionada.
7. Higienizar as mãos (POP 02).
8. Selecionar a área ser administrada a medicação - braço, antebraço (prega do cotovelo) e dorso das mãos.
9. Calçar as luvas de procedimento.
10. Garrotear o membro a ser puncionado.
11. Realizar antisepsia local com álcool antisséptico a 70%, gaze estéril ou algodão, de forma ampla de baixo para cima.

PUNÇÃO COM CATETER INTRAVENOSO RÍGIDO (SCALP):

- Segurar o scalp de modo que as duas abas fiquem juntas certificando-se de que o bisel esteja voltado para cima;
 - Perfurar a pele e observar o refluxo sanguíneo, ausência de edema e hematoma;
 - Liberar o garrote;
 - Conectar o extensor no dispositivo e injetar solução salina para verificar a permeabilidade do vaso;
 - Administrar a medicação prescrita;
 - Injetar novamente a solução salina.
12. Retirar o dispositivo em movimento único.
 13. Fazer pressão com algodão contra o local da aplicação (não massagear), logo após ocluir com curativo disponível.
 14. Reposicionar o cliente confortavelmente.
 15. Desprezar os resíduos em local próprio. Se a agulha não tiver dispositivo de segurança, não reencapar.
 16. Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.
 17. Retirar as luvas.
 18. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01).
 19. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Optar inicialmente se possível pela punção das extremidades, evitando proximidade as articulações.

- Após a entrada da medicação na corrente sanguínea, ela começa a agir imediatamente, não havendo maneira de interromper sua ação.
- Fique atento às possíveis reações durante a administração de medicamentos EV, tais como reações pirogênicas, anafiláticas ou outras queixas do cliente.

9 REFERÊNCIAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem: atenção básica**. 2. ed. São Paulo: SMS, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento operacional padrão: divisão de enfermagem/2019: versão 1.0**. Florianópolis: EBSEH, 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4874247/Vers%C3%A3o+Final+E-BOOK+%2811-02%29+%282%29.pdf/dcca1581-864b-4278-bf00-dc28d50d6c90>. Acesso em: 20/01/2024

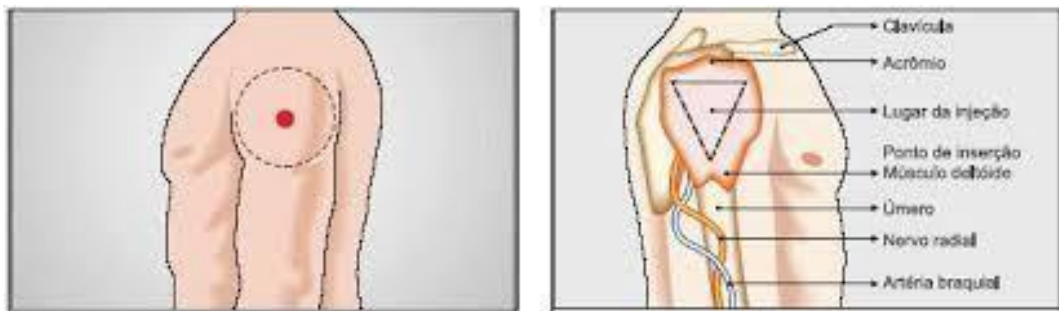
4.3 POP 16: Via intramuscular

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 16 VIA INTRAMUSCULAR	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna SecoEnfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É a aplicação de medicamento profundamente no tecido muscular. Esta via de administração fornece uma ação sistêmica rápida e absorção de doses relativamente grandes (até 5 ml em locais adequados).			
2 OBJETIVOS: • Administrar medicamentos irritantes ao trato digestivo ou ao tecido subcutâneo. • Promover uma absorção mais rápida do que pelas vias enteral e subcutânea.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Prescrição • Bandeja • Medicamento prescrito e diluente do medicamento • Luvas de procedimento • Agulha 40x12 ou 30x8 mm para preparo da medicação • Agulha para administrar a medicação 25x7 mm, 25x8 mm ou 30x7/8 mm • Seringa descartável de 1 a 5 ml e agulha • Algodão, gaze estéril e álcool a 70%			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado. 2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01). 3. Preparar o material necessário. 4. Verificar os nove certos (POP 14). 5. Reunir o material na bandeja.			

6. Posicionar o cliente adequadamente expondo a área a ser puncionada
7. Higienizar as mãos (POP).
8. Escolher o local de aplicação.

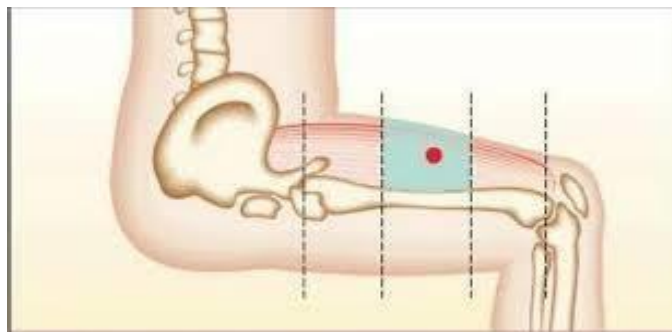
MUSCÚLO DELTOIDE

- Posicionar o cliente de forma adequada expondo a área a ser puncionada, preferencialmente sentado, com antebraço flexionado, expondo completamente o braço e o ombro.
- Face lateral do braço aproximadamente 4 dedos abaixo do ombro, no centro do musculo deltoide.
- Volume máximo 2 ml.



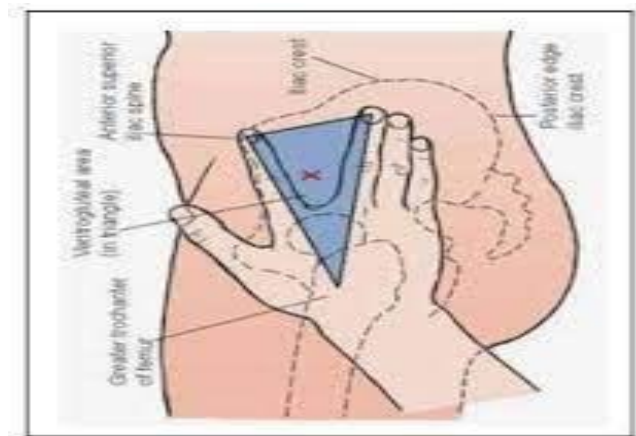
VASTO LATERAL DA COXA

- Dividir a coxa lateralmente em três partes, tomando como referência o trocânter maior e a articulação do joelho. Aplicar no centro do terço médio.
- Posicionar o cliente sentado com a perna fletida, ou deitado em decúbito dorsal, com as pernas distendidas.
- Volume máximo 4 ml.



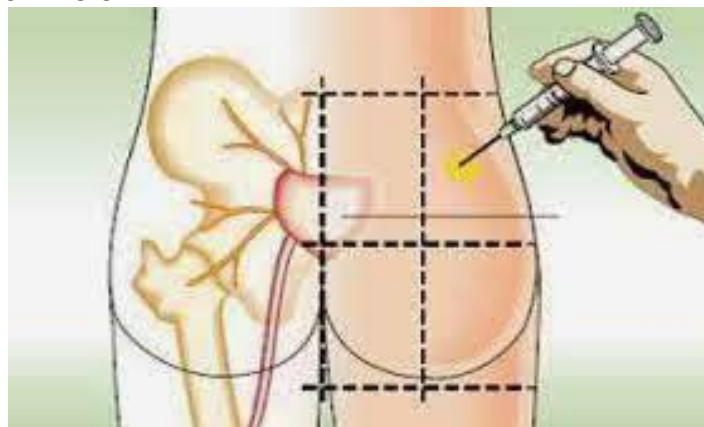
REGIÃO VENTRO GLÚTEO OU HOCHSTETTER

- Posicionar o cliente em decúbito lateral ventral, lateral ou de pé.
- Colocar a mão não dominante no quadril do cliente, espalmando a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur, localizando a espinha ilíaca ântero-superior, formando um triângulo invertido em "V". Aplicar no triângulo formado, ou seja, entre os dedos.
- Volume máximo 5 ml.



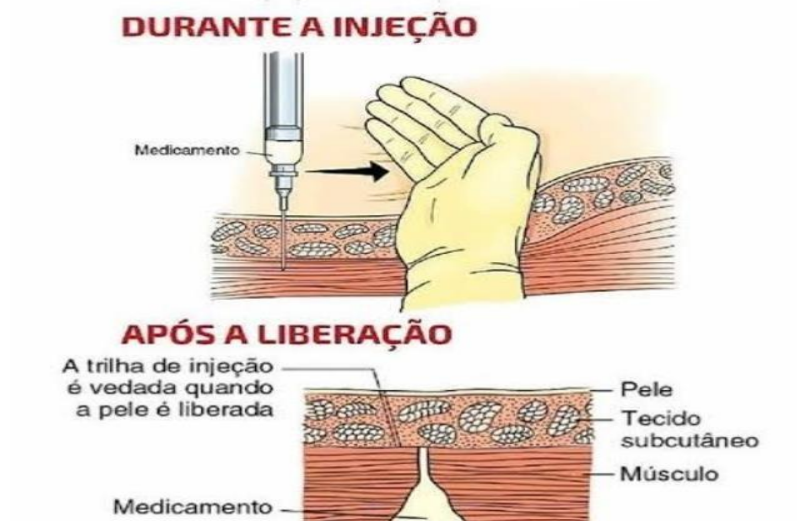
REGIÃO GLÚTEA DORSAL

- Posicionar o cliente adequadamente, em decúbito lateral ventral, lateral ou de pé, expondo a área que será puncionada, preferencialmente na posição ventral, braços ao longo do corpo e os pés virados para dentro.
- Dividir o glúteo em quatro partes e aplicar no quadrante superior externo.
- Volume máximo 5 ml.



TÉCNICA INTRAMUSCULAR DE INJEÇÃO EM Z

- O método em Z é usado para aplicar drogas irritantes para a pele e para os tecidos como o subcutâneo.
- Deve-se deslocar a pele lateralmente puxando-a para fora do local da injeção; a seguir, mantendo a pele esticada, inserir a agulha na musculatura em ângulo de 90° até a profundidade desejada.
- Puxar lentamente o êmbolo para verificar se a agulha penetrou em algum vaso sanguíneo. Caso não apareça sangue, a solução é lentamente injetada.
- Após injetar o medicamento, aguardar 10 segundos para permitir que a medicação se disperse.
- A seguir, retirar a agulha e permitir que a pele esticada volte a sua posição normal, evitando assim, que o medicamento escape do tecido muscular para o subcutâneo.
- Nunca massageie o local após a realização desta técnica, pois pode aparecer irritação ou o medicamento migrar para o tecido subcutâneo.



- 9 Calçar as luvas de procedimento.
- 10 Realizar a antisepsia na região delimitada da pele com o algodão embebido em álcool a 70%, em movimentos únicos, com a mão dominante e esperar secar espontaneamente.
- 11 Segurar o algodão com os dedos mínimo e anular da mão não dominante.
- 12 Segurar a seringa, horizontalmente, com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante.
- 13 Distender a pele com o dedo polegar e o indicador da mão dominante e pinçar o músculo.
- 14 Introduzir a agulha com o bisel lateralizado no músculo com movimento firme e suave, em ângulo de 90º ou menos em relação a pele, com a mão dominante.
- 15 Soltar o músculo.
- 16 Tracionar o êmbolo com a mão dominante e observar se há retorno sanguíneo.
- 17 Injetar o medicamento, empurrando o êmbolo com a mão dominante.
- 18 Aguardar de 3 a 5 segundos e retirar a seringa com movimento rápido e firme.
- 19 Acionar o dispositivo de segurança da agulha.
- 20 Comprimir levemente o local da aplicação com o algodão que estava na mão não dominante, sem massagear, até a completa hemostasia.
- 21 Reposicionar o cliente confortavelmente.
- 22 Desprezar os resíduos em local próprio. Se a agulha não tiver dispositivo de segurança, não reencapar.
- 23 Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.
- 24 Retirar as luvas.
- 25 Higienizar as mãos (POP 02).
- 26 Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Injeções de mais de 2 ml não deve ser aplicado no deltoide.
- Volume máximo para injeção IM é de 5 ml. Volume acima de 5 ml, fracionar e aplicar em locais diferentes.
- Estabelecer rodízio nos locais de aplicação de injeções.
- Na seleção do local deve-se considerar a distância em relação a vasos e nervos importantes, musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento, espessura do tecido adiposo, idade do cliente, irritabilidade da droga e atividade laboral do cliente.
- O músculo deltoide é contraindicado em clientes com complicações vasculares dos membros superiores, com parestesia ou paralisia dos braços, e mulheres que sofreram mastectomia.
- Ao aspirar e visualizar sangue na agulha é recomendado o descarte de todo o conjunto (seringa, agulha, medicamento).

9 REFERÊNCIAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem: atenção básica**. 2. ed. São Paulo: SMS, 2015.

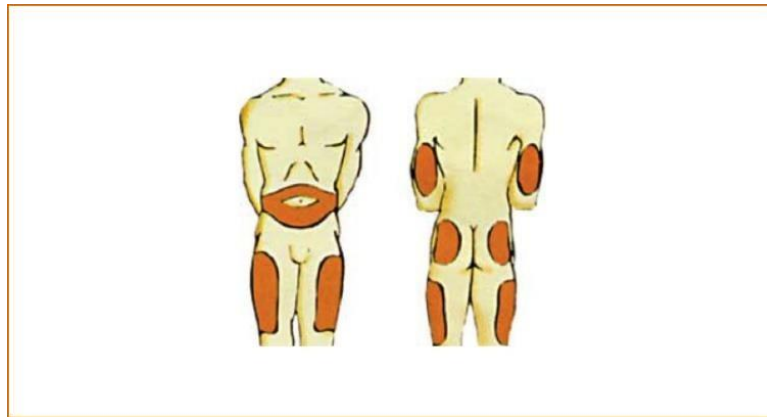
TOCANTIS. **Manual de normas, rotinas e protocolo de enfermagem do Estado do Tocantins**. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/486386/>. Acesso em: 14/01/2024

4.4 POP 17: Via subcutânea

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 17 VIA SUBCUTÂNEA	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna SecoEnfermeira COREN-PR 218495	Cidelma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É a administração de medicamento no tecido subcutâneo ou hipoderme e possui uma absorção lenta, através dos capilares, de forma contínua e segura. É utilizada para administração de vacinas, anticoagulantes como heparina e também para insulina. Essa via é apropriada para a administração de soluções não irritantes, e que necessitam ser absorvidas lentamente, assegurando uma ação contínua.			
2 OBJETIVOS: Promover lenta absorção da medicação, através dos capilares, de forma contínua e segura.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Prescrição • Bandeja • Medicamento prescrito e diluente do medicamento • Luvas de procedimento • Agulha descartável 25x7, 25x8 ou 38x7/8 para preparo • Agulha fixa 13x4,5mm para aplicação • Seringa descartável de 1ml • Algodão, gaze estéril e álcool a 70%			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1 Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado. 2 Lavar as mãos com água e sabão (POP 01). 3 Preparar o material necessário. 4 Verificar os nove certos (POP 14).			

- 5 Reunir o material na bandeja.
- 6 Posicionar o cliente adequadamente expondo a área a ser puncionada.
- 7 Higienizar as mãos (POP 02).
- 8 Escolher o local de aplicação.

LOCAIS RECOMENDADO PARA APLICAÇÃO



- 9 Calçar as luvas de procedimento.
- 10 Fazer a antisepsia do local da aplicação com álcool a 70% ou água e sabão em caso de imunização.
- 11 Pinçar com os dedos a pele do local de administração.
- 12 Introduzir a agulha com o bisel lateralizado no tecido subcutâneo com movimento único em um ângulo de 90º graus.
- 13 Aspirar suavemente o êmbolo com a mão livre e observar a presença de sangue. Caso houver, retirar a seringa com agulha e reiniciar o procedimento.
- 14 Injetar lentamente o medicamento.
- 15 Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido.
- 16 Aplicar leve compressão ao local com gaze.
- 17 Reposicionar o cliente confortavelmente.
- 18 Desprezar os resíduos em local próprio. Se a agulha não tiver dispositivo de segurança, não reencapar.
- 19 Retirar a luva de procedimento.
- 20 Higienizar as mãos (POP 02).
- 21 Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Na aplicação da heparina subcutânea, para evitar traumatismo do tecido, não é recomendado aspirar (puxar êmbolo) antes de injetar a medicação.
- Realizar rodízio dos locais de aplicação.
- Sempre usar seringas e agulhas próprias para injeções subcutâneas.
- Aplicar injeção seguindo as instruções do laboratório e as orientações específicas.
- Administrar um volume máximo entre 0,5 ml e 1,5 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível a soluções irritantes e grandes volumes de

medicamento).

- A medicação subcutânea não deve ser administrada em áreas do corpo com cicatrizes, inflamações, hérnias, feridas cirúrgicas ou feridas de pele (escoriações).

9 REFERÊNCIAS

AME: Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Câmara Técnica. **Parecer COREN-SP 010/2018**: ementa técnica de administração de injeção/vacina por via subcutânea. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/10-18.pdf>. Acesso em: 20/01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

TOCANTIS. **Manual de normas, rotinas e protocolo de enfermagem do Estado do Tocantins**. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/486386/>. Acesso em: 23 01 2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento operacional padrão**: divisão de enfermagem/2019: versão 1.0. Florianópolis: EBSEH, 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4874247/Vers%C3%A3o+Final+E-BOOK+%2811-02%29+%282%29.pdf/dcca1581-864b-4278-bf00-dc28d50d6c90>. Acesso em: 17/01/2024

4.5 POP 18: Via intradérmica

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 18 POR VIA INTRADERMICA	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna SecoEnfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saude
1 DEFINIÇÃO: É a administração de medicamento por punção na derme. Sendo utilizada para administração de vacinas, e como auxiliares em testes diagnósticos e de sensibilidade.			
2 OBJETIVOS: Diagnosticar reações de hipersensibilidade (provas de PPD para TB), sensibilidade de algumas alergias, dessensibilização e vacina.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Prescrição • Bandeja • Medicamento prescrito e diluente do medicamento • Luvas de procedimento • Agulha descartável 25 x7 ou 25x8 para preparo • Agulha descartável de ponta fixa 13x 4,5 mm • Seringa descartável de 1ml • Água e sabão e gaze estéril			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado. 2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01). 3. Preparar o material necessário. 4. Verificar os nove certos (POP 14). 5. Reunir o material na bandeja. 6. Posicionar o cliente adequadamente expondo a área a ser puncionada. 7. Higienizar as mãos (POP 02).			

8. Escolher o local para aplicação do medicamento adequado (teste de sensibilidade, face interna do antebraço e região escapular) sempre observando as condições da pele do cliente.
9. Calçar as luvas de procedimento.
10. Higienizar o local de aplicação com água e sabão.
11. Esticar a pele com a mão não dominante, usando o indicador e o polegar
12. Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima (com angulação de 10º a 15º graus) com a mão dominante, não realizar aspiração.
13. Injetar o líquido, que não deve ultrapassar 0,5ml, empurrando lentamente e suavemente o êmbolo verificando a formação de pápula (elevação na pele).
14. Retirar a agulha na mesma angulação de entrada na pele.
15. Aplicar leve compressão ao local com gaze, não massagear.
16. Reposicionar o cliente confortavelmente.
17. Desprezar os resíduos em local próprio. Se a agulha não tiver dispositivo de segurança, não reencapar.
18. Retirar a luva de procedimento e higienizar as mãos (POP 02).
19. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Administrar um volume máximo entre 0,1 a 0,5 ml (a Derme é uma via de absorção muito lenta, restrita para pequenos volumes de medicamentos).
- Não massagear o local de aplicação do medicamento. Isto pode causar irritação no tecido subjacente, podendo comprometer o efeito dos testes alérgicos.
- Realizar a aplicação longe de áreas hiperemiadas, com cicatrizes, inflamações, herniações, feridas operatórias ou escoriações.
- Usar sempre seringas e agulhas apropriadas e descartáveis.

9 REFERÊNCIAS

AME: Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem: atenção básica.** 2. ed. São Paulo: SMS, 2015.

TOCANTIS. **Manual de normas, rotinas e protocolo de enfermagem do Estado do Tocantins.** Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/486386/>. Acesso em: 10/01/2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento operacional padrão: divisão de enfermagem/2019: versão 1.0.** Florianópolis: EBSEH, 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4874247/Vers%C3%A3o+Final+E-BOOK+%2811-02%29+%282%29.pdf/dcca1581-864b-4278-bf00-dc28d50d6c90>. Acesso em: 13/01/2024

4.6 POP 19: Via oral

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 19 VIA ORAL	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna SecoEnfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saude
1 DEFINIÇÃO: É a administração de medicamento pela cavidade bucal/oral para ser digerido no trato gastrointestinal. É considerado um método seguro, de baixo custo e os medicamentos possuem diversas apresentações, como: comprimidos, pílulas, drágeas, pós, capsulas, pastilhas, soluções e geleias.			
2 OBJETIVOS: Promover terapêutica medicamentosa pela via mais fisiológica, por meio da mucosa gástrica ou intestinal e consequente absorção pela corrente sanguínea.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Prescrição • Bandeja • Copo descartável pequeno para medicação • Copo descartável médio com água • Medicamento prescrito • Luvas de procedimento			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado. 2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01). 3. Preparar o material necessário. 4. Verificar os nove certos (POP 14). 5. Reunir o material na bandeja. 6. Posicionar o cliente adequadamente na posição sentada. 7. Higienizar as mãos (POP 02). 8. Calçar as luvas de procedimento. 9. Abrir o envoltório do medicamento e colocar no copo de acordo com a			

apresentação.

10. Oriente o cliente a colocar o medicamento na boca, ofereça água para ajudar na deglutição do comprimido.
11. Se o comprimido for mastigável, oriente o cliente a mastigá-lo completamente antes de deglutir.
12. Desprezar os resíduos em local próprio.
13. Retirar a luva de procedimento.
14. Realizar a higienização das mãos (POP 02).
15. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Na administração de medicamentos ácidos ou que contenham ferro para evitar lesão ou tingimento dos dentes, forneça-os por meio de um canudo.
- Medicamentos de sabor desagradável quando fornecidos por canudos diminui o contato com as papilas gustativas, melhorando o sabor.
- Os comprimidos sulcados (possuem uma linha dividindo-o), de modo que possam ser partidos. Sem a divisão não tem como garantir uma medida exata.
- Na administração de soluções pode ser usado a equivalência de medidas como as que seguem: 1 colher de sopa = 15 ml, 1 colher de sobremesa = 10ml, 1 colher de chá = 5ml, 1 colher de café = 3ml, 1 ml = 20 gotas, 1 gota = 3 microgotas.
- Ingerir mais de um medicamento ao mesmo tempo para sintomatologia diferente pode ocorrer interação medicamentosa.
- Alguns medicamentos não podem ser triturados, pois perdem a eficácia, caso haja necessidade de macerar, consulte o profissional prescritor ou leia as instruções contidas na bula.

9 REFERÊNCIAS

AME: Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

TOCANTIS. **Manual de normas, rotinas e protocolo de enfermagem do Estado do Tocantins**. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/486386/>. Acesso em: 16/01/2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento operacional padrão**: divisão de enfermagem/2019: versão 1.0. Florianópolis: EBSEH, 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4874247/Vers%C3%A3o+Final+E-BOOK+%2811-02%29+%282%29.pdf/dcca1581-864b-4278-bf00-dc28d50d6c90>. Acesso em: 11/01/2024

4.7 POP 20: Via sublingual

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 20 VIA SUBLINGUAL	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna SecoEnfermeira COREN-PR 218495	Cidelma de Fatima Custodio	Gestora municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É a administração de medicamento colocando-o sob a língua para ser absorvido pela corrente sanguínea. É considerado um método seguro e de baixo custo.			
2 OBJETIVOS: ● Promover terapêutica medicamentosa pela via mais fisiológica, por meio da mucosa oral e consequente absorção pela corrente sanguínea. ● Obter maior rapidez na absorção do medicamento em comparação com a via oral.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: ● Prescrição ● Bandeja ● Espátula de madeira ● Copo descartável pequeno para medicação ● Copo descartável médio com água ● Medicamento prescrito ● Luvas de procedimento			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado. 2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01). 3. Preparar o material necessário. 4. Verificar os nove certos (POP 14). 5. Reunir o material na bandeja. 6. Posicionar o cliente adequadamente na posição sentada.			

7. Higienizar as mãos (POP 02).
8. Calçar a luva de procedimento.
9. Abrir o envoltório do medicamento e colocar no copo.
10. Oferecer a medicação posicionando em baixo da língua com a espátula.
11. Orientar o cliente a fechar a boca, não mastigar a medicação e aguardar a total absorção.
12. Reposicionar o cliente confortavelmente.
13. Desprezar os resíduos em local próprio.
14. Retirar a luva de procedimento.
15. Realizar a higienização das mãos (POP 02).
16. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Não ingerir mais de um medicamento ao mesmo tempo para sintomatologia diferente, pois pode ocorrer interação medicamentosa.
- Evitar ingesta de líquidos e/ou alimentos durante absorção da medicação.
- Nem todo medicamento via oral pode ser administrado via sublingual.

9 REFERÊNCIAS

AME: Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem: atenção básica**. 2. ed. São Paulo: SMS, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. **Procedimento Operacionais Padrão – POPs**. 2020. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/hupaa-ufal/procedimentos-operacionais-padrao-pops/-/asset_publisher/8HalyM5oWh3m/content/id/4049710/2019-04-enfermagem>. Acesso em: 11/01/2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento operacional padrão: divisão de enfermagem/2019: versão 1.0**. Florianópolis: EBSEH, 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4874247/Vers%C3%A3o+Final+E-BOOK+%2811-02%29+%282%29.pdf/dcca1581-864b-4278-bf00-dc28d50d6c90>. Acesso em: 11/01/2024

4.8 POP 21: Via nasal

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 21 POR VIA NASAL	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
2 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelma de Fatima Custodio	Gestora municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É a administração de medicamento diretamente na cavidade nasal para obtenção de efeito local (descongestionante nasal ou medicamento para asma) ou sistêmico (anestesia inalatória). Podem ser instilados em forma de gotas, spray ou aerossol.			
2 OBJETIVOS: Administrar medicamentos por via nasal para auxílio no tratamento de doença inflamatória e/ou infecciosa das vias aéreas ou para absorção sistêmica.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: ● Prescrição ● Bandeja ● Gazes ● Medicamento prescrito ● Conta gotas ● Gaze ou lenço de papel ● Luvas de procedimento			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado. 2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01). 3. Preparar o material necessário. 4. Verificar os nove certos (POP 14). 5. Reunir o material na bandeja. 6. Posicionar o cliente adequadamente. 7. Higienizar as mãos (POP 02). 8. Calçar as luvas de procedimento.			

9. Abrir o frasco de medicação ou aspirar o conteúdo necessário no conta gotas.
10. Segurar o frasco ou conta-gotas pelo bulbo, evitando que a solução entre neste.
11. Colocar o cliente em decúbito dorsal ou sentado com a cabeça inclinada para trás.
12. Levantar suavemente a ponta do nariz com a mão não dominante, para abrir bem a narina.
13. Instilar diretamente no fundo da cavidade nasal.
14. Limpar o excesso de medicamento com gaze.
15. Solicitar ao cliente que permaneça alguns minutos em decúbito dorsal.
16. Reposicionar o cliente confortavelmente.
17. Desprezar os resíduos em local próprio.
18. Retirar as luvas de procedimento.
19. Realizar a higienização das mãos (POP 02).
20. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Realizar higiene nasal antes da instilação da medicação, se necessário.
- A instilação de medicamentos por via nasal está contraindicada em clientes com: obstruções nasais, traumatismos, epistaxe, rinorragia ou rinorreia, cirurgias de vias respiratórias superiores e no pós-operatório imediato.

9 REFERÊNCIAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

TOCANTIS. **Manual de normas, rotinas e protocolo de enfermagem do Estado do Tocantins**. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/486386/>. Acesso em: 10/01/2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. **Procedimento Operacionais Padrão (POPs)**. 2020. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/hupaa-ufal/procedimentos-operacionais-padrao-pops/-/asset_publisher/8HalyM5oWh3m/content/id/4049710/2019-04-enfermagem>. Acesso em: 01/01/2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento operacional padrão: divisão de enfermagem/2019: versão 1.0**. Florianópolis: EBSEH, 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4874247/Vers%C3%A3o+Final+E-BOOK+%2811-02%29+%282%29.pdf/dcca1581-864b-4278-bf00-dc28d50d6c90>. Acesso em: 11/01/2024

4.9 POP 22: Via ocular

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 22 VIA OCULAR	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna SecoEnfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saude
1 DEFINIÇÃO: É a administração de medicamento por via ocular sob a forma de colírio/pomada para fins diagnóstico ou terapêutico.			
2 OBJETIVOS: Aplicar antibióticos, antifúngicos, anti-inflamatórios ou lubrificante na região dos olhos.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Prescrição • Bandeja • Gazes • Medicamento prescrito • Luvas de procedimento			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado. 2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01). 3. Preparar o material necessário. 4. Verificar os nove certos (POP 14). 5. Reunir o material na bandeja. 6. Posicionar o cliente adequadamente em decúbito dorsal ou sentado. 7. Higienizar as mãos (POP 02). 8. Calçar a luva de procedimento. 9. Orientar o cliente a inclinar a cabeça para trás e para o lado do olho afetado, se for o caso. 10. Aplicar o medicamento. COLÍRIO • Abrir o frasco, sem contaminar a sua parte superior. • Orientar o cliente a olhar para cima e para o lado externo. • Puxar a pálpebra com a mão não dominante, instilar as gotas prescritas numa distância de 1 a 2 cm.			

- Liberar a pálpebra e solicitar ao cliente que feche os olhos delicadamente, sem apertar as pálpebras.
- Repetir os passos no outro olho (se prescrito).
- Remover o excesso da medicação no canto externo do olho, se houver, utilizando gazes ou lenços descartáveis.
- Solicitar ao cliente que permaneça com os olhos fechados por 3 minutos.

POMADA OFTÁLMICA

- Abrir a bisnaga do medicamento, sem contaminar a ponta.
- Orientar o cliente a olhar para cima.
- Puxar a pálpebra inferior com a mão não dominante.
- Aplicar uma pequena quantidade de pomada ao longo da borda do saco conjuntival, a partir da comissura palpebral interna.
- Liberar a pálpebra e solicitar ao cliente que feche os olhos delicadamente, sem apertar as pálpebras.
- Solicitar que o cliente movimente os olhos em círculos com as pálpebras fechadas.
- Repetir os passos no outro olho (se prescrito).
- Remover o excesso da medicação no canto externo do olho, se houver, utilizando gazes ou lenços descartáveis.

11 Reposicionar o cliente confortavelmente.

12 Desprezar os resíduos em local próprio.

13 Retirar as luvas de procedimento.

14 Realizar a higienização das mãos (POP 02).

15 Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Não encostar a ponta do frasco no olho do cliente.
- No caso de o cliente ter que utilizar colírio e pomada no mesmo tratamento, administrar primeiro o colírio e, após 5 minutos, a pomada. Nunca inverter a ordem, uma vez que a pomada adere à superfície ocular, promovendo uma barreira que impedirá o contato do colírio com a área que dever ser tratada.

9 REFERÊNCIAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

TOCANTIS. **Manual de normas, rotinas e protocolo de enfermagem do Estado do Tocantins**. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/486386/>. Acesso em: 10/01/2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento operacional padrão: divisão de enfermagem/2019: versão 1.0**. Florianópolis: EBSEH, 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4874247/Vers%C3%A3o+Final+E-BOOK+%2811-02%29+%282%29.pdf/dcca1581-864b-4278-bf00-dc28d50d6c90>. Acesso em: 11/01/2024

4.10 POP 23: Via auricular

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 23 VIA AURICULAR	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidélma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É a administração de medicamento por via auricular ou otológica, (canal do ouvido), para tratamento de infecções, inflamações, remover cerume e/ou aliviar dor.			
2 OBJETIVOS: Tratar inflamações e infecções, amolecer cerume para posterior remoção e produzir anestesia local.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: ● Prescrição ● Bandeja ● Gazes ● Medicamento prescrito ● Luvas de procedimento			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado. 2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01). 3. Preparar o material necessário. 4. Verificar os nove certos (POP 14). 5. Reunir o material na bandeja. 6. Higienizar as mãos (POP 02). 7. Calçar as luvas de procedimento. 8. Colocar o cliente sentado ou deitado com cabeça lateralizada de acordo com o ouvido onde será instilada a medicação, se for ambos, aplicar em um ouvido e depois no outro.			

9. Abrir o frasco, sem contaminar a sua parte superior.
10. Fazer higiene se necessário.
11. Segurar a porção superior do pavilhão auricular e puxar suavemente o lobo para cima e para fora (em clientes adultos).
12. Administrar a medicação conforme prescrição médica, segurando o contágotas a 1cm acima do canal auditivo sem tocar o frasco no cliente.
13. Pedir ao cliente que permaneça em decúbito lateral por 3 a 5 minutos.
14. Repetir o procedimento no lado contrário, se prescrito.
15. Remover o excesso da medicação, se houver, utilizando gazes ou lenços descartáveis.
16. Reposicionar o cliente confortavelmente.
17. Desprezar os resíduos em local próprio.
18. Retirar as luvas de procedimento.
19. Realizar a higienização das mãos (POP 02).
20. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Não encostar a ponta do frasco no canal auditivo do cliente.

9 REFERÊNCIAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. **Procedimento Operacionais Padrão (POPs)**. 2020. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/hupaa-ufal/procedimentos-operacionais-padrao-pops/-/asset_publisher/8HalyM5oWh3m/content/id/4049710/2019-04-enfermagem>. Acesso em: 11/01/2024.

4.11 POP 24: Administração e mistura de insulinas

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 24 ADMINISTRAÇÃO E MISTURA DE INSULINAS	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna SecoEnfermeira COREN-PR 218495	Cidelma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saude
1 DEFINIÇÃO: É o ato de misturar duas medicações (insulinas) na mesma seringa para administração por via subcutânea visando melhora do tratamento com ações complementares, numa mesma aplicação.			
2 OBJETIVOS: • Diminuir o número de aplicações injetáveis. • Proporcionar um nível glicêmico melhor do que se usado apenas um tipo de insulina.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Prescrição • Bandeja • Gazes ou algodão • Álcool a 70% • Seringa de 1 ml com ponta fixa • Medicamento prescrito • Luvas de procedimento			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado. 2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01). 3. Preparar o material necessário. 4. Verificar os nove certos (POP 14). 5. Reunir o material na bandeja. 6. Higienizar as mãos (POP 02). 7. Calçar as luvas de procedimento.			

8. Retirar o lacre superior do frasco de insulina e limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%.
9. Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina NPH no frasco de insulina NPH, lentamente, facilitando a aspiração da dose exata desta insulina e evitar a formação de bolhas.
10. Retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH.
11. Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina REGULAR no frasco de insulina REGULAR ou ultrarrápida e retirar a dose.
12. Introduzir novamente a agulha no frasco de insulina NPH, no qual o ar foi previamente injetado, e puxar o êmbolo até a marca correspondente à soma das doses das duas insulinas;
13. Retirar a agulha do frasco, e prosseguir seguindo as recomendações da técnica de aplicação de medicamento subcutâneo (POP 17).
14. Reposicionar o cliente confortavelmente.
15. Desprezar os resíduos em local próprio.
16. Retirar as luvas de procedimento.
17. Realizar a higienização das mãos (POP 02).
18. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Na administração da insulina regular concomitante à NPH, deve-se aspirar primeiro a regular.
- Observar a coloração, consistência e aspecto das medicações.
- As preparações misturadas de insulinas em seringas devem ser administradas imediatamente após o preparo não sendo possível o armazenamento em seringas para posterior aplicação.
- Não há exigência para que a mistura da insulina seja realizada por um profissional de saúde.
- A mistura de insulinas pode ser feita pelo próprio cliente ou cuidador. Contudo a orientação e certificação da compreensão do procedimento pelo usuário e/ou cuidador é responsabilidade da equipe de saúde.

9 REFERÊNCIAS

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Parecer COREN/SC Nº 003/CT/2016. 2016. Disponível em:

<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Parecer-T%C3%A9cnico-003-2016-CT-ABS-Mistura-de-Insulina.pdf>. Acesso: 10/01/2024.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem: atenção básica. 2. ed. São Paulo: SMS, 2015.

4.12 POP 25: Terapia de Reidratação Oral (TRO)

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 25 TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL (TRO)	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna SecoEnfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É um tipo de reposição fluida usado para prevenir e tratar desidratação, especialmente devido à diarreia. Inclui beber água com quantidades modestas de açúcar e sais, especificamente sódio e potássio. Pode ser realizado em serviços de saúde e no ambiente domiciliar.			
2 OBJETIVO: Repor água e eletrólitos por via oral, para corrigir desequilíbrio hidroeletrólítico em situações de perdas de grandes volumes de líquidos em curto espaço de tempo.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: ● Prescrição ● Envelope de Soro de Reidratação Oral - SRO ● Água filtrada ou fervida (fria) ● Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa) ● Copo descartável ● Sal e açúcar ● Colheres de medidas (chá e sopa)			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado. 2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01). 3. Verificar os nove certos (POP 14). 4. Preparar o material necessário. 5. Diluir em 1 um litro de água filtrada ou fervida o conteúdo do envelope de SRO ou adicionar uma colher pequena tipo chá de sal e uma colher			

grande de sopa de açúcar e misturar bem. - Ofertar ao cliente 1 copo no mínimo - 300 ml após perdas, ou conforme aceitação. - Desprezar os resíduos em local próprio. - Retirar as luvas de procedimento. - Realizar a higienização das mãos (POP 02). - Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.
8 OBSERVAÇÃO: Para preparo de soro caseiro 1000 ml de água (1 litro), acrescentar uma colher pequena (tipo chá 3,5 g) de sal e uma colher grande (tipo sopa 20g) de açúcar.
9 REFERÊNCIAS PINHEIRO, P. Soro caseiro: como fazer e para que serve. 2020. Disponível em:< https://www.mdsaude.com/pediatria/soro-caseiro/. Acesso em: 10/01/2024 SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem: atenção básica. 2. ed. São Paulo: SMS, 2015.

4.13 POP 26: Conservação de pomada, gel, creme e soro fisiológico após abertura

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 26 CONSERVAÇÃO DE POMADA, GEL, CREME E SORO FISIOLÓGICO APÓS ABERTURA	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna SecoEnfermeira COREN-PR 218495	Cidélma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saude
1 DEFINIÇÃO: O prazo de validade é considerado quando o produto está em sua embalagem primária e lacrado. Após a abertura, o medicamento passa a ter uma data limite para uso, ou prazo de uso, que poderá variar de horas, dias a meses, dependendo do fármaco, processo de manipulação, da embalagem, das condições ambientais e de armazenamento.			
2 OBJETIVO: Orientar o procedimento de armazenamento e estabilidade dos medicamentos em embalagens multidoses.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Caneta • Etiqueta • Espátula • Álcool a 70% • Gaze			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Identificar frascos e bisnagas, depois de abertos, com etiqueta contendo datas de abertura e de validade do medicamento e nome do profissional responsável. 2. Manter o frasco bem fechado. 3. Conservar na embalagem original. 4. Caso o produto venha em tubo, espremer pequena quantidade na gaze para aplicar.			

5. Se o produto estiver armazenado em pote, utilizar uma espátula para retirar a quantidade necessária.
6. Após aplicar o medicamento na lesão, não voltar a encostar a gaze ou espátula na boca do tubo ou do pote para não o contaminar.
7. A embalagem deve ser mantida higienizada, com a retirada dos resíduos do produto na tampa e na rosca.
8. Nunca usar os dedos para retirar produtos do tubo ou pote.
9. Manter o frasco multidoso em áreas restritas de modo a centralizar o manuseio.
10. Observar o prazo de validade estipulado pelo fabricante.

8 OBSERVAÇÃO:

- Álcool gel: validade indicada pelo fabricante.
- Demais antissépticos e desinfetantes em frasco original: 30 dias.
- Os tubos e frascos devem ser abertos e manipulados com técnica asséptica.
- Friccionar álcool a 70% por 30 segundos no local de abertura.
- Não expor ao sol ou calor.

9 REFERÊNCIAS

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR. Hospital Regional Norte. Recomendações de conservação e validade de medicamentos multidosos após abertura. **Boletim ISGH**, n. 02, dez. 2016. Disponível em: https://www.isgh.org.br/intranet/images/Dctos/PDF/ISGH/BOLETINS/ISGH_FARMA CIA_BOLETIM_02_030519.pdf. Acesso em: 11/01/2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Hospital de Clínicas **Prazo de validade de medicamentos, anti-sépticos, desinfetantes e leite “após abertura”**. Paraná: EBSEH, 2017. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/1948338/2326889/6-_tabela_de_prazo_de_validade_de_medicamentos_anti-septicos_desinfetantes_e_leite_apos_abertura_-_2017%5B1%5D.pdf/3f49b0bc-9c02-4764-861e-1725d0e7952c. Acesso em: 10/01/2024.

5 CATEGORIA 05: INTEGRIDADE FÍSICA, CUTÂNEA E DA MUCOSA

5.1 POP 27: Realização de curativo em lesão na pele

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 27 CURATIVO EM LESÃO NA PELE	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidélma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma lesão na pele.			
2 OBJETIVO: Realizar a técnica adequada de limpeza da lesão de maneira que favoreça o processo de cicatrização da pele e prevenção de contaminação ou infecção.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Rápida cicatrização da lesão e conforto para o cliente.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Equipamento de proteção individual (gorro, luva de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não estéril) • Pacote com gaze estéril • Bandeja • Soro fisiológico a 0,9% • Pacote de curativo • Agulha 40x12 • Álcool 70% • Recipiente para descarte de lixo infectante • Cobertura adequada (quando necessário)			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Informar o procedimento ao cliente. 2. Posicionar adequadamente o cliente. 3. Higienizar as mãos (POP 01). 4. Reunir todo o material em uma bandeja. 5. Colocar a bandeja com os materiais em uma mesa de apoio.			

6. Colocar o descarte de lixo infectante próximo ao cliente.
7. Expor apenas a região na qual será realizado o curativo.
8. Paramentar-se com os EPIs.
9. Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica.
10. Abrir o pacote com gazes estéril em quantidade suficiente.
11. Fazer desinfecção do frasco de soro fisiológico 0,9%, com álcool a 70%.
12. Abrir o lacre de soro fisiológico a 0,9% com agulha 40x12.
13. Com o uso do soro fisiológico 0,9% irrigar o curativo aderido à pele.
14. Remover o curativo e desprezá-lo no lixo infectante.
15. Descartar as luvas contaminadas ao término desse procedimento.
16. Calçar novas luvas de procedimento ou luvas estéreis (quando necessário).
17. Montar uma “trouxinha de gazes”, utilizando a pinça cirúrgica e umedecê-las com soro fisiológico 0,9%.
18. Limpar a ferida em sentido único, do meio menos contaminado para o mais contaminado, trocando a “trouxinha de gazes” quantas vezes for necessário.
19. Secar a borda da ferida.
20. Descartar as “trouxinhas com sujidades” em lixo infectante.
21. Aplicar cobertura (quando necessário) de acordo com o tecido da ferida.
22. Ocluir a lesão com gazes estéreis e fixar o curativo com fita adesiva hipoalergênica ou ataduras.
23. Recolher o material.
24. Retirar os EPIs.
25. Recompôr a unidade e o cliente.
26. Colocar o cliente em posição confortável e segura.
27. Destinar adequadamente os materiais.
28. Higienizar as mãos (POP 01).
29. Realizar as anotações de enfermagem (técnica do curativo, localização, características da ferida).

Curativo de incisão cirúrgica limpa e fechada

O curativo deve ser realizado com soro fisiológico e mantido fechado nas primeiras 24 horas após a cirurgia, passado este período a incisão cirúrgica deve ser exposta e lavada com água e sabão e seca com toalhas limpas e secas. Se houver secreção (sangue ou seroma) manter curativo semi-oclusivo na seguinte técnica:

- a) Limpar a incisão principal, utilizando as duas faces das gazes, sem voltar ao início da incisão;
- b) Trocar as gazes e limpar as regiões laterais da incisão cirúrgica após ter feito a limpeza da incisão principal;
- c) Trocar as gazes e secar a incisão cirúrgica;
- d) Ocluir com cobertura indicada.

Curativo de feridas com tecido de granulação

Característica: apresenta a formação de um tecido novo, com coloração vermelha, brilhante e de aspecto granuloso.

Na presença do tecido de granulação, utilizar equipo adaptado diretamente no frasco do soro fisiológico ou jato obtido por pressão manual do frasco com agulha de grosso calibre (40x12 ou 25x8).

O soro fisiológico 0,9% para limpeza deve ser preferencialmente aquecido à temperatura corpórea em torno de 37°C, para evitar o resfriamento da ferida, tendo em vista que esse grau constante de temperatura estimula a mitose celular durante a granulação e a reepitelização.

Curativo de feridas com tecido desvitalizado

Característica: apresenta exsudato fibroso geralmente de cor amarelada, tecido amolecido e/ou desvitalizado, podendo estar colonizada, o que favorece a desenvolvimento de infecções.

Na limpeza utilizar frasco de 500 ml de soro fisiológico 0,9% morno em jato com ponteira para irrigação, devendo ser suficiente até a retirada dos tecidos desvitalizados.

Se necessário, remover os tecidos desvitalizados, utilizando desbridamento com instrumento de corte (apenas enfermeiros/médicos podem realizar o desbridamento mecânico) ou remoção mecânica com gaze embebida em soro fisiológico 0,9%.

Curativo de feridas abertas contaminadas e/ou infectadas

Característica: apresenta secreção purulenta, tecido necrosado ou desvitalizado. O curativo deve ser mantido limpo e oclusivo, o número de trocas está diretamente relacionado à quantidade de drenagem, devendo ser trocada a cobertura secundária sempre que houver excesso de exsudato para evitar colonização e maceração das bordas ou conforme prescrição.

a) Iniciar a limpeza da ferida da área menos contaminada para a área mais contaminada;

b) Se necessário, remover os tecidos desvitalizados, utilizando desbridamento com instrumento de corte (apenas enfermeiros/médicos podem realizar o desbridamento mecânico) ou remoção mecânica com gaze embebida em Soro fisiológico 0,9%.

Aplicação de solução e/ou oclusão com a cobertura

a) Aplicar a solução prescrita e/ou cobertura adequada a cada tipo de lesão;

b) Fixar o curativo com esparadrapo/fita adesiva microporosa de acordo com a necessidade e disponibilidade;

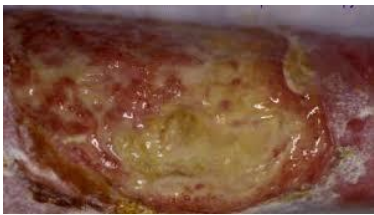
c) Nos casos de utilização de ataduras, enrolar a lesão no sentido da circulação

venosa (distal para proximal), tendo o cuidado de não comprimir em demasia;

d) Identificar o curativo com o tipo de cobertura utilizada, data e nome de quem realizou o procedimento;

e) Orientar o cliente quanto aos cuidados com o curativo, sinais/sintomas de complicações e retorno para avaliação.

Tipos de Tecidos

TIPO DE TECIDO	CARACTERÍSTICAS	FIGURA ILUSTRATIVA
Granulação	Tecido viável de coloração avermelhada ou rósea, composto por vasos e fibroblastos, comumente brilhante.	
Necrose de Liquefação (esfacelo)	Tecido de coloração amarela ou branca, consistência macia e delgada. Pode estar solto ou aderido ao leito da lesão.	
Necrose de Coagulação	Tecido de cor cinza, preta ou marrom, com consistência dura e seca. Pode estar solto ou aderido ao leito da lesão.	

Coberturas

COBERTURAS	AÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO
Placa de hidrocolóide: - Tem duas camadas: uma externa de filme	- Estimula a angiogênese por hipóxia no leito da ferida, absorve exsudato, mantém a umidade e a	- Indicado em feridas com baixa a moderada exsudação, com ou sem	- É incompatível com produtos à base de óleo, petrolato.

ou espuma de poliuretano, flexível, impermeável, outra interna, composta de partículas hidroativas à base de carboximetilcelulose, gelatina e pectina ou ambas.	temperatura em torno de 37º, favorece o desbridamento autolítico e alivia a dor por manter as terminações nervosas protegidas, úmidas e aquecidas as terminações nervosas.	tecido necrótico, queimaduras de 2º grau, áreas doadoras de enxertos de pele.	
Alginato de Cálcio	- Promove hemostasia, absorve exsudato, mantém a umidade, auxilia a angiogênese e o debridamento autolítico.	- Promove hemostasia, absorve exsudato, mantém a umidade, auxilia a angiogênese e o debridamento autolítico.	- Feridas exsudativas, com ou sem tecido necrótico.
Carvão ativado com prata	- Bactericida, favorece desbridamento autolítico, mantém umidade e temperatura adequada, elimina odores desagradáveis.	- Feridas com moderada a intensa exsudação, com ou sem infecção, com ou sem tecido necrótico, feridas cavitárias.	- Reações de hipersensibilidade e aos componentes do produto, feridas pouco exsudativas, sangramentos, exposição óssea, tendinosa e de feixes vasculo-nervosos, queimaduras.
Filme transparente	- É impermeável à água, permeável à gás e vapor. Permite a vaporização do exsudato, mantém o meio úmido, protege contra agressões externas. Permite monitorar a evolução da ferida sem	- Proteção de áreas de risco em clientes potencialmente candidatos a desenvolver úlceras por pressão,	- Feridas exsudativas, infectadas, presença de fístulas, pele perilesional friável.

	necessidade de expô-la.	úlceras por pressão grau I ou epitelizadas, feridas com pouco exsudato, queimaduras de 2º grau superficial, áreas doadoras de enxerto de pele, incisões cirúrgicas, fixação de cateteres.	
Hidrogel amorfo	- Mantém a umidade e auxilia o desbridamento autolítico.	- Manter a umidade do leito da ferida.	- Feridas excessivamente exsudativas.
Papaína	- Estimula a proliferação celular, desbridamento químico, bacteriostático, bactericida, antiinflamatório.	- 2% em granulação. - Acima de 2% tecido necrótico.	- Sensibilidade aos componentes do produto; - Clientes alérgicos a látex não devem utilizar papaína.
AGE - ácidos graxos essenciais	- Provoca quimiotaxia e angiogênese, mantém o meio úmido e acelera a granulação.	- Em granulação, bordas e periferias.	- Hipersensibilidade
Colagenase	Desbridamento enzimático	Desbridamento em tecidos necróticos.	- Clientes sensíveis às enzimas da fórmula.

8 OBSERVAÇÃO:

- Na limpeza utilizar soro fisiológico 0,9% morno em jato, frasco de 500ml com ponteiros para irrigação deve ser suficiente até a retirada dos debris, crostas e do exsudato presente no leito da ferida.
- Se não for possível usar o soro fisiológico, por causa de reação alérgica aos seus componentes, pode-se substituí-lo por solução de ringer simples, que tem composição eletrolítica isotônica semelhante a do

plasma sanguíneo.

- Remover o curativo anterior com luvas de procedimento.
- Umedecer curativo a ser removido se estiver aderido com soro fisiológico 0,9 % morno (exceto feridas hemorrágicas ou queimaduras).
- Não é recomendável abrir e trocar curativo de ferida limpa ao mesmo tempo em que troca de ferida contaminada.
- Se houver mais de uma ferida, iniciar pela ferida de aspecto menos contaminada.
- Caso apresente alterações, solicitar avaliação do enfermeiro ou médico.
- Usar curativo/cobertura que mantenha o leito da ferida úmido.
- Usar o julgamento clínico para selecionar o tipo de curativo que irá manter a ferida úmida.
- Escolha um curativo que controle exsudato. O exsudato excessivo pode atrasar a cicatrização da ferida.
- Evite empacotar demais a ferida, pois o empacotamento exagerado pode aumentar a pressão e causar danos adicionais à ferida.
- A irrigação auxilia na remoção de tecidos desvitalizados, reduzindo a carga bacteriana, promovendo a limpeza e melhorando a visualização do leito da ferida. Não é recomendável secar o leito da lesão após a irrigação. Secar apenas a área perilesional. A irrigação deve ser realizada em todas as trocas de curativos.
- A irrigação é realizada com a inserção de agulha 40x12 em frasco de soro fisiológico 0,9%. A pressão exercida pelo jato da solução salina apoia na limpeza sem lesionar o leito da ferida. Indica-se o uso de solução fisiológica, preferencialmente aquecida, para não resfriar o leito da ferida (vasoconstrição).
- O soro fisiológico 0,9 % do frasco utilizado para a limpeza da lesão não deverá ser reutilizado, visando reduzir a contaminação cruzada.
- A área perilesional deve manter-se intacta e hidratada. A preservação das bordas da ferida, evitando a maceração, é importante dentro do processo cicatricial.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. Brasília, 2017.

BRASÍLIA (DF). Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde**: guia de enfermagem da atenção primária à saúde. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/ENFERMAGEM-1-Protocolo_Final_Parte_1.pdf. Acesso em: 12/01/2024

CALIRI, M. H. L. **Feridas crônicas**: diretrizes para tratamento. Ribeirão Preto, SP, 2020. Disponível em: http://eerp.usp.br/feridascrônicas/diretriz_tratamento.html. Acesso em: 12/01/2024

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA. **Feridas complexas e estomias aspectos preventivos e manejo clínico**. João Pessoa, PB, 2016. Disponível em: <http://www.coren-pb.gov.br/wp->

content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf. Acesso em: 12/01/2024

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Caso complexo Ilha das Flores**: fundamentação teórica: feridas. Disponível em:

https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_casos_complexos/unidade08/unidade08_FT_feridas.pdf. Acesso em: 11/01/2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Núcleo de Telessaúde. **Telecondutas**: lesão por pressão. Porto Alegre, 2017. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_lesaopressao.pdf. Acesso em: 03/01/2024

5.2 POP 28: Retirada de pontos

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 28 RETIRADA DE PUNTO	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É o procedimento que consiste na remoção dos fios cirúrgicos de maneira asséptica.			
2 OBJETIVO: Remover fios cirúrgicos de uma sutura cicatrizada sem lesionar o tecido recém-formado.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Remoção de fios cirúrgicos e cicatrização de lesão de pele.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Equipamento de proteção individual (gorro, luva de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não estéril) • Gaze estéril • Frasco de soro fisiológico a 0,9% • Agulha 40x12 • Álcool a 70% • Tesoura de Íris ou lâmina de bisturi • Luvas de procedimento • Descarte de lixo infectante			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Orientar o cliente sobre o procedimento. 2. Higienizar as mãos (POP 01). 3. Calçar luvas de procedimento. 4. Expor a região da retirada dos pontos. 5. Solicitar avaliação do enfermeiro ou médico caso a incisão apresente sinais de complicações. 6. Umedecer a gaze com soro fisiológico 0,9% ou solução antisséptica disponível promovendo a antisepsia da área menos contaminada para a mais contaminada. 7. Verificar a cicatrização tecidual, presença de secreção e deiscência. 8. Tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo, com a tesoura ou lâmina de bisturi,			

em um dos lados junto ao nó.

9. Realizar retirada dos pontos alternadamente.
10. Proceder à retirada total no caso de não haver alterações.
11. Observar se todos os pontos saíram por inteiro.
12. Colocar os pontos, já retirados, sobre uma gaze e desprezá-los em recipiente para descarte.
13. Fazer leve compressão no local com gaze seca.
14. Desprezar o material utilizado em local apropriado.
15. Retirar luvas de procedimento.
16. Higienizar as mãos (POP 01).
17. Checar o procedimento e registrar as anotações de enfermagem no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO: Não há observação.

9 REFERÊNCIA

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE ALAGOAS. **Parecer técnico nº 009/2019 COREN-AL**. Alagoas, 2019. Disponível em: http://al.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/07/PARECER-T%C3%89CNICO-N%C2%BA-009_2019-PAD-N.pdf. Acesso em: 14/01/2024

5.3 POP 29: Aplicação de compressas frias

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 29 APLICAÇÃO DE COMPRESSAS FRIAS	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna SecoEnfermeira COREN-PR 218495	Cidelma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saude
1 DEFINIÇÃO: Aplicação local de frio em camadas superficiais da pele por meio do uso de bolsa térmica fria ou compressas úmidas.			
2 OBJETIVO: • Reduzir a temperatura corporal • Promover anestesia local superficial • Evitar/reduzir a formação de hematomas e de edemas, imediatamente após contusões • Reduzir sangramentos superficiais pela vasoconstrição • Aliviar a dor • Desacelerar o processo inflamatório.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Redução da dor, do sangramento, da temperatura corporal e proporcionar conforto e bem-estar para cliente após aplicação de compressa fria.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Bolsa de térmica fria ou água gelada ou gelo. • Toalha limpa • Compressas • Luvas de procedimento			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Higienizar as mãos (POP 01). 2. Orientar o cliente quanto ao procedimento. 3. Posicionar adequadamente o cliente para o procedimento. 4. Calçar as luvas de procedimentos. 5. Avaliar as condições da pele no local de aplicação da bolsa térmica. 6. Colocar gelo ou água gelada na bolsa sem ultrapassar 2/3 da sua capacidade. 7. Retirar todo o ar da bolsa. 8. Fechar firmemente. 9. Verificar se não há vazamento. 10. Proteger a bolsa com tecido (toalha, etc.). 11. Aplicar na região desejada.			

12. Verificar após alguns minutos se a região não apresenta intercorrências.
13. Retirar a bolsa após o aquecimento ou após o tempo da terapêutica de 20 minutos.
14. Retirar as luvas de procedimentos.
15. Manter a organização da unidade.
16. Esvaziar a bolsa térmica.
17. Realizar a desinfecção da bolsa térmica com álcool à 70% e pendurá-la com o gargalo para baixo até secar.
18. Higienizar as mãos (POP 01), checar e anotar o procedimento no prontuário.

8 OBSERVAÇÃO:

- Quando necessário a redução da temperatura corporal, aplicar compressas frias preferencialmente nas regiões fronto-temporal, axilar e inguinal bilateral procedendo a troca do local de aplicação a cada 20 minutos.
- Bolsa térmica com gel pode ser usada (nesses casos não há necessidade de preencher bolsa com água gelada ou gelo, apenas colocar bolsa térmica com gel no congelador para resfriá-la; a higienização da bolsa com gel é feita com álcool a 70%).
- Compressas úmidas frias podem ser utilizadas para substituir a bolsa térmica fria.
- Devido ao risco de necrose tecidual, não realizar aplicações frias demoradas;
- Vigiar frequentemente as condições da pele no local das aplicações;
- Em clientes hipertensos o uso da crioterapia deve ser cauteloso, devendo a pressão arterial ser aferida antes e após a aplicação, pois o frio pode causar um aumento transitório da pressão sistólica e diastólica.
- Evitar a aplicação de frio diretamente sobre uma ferida durante as 2 ou 3 semanas iniciais (reduzem a circulação do sangue e a cicatrização).
- Evitar o uso da crioterapia em áreas anestesiadas ou com hipoestesia como áreas denervadas ou com neuropatias.
- Evitar o contato direto do frio sobre os olhos e sobre o trajeto de alguns nervos periféricos como o ulnar, no cotovelo e o fibular próximo ao joelho.
- O uso da crioterapia é contraindicado em clientes com insuficiência cardíaca aguda ou crônica, clientes com alterações vasomotoras periféricas, como alcoólatras e diabéticos.

9 REFERÊNCIAS

FACULDADES INTEGRADAS DO VALE DO RIBEIRA. **Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: UNISEPE, 2017.

Disponível em: <http://portal.unisepe.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de-Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 04/01/2024

VIANA, D. F. M. **Crioterapia**: história, efeitos fisiológicos e a eficácia das suas técnicas: uma revisão de literatura. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) - Universidade Federal do Paraná. Setor Litoral. Matinhos, PR, 2015. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/42147/Daiane%20Fabiula%20de%20Melo%20Viana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 04/01/2024

5.4 POP 30: Aplicação de compressas quentes

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 30 APLICAÇÃO DE COMPRESSA QUENTE	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É um tratamento feito pela aplicação de calor.			
2 OBJETIVO: Favorecer vasodilatação, proporcionar aquecimento e aliviar a dor e espasmo local além de dar conforto ao cliente.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Alívio da dor e inflamação, além de conforto e bem-estar para o cliente.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Bandeja • Bolsa térmica • Água quente • Tecido para cobrir a bolsa (Toalha ou compressa) • Luvas de procedimento			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Higienizar as mãos (POP 01). 2. Orientar o cliente quanto ao procedimento. 3. Posicionar adequadamente o cliente para o procedimento. 4. Calçar as luvas de procedimentos. 5. Avaliar as condições da pele no local de aplicação da bolsa térmica. 6. Colocar a água quente na bolsa sem enchê-la totalmente (1/3 a 2/3). 7. Retirar todo o ar da bolsa. 8. Fechar firmemente. 9. Verificar se não há vazamento. 10. Testar o calor da bolsa em seu próprio braço. 11. Envolver a bolsa com toalha ou compressa. 12. Aplicar na região a ser aquecida. 13. Retirar a bolsa após o esfriamento ou após o tempo da terapêutica. 14. Retirar as luvas de procedimento. 15. Manter a organização da unidade.			

16. Esvaziar a bolsa térmica.
17. Realizar a desinfecção da bolsa térmica com álcool à 70% e pendurá-la com o gargalo para baixo até secar.
18. Higienizar as mãos (POP 01).
19. Checar e anotar o procedimento no prontuário.

8 OBSERVAÇÃO:

- Não é recomendável aplicação de calor em clientes com patologias vasculares (exemplo: isquemia).
- Bolsa térmica com gel pode ser usada (nesses casos não há necessidade de preencher a bolsa com água quente, apenas seguir as recomendações de aquecimento de acordo com o fabricante; a higienização da bolsa com gel é feita com álcool a 70%).
- Não aplicar a bolsa diretamente sobre a pele para não causar queimaduras.
- O calor direto deve ser aplicado com cautela em clientes que apresentem comprometimento de sensibilidade, diabéticos e inconscientes; Deve-se ter cautela com as áreas que apresentam maior sensibilidade como tecido cicatricial e estomas.
- Retirar a bolsa em caso de vermelhidão excessiva, maceração, palidez ou se o cliente relatar desconforto ou forem observados sinais de queimadura.

9 REFERÊNCIA

FACULDADES INTEGRADAS DO VALE DO RIBEIRA. **Manual de procedimentos básicos de enfermagem**. São Paulo: UNISEPE, 2017.
Disponível em: <http://portal.unisepe.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de-Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 07/01/2024

6 CATEGORIA 06: ELIMINAÇÃO

6.1 POP 31: Cateterização vesical de alívio

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 31 CATETERIZAÇÃO VESICAL DE ALÍVIO	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É um procedimento estéril que consiste na introdução de uma sonda na uretra a fim de drenar a urina da bexiga sendo removida após atingir sua finalidade.			
2 OBJETIVO: Remover a urina acumulada.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Esvaziamento da bexiga.			
4 EXECUTANTE: Enfermeiro			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Equipamento de proteção individual (gorro, luvas de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não estéril) • Luva estéril • Luva de procedimento • Antisséptico adequado para sondagem vesical • Xilocaína gel estéril • Sonda vesical de alívio em calibre adequado para idade • Pacote de cateterismo estéril (campo fenestrado, gaze estéril, cuba redonda) • Cuba rim			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Higienizar as mãos (POP 01). 2. Reunir o material e levar até o cliente. 3. Explicar o procedimento ao cliente. 4. Calçar luvas de procedimento. 5. Posicionar o cliente do sexo masculino em decúbito dorsal, (se mulher com as pernas flexionadas e afastadas, em posição ginecológica).			

6. Visualizar o meato uretral.
7. Retirar as luvas de procedimento.
8. Organizar o material sobre uma mesa ou local disponível.
9. Abrir pacote de cateterismo, calçar luva estéril, dispor solução antisséptica em cuba redonda, montar trouxinhas de gazes.
10. Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral.
11. Realizar a antisepsia do órgão genital e de toda região perineal conforme a técnica com o antisséptico adequado.
12. Lubrificar com xilocaína gel a sonda vesical de alívio.
13. Introduzir sonda em meato uretral.
14. Desprezar urina em cuba rim, quando a cuba estiver cheia, desprezar a urina no frasco graduado, clampeando a sonda com os dedos, repetindo quantas vezes for necessário.
15. Retirar a sonda quando parar de drenar urina, clampeando-a com a ponta de um dos dedos e puxando-a, liberando a urina restante no interior da sonda para dentro da cuba rim.
16. Remover o antisséptico da pele do cliente com auxílio de uma compressa úmida, secando em seguida.
17. Higienizar as mãos (POP 01).
18. Auxiliar o cliente a vestir-se, deixando-a confortável.
19. Verificar o volume drenado.
20. Recolher o material, providenciando o descarte adequado.
21. Higienizar as mãos (POP 01).
22. Registrar o procedimento atentando para as características e volume urinário.

8 OBSERVAÇÃO: Não há observação

9 REFERÊNCIAS

FONSECA, L. M. M.; RODRIGUES, R. A. P.; MISHIMA, S. M. (Orgs.). **Aprender para cuidar em enfermagem:** situações específicas de aprendizagem. Ribeirão Preto, SP: USP/EERP, 2015. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/ebooks/aprenderparacuidar/pdf/6Cateterismo.pdf>. Acesso em: 05/01/2024

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Serviço de Enfermagem em Saúde Pública. **Manual de orientações:** cateterismo vesical intermitente. Porto Alegre, 2020. (Educação em Saúde, v. 35). Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/area-do-paciente-apresentacao/area-do-paciente-sua-saude/educacao-em-saude/send/2-educacao-em-saude/59-pes035-cateterismo-vesica.l>. Acesso em: 08/01/2024

7 CATEGORIA 07: OXIGENAÇÃO/ RESPIRAÇÃO

7.1 POP 32: Administração de oxigênio por cateter nasal / máscara facial

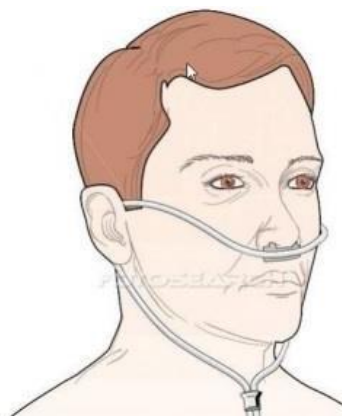
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 32 ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR CATETER NASAL / MÁSCARA FACIAL	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: Consiste na administração de oxigênio numa concentração de pressão superior à encontrada na atmosfera ambiental para corrigir e atenuar deficiência de oxigênio ou hipóxia, aplicada tanto em situações clínicas agudas quanto crônicas.			
2 OBJETIVO: Fornecer concentração adicional de oxigênio para facilitar adequada oxigenação tecidual.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Melhora do padrão de respiração e saturação de oxigênio no sangue.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Bandeja • Cateter nasal simples ou tipo óculos ou máscara facial • Fluxômetro de O2 • Umidificador • Frasco de água destilada 250 ml • Conexão de látex • Conector da macro nebulização • Fonte de oxigênio • Almotolia com álcool a 70% • Oxímetro • Luvas de procedimento • Esparrapado • Lubrificante hidrossolúvel			

7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Ler a prescrição do cliente e orientá-lo.
2. Posicionar adequadamente o cliente para o procedimento em posição de Fowler ou sentado.
3. Realizar higienização das mãos com água e sabão.
4. Separar uma bandeja para o procedimento.
5. Separar os materiais para o procedimento, colocando-os na bandeja.
6. Preparar o umidificador, colocando água destilada entre os níveis mínimo e máximo e conectar ao fluxômetro na fonte de O₂.

Cateter tipo óculos

7. Conectar o fluxômetro ao látex e este ao cateter.
8. Calçar as luvas.
9. Introduzir as pontas da cânula nas narinas do cliente e ajustar acima e atrás de cada orelha e abaixo da região mentoniana.



10. Abrir a saída de O₂ e regular o fluxômetro conforme prescrição médica.
11. Higienizar as mãos.

Máscara Facial

12. Conectar o circuito de macro nebulização a máscara.
13. Calçar as luvas.
14. Puxar a faixa elástica para trás da cabeça e do pescoço e ajustá-la na face do cliente.



15. Abrir a saída de O₂ e regular o fluxômetro de acordo com o volume de O₂ prescrito.
16. Higienizar as mãos.

Pós - Execução

17. Avaliar as condições gerais do cliente e verificar saturação de O₂ com oxímetro e perfusão periférica, periodicamente.
18. Atentar aos sinais e/ou sintomas de hipóxia (cianose de extremidades, retração de fúrcula esternal intercostal, alteração do nível de consciência) e sensação de melhora da dispneia.
19. Desprezar e realizar desinfecção dos materiais utilizados em locais apropriados após o término do procedimento.
20. Higienizar as mãos.
21. Realizar higienização da bandeja com álcool a 70%.
22. Checar prescrição médica e realizar anotação de enfermagem.

8 OBSERVAÇÃO:

- Observar se o dispositivo de liberação de oxigênio está permeável, sem dobras.

09 REFERÊNCIAS

CORTEZ, R. **Oxigenoterapia no paciente, como fazer?**. Disponível em: <https://enfermagempiaui.com.br/category/procedimentos/>. Acesso em: 11/01/2024.

LUZ, S. **Oxigenoterapia por cateter nasal ou máscara**. 2009. Disponível em: <https://www.portaldaenfermagem.com.br/protocolos-leitura.asp?id=214>. Acesso em: 24/01/2024

PRAZERES, L. **Entendendo sobre oxigenoterapia!**: definições e tipos! Disponível em: <https://enfermagemcomamor.com.br/index.php/2018/04/26/oxigenoterapia/>. Acesso em: 13/01/2024

RODRIGUES, F. C.; SIMÕES, M. **Padronização da aplicação da oxigenoterapia no HC-UFMT**. Minas Gerais: UFMT, 2015. Disponível em:

<http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Padroniza%C3%A7%C3%A3o+do+uso+da+oxigenoterapia/6e21880e-cb12-4ee6-acda-f751c894e913>. Acesso em: 24/01/2024

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Pedro Ernesto. **Procedimento Operacional Padrão:** POP CDC nº 013: administração de oxigênio: cateter nasal e máscara de oxigênio. Rio de Janeiro: UERJ, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. Hospital de Clínicas. Unidade de Reabilitação. **Procedimento operacional padrão:** POP/Unidade de reabilitação/019/2015: oxigenoterapia hospitalar em adultos e idosos. Minas Gerais: EBSEH, 2020. Disponível em: Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/POP+19+Oxigenoterapia+hospitalar+aprovado.pdf/ccd04e6e-2aa9-4f59-a8a3-ac7b3eb14f30>. Acesso em: 14/01/2024

7.2 POP 33: Realização de nebulização

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 33 REALIZAÇÃO DE NEBULIZAÇÃO	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É a administração de medicação nas vias aéreas superiores (VAS) para tratamento de afecções pulmonares por meio de dispositivos associadas ao O ₂ ou ar comprimido que liberam pequenas partículas de agentes farmacológicos no tecido epitelial mucoso do trato respiratório.			
2 OBJETIVO: • Aliviar processos inflamatórios, congestivos e obstrutivos • Umedecer para tratar ou evitar desidratação das mucosas • Fluidificar para facilitar a remoção de secreções • Administrar mucolíticos para obter atenuação ou resolução de espasmos • Administrar corticoesteróides com ação anti-inflamatória e anti-exsudativa			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Alívio das afecções e sintomas respiratórios e eliminação das secreções fluidificadas.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Bandeja • Nebulizador • Kit de nebulização • Seringa de 10mL ou conta gotas • Medicamentos prescritos • Soro fisiológico 0,9%			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Ler a prescrição do cliente e orientá-lo. 2. Higienizar as mãos. 3. Separar o material a ser utilizado na bandeja. 4. Preparar a inalação de acordo com a prescrição médica. 5. Instruir o cliente a limpar as vias aéreas antes do procedimento.			

6. Colocar o cliente em posição sentada e confortável.
7. Conectar o kit ao nebulizador, ligar e verificar se há saída de névoa.
8. Entregar ao cliente a máscara de nebulização.
9. Verificar o posicionamento correto da cabeça e da máscara junto à face.



23. Orientar o cliente a inspirar profundamente e lentamente pelo nariz e expirar pela boca e permanecer com os olhos fechados enquanto durar a nebulização.
24. Manter o procedimento no tempo indicado.
25. Solicitar ao cliente a tossir, para expelir a secreção.
26. Higienizar as mãos.

Pós - Execução

27. Observar término de todo o líquido nebulizador.
28. Avaliar as condições gerais do cliente.
29. Desconectar a extensão do nebulizador e recolher o material utilizado.
30. Realizar a desinfecção do kit de nebulização.
31. Realizar higienização da bandeja e nebulizador com álcool a 70% após o uso.
32. Higienizar as mãos.
33. Checar prescrição médica e realizar anotação de enfermagem.

8 OBSERVAÇÃO:

- Alertar para alergias e não confundir a dose de cada medicamento, pois muitas vezes são associados na mesma nebulização.

9 REFERÊNCIAS

MÁSCARA de oxigénio para nebulizador. Disponível em:
https://www.medicalshop.pt/mascara-de-oxigenio-para-nebulizador--30-unidades-mm0707002/p_ Acesso em: 11/01/2024

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Pedro

Ernesto. **Procedimento Operacional Padrão:** POP CDC nº 005: Preparo e administração de medicação por via inalatória. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Procedimentos de Enfermagem:** POP FACENF nº 25: nebulização. Minas Gerais, 2019. Disponível em: [https://www.ufjf.br/fundamentosenf/files/2019/08/POP-FACENF-Nebuliza%
c3%a7%c3%a3o-n.-252.pdf](https://www.ufjf.br/fundamentosenf/files/2019/08/POP-FACENF-Nebuliza%c3%a7%c3%a3o-n.-252.pdf). Acesso em: 18/01/2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento operacional padrão:** assistência de enfermagem: cuidados com oxigenação por nebulização. Florianópolis: EBSEH; NEPEN/DE/HU, 2017. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/pops/pop-externo/download?id=185>. Acesso em: 21/01/2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Divisão de Enfermagem. **Nebulização:** código DEN POP - 010/12. 2013. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/18-divisao-de-enfermagem?download=223:pop-n10-nebulizacao&start=40>. Acesso em: 16/01/2024

8 CATEGORIA 08: IMUNIZAÇÃO

8.1 POP 34: Campanha de vacinação

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 34 CAMPANHA DE VACINAÇÃO	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É uma atividade adotada para o controle e erradicação de uma ou mais doenças imunopreveníveis, em geral faz parte das ações promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) para preservar a saúde pública.			
2 OBJETIVO: Padronizar a organização das campanhas de vacinação desenvolvidas na instituição, a fim de otimizar o atendimento e o acolhimento aos clientes.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Fornecer condições ideais para a adequada administração de imunobiológicos durante campanhas de vacinação preconizadas pelo MS.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Insumos para higienização das mãos (POP 01) • Seringas de plástico descartáveis • Agulhas descartáveis • Algodão hidrófilo • Caixa coletora de materiais perfurocortantes • Álcool • Termômetro clínico para mensuração da temperatura corporal, quando necessário • Materiais de escritório: lápis, caneta, borracha, grampeador • Impressos e manuais técnicos e operacionais: formulários para registro da vacina administrada, cartão de vacina do adolescente e do adulto (disponibilizados pela Secretaria de Saúde) • Imunobiológicos, caixas térmicas e bobinas (disponibilizados pela Secretaria de Saúde) • Folha de frequência dos clientes			

7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Buscar estabelecer parceria com a Secretaria de Saúde do município a fim de conseguir levar as campanhas de vacina preconizadas pelo MS para o IFPI.

2. Atentar-se para as campanhas de vacina divulgadas pelo MS e verificar previamente junto a Secretaria de Saúde do município a possibilidade de disponibilizar os imunobiológicos para realização da campanha no âmbito do IFPI.

3. Organização do ambiente e dos materiais para a campanha de vacina

- Verificar se a sala está limpa e em ordem.
- Verificar/ligar o sistema de ar-condicionado (recomenda-se temperatura entre 18°C e 20°C).
- Organizar os materiais que serão utilizados: insumos para higienização das mãos, seringas, agulhas, algodão, álcool, caixa coletora de materiais perfurocortantes entre outros.
- Organizar sobre a mesa de trabalho os impressos e os materiais de escritório.
- Realizar higienização das mãos (POP 01).
- Receber os imunobiológicos disponibilizados pela Secretaria de Saúde (os imunobiológicos devem ser acondicionados adequadamente em caixas térmicas obedecendo todas as normativas previstas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI)).
- Utilizar no mínimo três caixas térmicas, uma para o estoque das vacinas e diluentes, outra para bobinas e outra para as vacinas em uso.
- Organizar as vacinas e os diluentes na caixa térmica que ficará em uso, já com a temperatura recomendada, acomodando-os no centro da caixa em recipientes plásticos, para melhor organização e identificação.
- Atentar para o prazo de utilização após a abertura do frasco para as apresentações em multidoses conforme recomendações do PNI. No momento de abertura de novos frascos multidoses registrar, no frasco, data e horário da abertura.
- Manter as caixas térmicas fora do alcance da luz solar direta e distante de fontes de calor.
- Trocar as bobinas reutilizáveis sempre que isso for necessário.
- Monitorar continuamente e certificar-se que a temperatura interna das caixas térmicas com vacinas esteja entre +2°C e +8°C (ideal +5°C).

4. Iniciar o atendimento

- Acolher o cliente.
- Verificar a situação vacinal atual.
- Obter informações sobre o estado de saúde do cliente, avaliando as indicações e as possíveis precauções e contraindicações à administração dos imunobiológicos.
- Orientar o cliente sobre a importância da vacinação e da conclusão do esquema básico de acordo com o grupo-alvo ao qual o cliente pertence e conforme o calendário de vacinação vigente do PNI.

5. Proceder aos registros

- Anotar no cartão de vacina a data de aplicação, a dose, o lote, a unidade de

saúde onde a vacina foi administrada e o nome legível do vacinador.

- Registrar a dose administrada nas fichas específicas que forem disponibilizadas pela Secretaria de Saúde, conforme padronização.
- Solicitar que o cliente assine a folha de frequência de participação na campanha.

6. Administrar o imunobiológico

- Higienizar as mãos antes da realização do procedimento (POP 01).
- Observar a via de administração e a dosagem.
- Selecionar a seringa e a agulha apropriadas e, quando for o caso, acoplar a seringa à agulha, mantendo-a protegida.
- Examinar o imunobiológico, observando a aparência, o estado da embalagem, o número do lote, o prazo de validade do produto e o prazo de validade após abertura do frasco.
- Preparar o imunobiológico.
- Manter a agulha encapada até o momento da administração.
- Retornar com o frasco do imunobiológico para o interior da caixa térmica logo após aspirar a dose, caso o frasco seja multidose.
- Administrar o imunobiológico segundo a técnica específica relativa a cada imunobiológico.
- Desprezar na caixa coletora de material perfurocortantes as seringas/agulhas utilizadas.
- Higienizar as mãos após a realização do procedimento (POP 01).
- Reforçar as orientações, informando ao cliente sobre a importância da vacinação e as condutas na possível ocorrência de eventos adversos pós vacinação.

Recomendações: Após a abertura do imunobiológico, a solução deve ser mantida no frasco da vacina. A dose deve ser aspirada somente no momento da administração. Nunca deixe seringas previamente preparadas armazenadas na caixa térmica de uso.

7. Encerramento do trabalho

- Organizar e viabilizar o quanto antes a devolução dos materiais para a Secretaria de Saúde:
 - Frascos das vacinas e dos diluentes que foram utilizados.
 - Frascos de vacinas multidose que ultrapassaram o prazo de validade após a sua abertura, bem como os frascos com rótulo danificado.
 - Caixas térmicas com os frascos restantes das vacinas e diluentes, acondicionados de maneira adequada e segura para o deslocamento.
 - Fichas disponibilizadas para o registro dos imunobiológicos administrados.
- Guardar a folha de frequência de participação na campanha nos arquivos do setor.
- Deixar a sala limpa e em ordem.

8 OBSERVAÇÃO:

- Orientações para organização das caixas térmicas para atividades

extramuros:

- Ambiente as bobinas reutilizáveis em quantidade suficiente.
 - Disponha as bobinas no fundo e nas laterais internas da caixa.
 - Posicione o sensor do termômetro no centro da caixa térmica, monitorando a temperatura até atingir o mínimo de +1°C.
 - Organize os imunobiológicos em recipientes plásticos e acomode-os no interior da caixa térmica de maneira segura para que não fiquem soltos nem sofram impactos mecânicos durante o deslocamento.
 - Posicione o sensor do termômetro no centro da carga organizada, garantindo a medição de temperatura precisa dos imunobiológicos, para monitoramento da temperatura ao longo do deslocamento.
 - Disponha as bobinas reutilizáveis cobrindo os imunobiológicos.
 - Lacre as caixas com fita adesiva e identifique-as externamente.
 - Monitore a temperatura durante o deslocamento.
- Sob nenhuma hipótese utilize caixas térmicas danificadas ou com paredes de espessura fina, já que elas não terão a resistência suficiente às atividades e não manterão a temperatura adequada.
 - Para a administração de vacinas não é recomendada a antissepsia da pele do cliente. Somente quando houver sujidade perceptível, a pele deve ser limpa utilizando-se água e sabão ou álcool a 70%. Caso utilize o álcool a 70% espere 30 segundos para permitir a secagem da pele.
 - A administração de vacinas por via parenteral (intradérmica, subcutânea, intramuscular) não requer paramentação especial para a sua execução. A exceção se dá quando o vacinador apresenta lesões abertas com soluções de continuidade nas mãos. Nesta situação, orienta-se a utilização de luvas, a fim de se evitar contaminação tanto do imunobiológico quanto do cliente.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Procedimento Operacional Padrão**: PEI/ES POP 01: atendimento na sala de vacinação: Programa Estadual de Imunizações. Espírito Santo, 2020. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Imuniza%C3%A7%C3%A3o/POP%20-%20Funcionamento%20da%20sala%20de%20vacina%C3%A7%C3%A3o%20-%20atualizado%2002-01-2020.pdf>. Acesso em: 06/01/2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento Operacional Padrão (POP) ambulatório de pediatria**: sala de vacinas do HU. Florianópolis: EBSERH; NEPEN/DE/HU, 2017. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/pops/pop-externo/download?id=232>. Acesso em: 08/01/2024

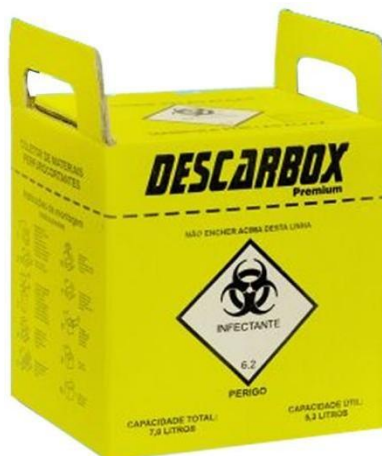
9 CATEGORIA 09: AMBIENTE/ABRIGO

9.1 POP 35: Organização do consultório de enfermagem e sala de esterilização

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 35 ORGANIZAÇÃO DO CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM E SALA DE ESTERILIZAÇÃO	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: Consiste na preparação da sala para a realização das atividades de enfermagem, inclui a desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes nas diferentes áreas da unidade de saúde e a providência dos materiais necessários para o desenvolvimento das atividades.			
2 OBJETIVOS: • Preparar o ambiente para as devidas atividades • Conservar equipamentos e instalações • Evitar, principalmente, a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Condições sanitárias ideais para o adequado funcionamento do setor de enfermagem.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem e sala de esterilização dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Luvas de procedimento • Caixa coletora para descarte de material perfurocortante • Saco de lixo preto • Coletores com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual • Saco plástico branco leitoso • Sabonete líquido • Papel toalha • Solução de água e sabão neutro • EPIs • Panos ou compressas limpas			

7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Supervisionar a sala diariamente verificando sabonete líquido e álcool em gel nos dispensadores, papel toalha e saco branco leitoso para descarte de lixo infectante e saco preto para lixo comum forrados em lixeiras com tampa com acionamento por pedal.
2. Calçar as luvas e verificar, cuidadosamente, o limite da caixa coletora para descarte de materiais perfurocortantes, não permitir que ultrapasse a linha tracejada conforme figura abaixo, caso atinja a linha tracejada, deverá ser destinada, separadamente, em local apropriado para descarte, segundo POP 37.



3. Realizar inspeção periódica e descartar materiais e medicamentos com prazo de validade vencida ou com a qualidade comprometida, caso o prazo esteja expirado, contactar com a Vigilância Sanitária local para o recolhimento.
4. Checar o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos do setor no início de cada dia de trabalho. Em caso de algum problema ou mau funcionamento, comunicar imediatamente o enfermeiro responsável.
5. Realizar, diariamente, a limpeza e desinfecção das superfícies de acordo com o POP 42.
6. Verificar os materiais em falta no setor e providenciar a reposição.
7. Ao término do dia de trabalho, a unidade deve estar limpa, organizada e com os materiais repostos.

Estocagem de Materiais

8. Realizar a estocagem dos materiais em prateleiras fechadas ou dispor coberturas sobre os pacotes.
9. Controlar a limpeza, ventilação e espaço adequado.
10. Separar os artigos esterilizados dos não estéreis.
11. Considerar contaminado pacotes furados, úmidos, torcidos, ou que caíam no chão.
12. Efetuar inspeção periódica dos artigos e prazos de validade dos materiais esterilizados.

8 OBSERVAÇÃO:

- Solicitar a troca, no serviço de saúde local, dos materiais e/ou medicamentos que estiverem próximos da data de vencimento, para que não haja desperdício.

9 REFERÊNCIAS

O COLETOR Descarbox. Disponível em:

<https://www.descarbox.com.br/produtos/produtoSelecionado/Coletor-para-Material-Perfurocortante-Premium/6>. Acesso em: 11/01/2024

PORTAL EDUCAÇÃO. **Armazenamento e distribuição de artigos esterilizados.**

Disponível em:

<https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/armazenamento-e-distribuicao-de-artigos-esterilizados/23143>. Acesso em: 10/01/2024

PREFEITURA DE FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria das Políticas e Organização das Redes da Atenção à Saúde. Células de Atenção às Condições Crônicas. **Procedimentos Operacionais Padrão**. Fortaleza, 2016.

Disponível em:

https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Diretrizes_Clinicas_2016/pops-1.pdf. Acesso em: 22/01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de enfermagem**. Campinas, SP, 2016. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/45330699/manual-procedimentos-operacionais-padrao-pop-enfermagem-2016/40>. Acesso em: 22/01/2024

9.2 POP 36: Limpeza e desinfecção das superfícies

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 36 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DAS SUPERFÍCIES	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidélma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: Limpeza é a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (piso, paredes, teto, mobiliário e equipamentos). Desinfecção é o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existentes em artigos ou superfícies.			
2 OBJETIVO: Evitar a disseminação de microrganismos patogênicos no setor.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Prevenção de infecções cruzadas e garantia de um ambiente limpo e agradável.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem e sala de esterilização dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • EPIs • Álcool a 70% para limpeza de superfícies • Álcool em gel • Solução com hipoclorito de sódio 1% (para locais com presença de matéria orgânica) • Compressas ou panos de limpeza, limpos e macios • Detergente neutro • Papel toalha			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Separar os materiais: EPIs, compressas ou panos, solução de água com detergente neutro e hipoclorito de sódio 1%, se necessário. 2. Retirar os objetos sobre a superfície e do interior dos armários ou equipamentos a serem limpos. Iniciar por mobiliários e/ou paredes e terminar pelo piso. 3. Retirar a poeira do móvel ou equipamento com um pano úmido dobrado, de forma unidirecional e sem repetir o mesmo lado do pano utilizado em superfícies diferentes.			

4. Realizar, primeiramente, a limpeza em locais com presença de matéria orgânica, retirar este com papel toalha e logo após com hipoclorito de sódio 1%, aguardar 10 minutos e remover com água e sabão. Após secar a superfície, realizar os próximos passos.

5. Imergir o pano na solução de água com detergente e realizar limpeza em movimentos amplos utilizando sentido único, de uma extremidade para outra, do mais alto para o mais baixo e da parte menos para a mais contaminada no início de cada turno.

6. Retirar com pano umedecido em água limpa e enxugar a bancada.

7. Friccionar álcool 70% nas superfícies já limpas.

8. Organizar o setor e recolher o material, conforme recomendações (POP 37).

8 OBSERVAÇÃO:

- As superfícies referidas neste protocolo compreendem: mobiliários, equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, suporte para soro, balança, computadores e outros com os quais os profissionais terão contato durante o trabalho.

9 REFERÊNCIAS

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospitais Universitários Federais. **Procedimento operacional padrão:** higienização hospitalar: POP/CCIH/009/2016. 2016. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/POP+higieniza%C3%A7%C3%A3o+hospitalar+PADR%C3%83O+EBSERH.pdf/a1efc390-aab4-4e7d-96ae-97b44872c09f>. Acesso em: 20/01/2024

PREFEITURA DE FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria das Políticas e Organização das Redes da Atenção à Saúde. Células de Atenção às Condições Crônicas. **Procedimentos Operacionais Padrão**. Fortaleza, 2016. Disponível em: https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Diretrizes_Clinicas_2016/pops-1.pdf. Acesso em: 28/01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de enfermagem**. Campinas, SP, 2016. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/45330699/manual-procedimentos-operacionais-padrao-pop-enfermagem-2016/40>. Acesso em: 28/01/2024

9.3 POP 37: Gerenciamento dos resíduos do serviço de saúde

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 37 GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DO SERVIÇOS DE SAÚDE	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saude
1 DEFINIÇÃO: De acordo com a RDC Anvisa nº 222/2018, geradores de RSS são todos os serviços cujas atividades estejam relacionadas com a atenção à saúde humana ou animal.			
2 OBJETIVO: Segregar os resíduos e definir o descarte final visando à proteção dos trabalhadores, à preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Minimizar a produção de resíduos gerados e proporcionar um encaminhamento seguro de forma eficiente.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • EPI's • Saco plástico branco leitoso (Grupo A) • Coletores com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados (Grupo A e D) • Recipiente resistente, rígido e estanque com tampa que garanta a vedação (Grupo B) • Caixa coletora para descarte de material perfurocortante (Grupo E) • Saco preto (Grupo D)			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Utilizar os EPIs. 2. Segregar os RSS por grupo no momento e no local de sua geração. 3. Classificar e identificar o risco conforme suas características, de acordo com o quadro a seguir:			

QUADRO RESUMO SEPARAÇÃO ADEQUADA DE CADA GRUPO DE RSS



A	B	C	D	E
RESÍDUOS POTENCIALMENTE INFECTANTES	RESÍDUOS QUÍMICOS	RESÍDUOS RADIOATIVOS	RESÍDUOS COMUNS	RESÍDUOS PERFUROCORTANTES
(Sondas, curativos, luvas de procedimentos, bolsa de colostomia)	(Reveladores, fixadores de raio x, prata)	(Cobalto, Lítio)	(Fraldas, frascos e garrafas pets vazias, marmiteix, copos, papel toalha)	(Aglulhas, lâminas de bisturi, frascos e ampolas de medicamentos)
Devem ser descartados em lixeiras revestidas com sacos brancos	Devem ser descartados em galões coletores específicos	Devem ser descartados em caixas blindadas	Devem ser descartados em lixeiras revestidas com sacos pretos	Devem ser descartados em coletor específico

4. Acondicionar os resíduos no saco em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com cantos arredondados e resistentes ao tombamento.

Grupo A

5. Acondicionar os resíduos infectantes em coletor de material liso, lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados, coberta por saco plástico branco leitoso com a simbologia da substância infectante.

6. Permitir até 2/3 do volume da embalagem garantindo sua integridade e fechamento ou então a cada 48 horas, independentemente do volume. Se o resíduo for de fácil putrefação, estes devem ser trocados a cada 24 horas, independente do volume.

Grupo B

7. Acondicionar os resíduos líquidos em recipiente constituído de material compatível com o líquido armazenado: resistente, rígido e estanque com tampa que garanta a vedação.

Grupo C

8. Não há geração de resíduos deste grupo nos setores de enfermagem do IFPI.

Grupo D

9. Acondicionar os resíduos em coletor de material liso, lavável, resistente a vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual forrado com saco preto, respeitando o limite de peso de cada saco.

Grupo E

10. Acondicionar os materiais perfurocortantes em recipientes identificados, rígidos, providos com tampa, resistentes à punctura, ruptura e vazamento.

11. Substituir de acordo com a demanda ou quando o nível de preenchimento atingir 3/4 da capacidade ou de acordo com as instruções do fabricante, sendo

proibidos seu esvaziamento manual e seu reaproveitamento.

12. Atentar para a contaminação do recipiente por agentes biológicos, químicos e substâncias radioativas, pois estes devem ter seu manejo de acordo com cada classe de risco associada.

Descarte Final

13. Identificar os sacos para acondicionamento com a simbologia impressa, sendo vedado o uso de adesivo. Os sacos que acondicionam os RSS do Grupo D não necessitam ser identificados.

14. Orientar a equipe colaboradora do serviço de limpeza a utilizar, rigorosamente, os EPIs adequados para coleta e transporte dos RSS.

15. Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde - SMS o qual será recolhido pela empresa contratada BIOACCESS, conforme calendário da mesma.

16. Destinar os resíduos comuns em locais apropriados conforme rotina do IFPI.

8 OBSERVAÇÃO:

- É expressamente proibido:
 - ✓ O esvaziamento dos recipientes de perfurocortantes para o seu reaproveitamento ou transferência para completar outro recipiente e reaproveitamento de sacos.
 - ✓ Reencapar ou desconexão das agulhas descartáveis após sua utilização.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, mar. 2018.

OLIVEIRA, S. A. da S. **Gestão dos Resíduos dos Serviços de Saúde**: gerados pelo Centro Integrado de Atendimento à Saúde, Uberlândia - MG. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Geografia) - Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/24283/1/Gest%C3%A3oRes%C3%ADduosServi%C3%A7os.pdf>. Acesso em: 07/01/2024

PREFEITURA DE ITAJAÍ. Secretaria de Saúde Municipal. **Procedimento Operacional Padrão**: POP nº 026: manejo de resíduos sólidos. Disponível em: <https://saude.itajai.sc.gov.br/download.php?id=466>. Itajaí, SC: 2019. Acesso em: 10/12/2023

QUAL a disposição correta de Resíduos do Serviço de Saúde – RSS?. 2019. Disponível em: <https://www.gruposalmeron.com.br/residuos-servico-saude-rss/>. Acesso em: 10/12/2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Hospital Universitário Lauro Wanderley.

Procedimento Operacional Padrão: POP/Gerência de resíduos/01/2019: gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde. João Pessoa, PB: EBSEH, 2019. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/220250/3801685/POP_Gerenciamento_de_Residuos.pdf/01afacca-d072-4e06-a4d4-2e3c084ab961. Acesso em: 15/01/2024

10 CATEGORIA 10: LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DOS MATERIAIS

10.1 POP 38: Limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos do serviço de saúde

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 38 LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DOS ARTIGOS DO SERVIÇO DE SAÚDE	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 Anos	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde

1 DEFINIÇÃO:

Limpeza é a remoção mecânica e/ou química de sujidades em geral (oleosidade, umidade, matéria orgânica, poeira, entre outros), de artigos para saúde. Desinfecção de alto nível é a eliminação de microrganismos, exceto esporulados, de materiais ou artigos inanimados, por meio de processo físico ou químico, com auxílio de desinfetantes de uso para a saúde. Esterilização por vapor saturado é a destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, por processo químico utilizando três parâmetros essenciais: tempo, temperatura/pressão e qualidade de vapor para obtenção de resultado. Este método utiliza o calor e a umidade para esterilizar artigos por meio da termocoagulação das proteínas dos microrganismos.

2 OBJETIVO:

Oferecer níveis de segurança de limpeza, desinfecção de alto nível e esterilidade dos artigos, aos clientes e profissionais da saúde envolvidos no processo.

3 RESULTADOS ESPERADOS:

Eliminação de sujidade e toda carga microbiana, inclusive as formas esporuladas presente nos instrumentais utilizados nos procedimentos em saúde.

4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.

5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos *campi*.

6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:

ARTIGOS (plástico, acrílico ou borracha):

- EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos de proteção e luvas de látex)
- Água e detergente neutro
- Esponja macia
- Escova de mamadeira

- Hipoclorito de sódio a 1%
- Balde ou bacia plástica com tampa (opaco)
- Panos ou flanelas limpas e secas
- Seringa de 20ml
- Caixa plástica organizadora de material rígido, lavável, com tampa, lacre e identificação como segue o modelo:

**ARTIGO DESINFETADO PARA ASSISTÊNCIA
RESPIRATÓRIA**

Data _____

Validade- 06 meses

Processo- Desinfecção de Alto Nível (hipoclorito sódio 1%)

Profissional, COREN/PI- _____

INSTRUMENTAIS METÁLICOS:

- Bacia, balde ou cuba de plástico de tamanho compatível com a quantidade do material
- Escova de cerdas duras e finas
- Compressas ou panos limpos e macios
- Água
- Detergente enzimático
- Papel grau cirúrgico
- Seladora térmica
- Fita crepe com indicador químico adequado a embalagem
- Caneta própria para registro em papel grau cirúrgico
- Tesoura

7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES

1. Paramentar-se devidamente utilizando os EPIs necessários para o desenvolvimento seguro desta atividade.
2. Diluir o detergente neutro e a água em um balde plástico, observando as orientações do fabricante.
3. Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente.
4. Realizar flush (jato com pressão) utilizando a seringa nos materiais canulados, permitindo assim a ação detergente sobre a parede do lúmen.
5. Enxaguar o tubo com água corrente, usando o mesmo processo anterior para parte interna.
6. Secar os tubos internamente com ar comprimido, conectando-os ao aparelho de nebulização e ligando por 2 minutos ou até se certificar de que não há mais umidade internamente.
7. Enxaguar as demais peças rigorosamente interna e externamente.
8. Deixar escorrer sobre um pano limpo, completar a secagem manualmente se necessário.
9. Em um recipiente opaco e com tampa, diluir o hipoclorito 1% em água (1 litro

de hipoclorito 1% para 3 litros de água ou conforme orientação do fabricante).

10. Imergir todas as peças na solução por 30 minutos. Durante esse período, manter o recipiente opaco vedado para evitar oxidação do produto.
11. Injetar a solução na luz do tubo com ajuda de uma seringa de 20ml.
12. Se certificar de que todas as peças estão imersas na solução.
13. Após 30 minutos, retirar as peças da solução com luvas látex e/ou pinça longa.
14. Enxaguar as peças rigorosamente em água corrente.
15. Injetar água na luz do tubo com a ajuda de uma seringa de 20 ml repetidas vezes.
16. Colocar para escorrer ou secar com pano limpo e seco.
17. Secar os tubos internamente com ar comprimido conectando-os ao aparelho de nebulização e ligando por 2 (dois) minutos ou até se certificar de que não há mais umidade internamente.
18. Guardar as peças montadas, em caixa organizadoras tampadas e identificadas.
19. Desprezar a solução de hipoclorito, enxaguar e secar o recipiente.
20. Manter ambiente em ordem e anotar procedimento em Livro Ata.

TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS UMIDIFICADORES DE OXIGÊNIO

1. Esvaziar os umidificadores, desprezando a solução na pia.
2. Lavar externamente, incluindo a tampa e tubo metálico, com solução de água e detergente neutro usando a esponja de limpeza.
3. Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira
4. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente
5. Deixar escorrer sobre um pano limpo e seco
6. Guardar as peças montadas em caixa organizadora tampada e identificada
7. Anotar procedimento em Livro Ata

TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBÚ

1. Usar corretamente os EPIs.
2. Desmontar o ambú (retirar a máscara e conexões).
3. Limpar a bolsa ventilatória externamente com pano úmido e sabão. *Evitar penetração de água no interior da bolsa*
4. Lavar a máscara e conexões com água e detergente neutro.
5. Enxaguar em água corrente e secar.
6. Montar o ressuscitador e testar, verificando o funcionamento da válvula e se desinsufla facilmente.
7. Guardar as peças montadas em caixa organizadoras tampadas e identificadas.
8. Anotar procedimento em Livro Ata.

TÉCNICA DE LIMPEZA DE ALMOTOLIAS

1. Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia.
2. Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza.
3. Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira.
4. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente.
5. Colocar as almotolias e tampas para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente.
6. Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso.

TÉCNICA DE LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE INSTRUMENTAL (METÁLICOS)

1. Usar corretamente os EPIs.
2. Diluir o enzimático e esperar o tempo mínimo (5 minutos) para a ação do mesmo, ou conforme orientação do fabricante.
3. Separar o material e imergir em solução.
4. Manipular o material cuidadosamente evitando batidas ou quedas.
5. Separar as pinças de pontas traumáticas (Pozzi, Backhaus) e lavá-las, evitando acidentes.
6. Esfregar, um a um, o instrumental imerso em solução provocando fricção em suas junções, reentrâncias, serrilhas, articulações, lumens e superfícies, utilizando as escovas e hastes com cerdas.
7. Observar para que o instrumental mais pesado e maior fique sob os pequenos e leves.
8. Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações.
9. Enxugar as peças com compressa ou pano macio e limpo, em toda a sua extensão, dando especial atenção para as articulações, serrilhas e cremalheiras.
10. Utilizar o papel grau cirúrgico em tamanho adequado ao material, observando a data de validade (data de limite de uso), que deverá ser maior que a data estipulada para o pacote estéril.
11. Colocar o material a ser esterilizado no papel grau cirúrgico. Não deixar apertado para não romper o selamento e possibilitar a penetração do agente esterilizante (vapor saturado sob pressão), durante o processo de esterilização na autoclave.
12. Retirar todo ar do pacote antes da selagem.
13. Posicionar uma das extremidades da embalagem na seladora com o lado do papel para baixo e, o lado plástico para cima.
14. No selamento deverá ser deixada uma borda livre de no mínimo 3 cm da borda, com uma largura de 1cm de selagem, para facilitar a abertura, assim como deve ser íntegra, contínua, sem pregas e rugas.
15. Pressionar o braço da seladora térmica sobre a embalagem até o seu

travamento. Aguardar o sinal sonoro ou até 10 segundos para o tempo de selamento.

16. Levantar o braço da seladora, retirar o pacote selado, verificar a qualidade da vedação.
17. Identificar na borda livre com sigla da unidade, nome do produto, data de esterilização, prazo de validade (06 meses) e nome legível do funcionário que preparou a embalagem.
18. Colar a fita crepe com indicador químico no papel do pacote grau cirúrgico.
19. Colocar material em autoclave conforme orientações POP 39.
20. Registrar procedimento em local próprio (Livro Ata), conforme rotina do IFPI.



8 OBSERVAÇÃO:

- Realizar apenas limpeza das almotolias. Não é necessário a desinfecção de alto nível por ser produto não crítico.
- Realizar limpeza e desinfecção das escovas, imergindo-as em hipoclorito de sódio a 1%, em recipiente plástico opaco, durante 30 minutos. Em seguida, enxaguar, secar e arquivar em local próprio.
- O hipoclorito não é indicado para materiais de metal por ser corrosivo.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Resolução-RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html. Acesso em: 14/01/2024

GRAZIANO, K.U; SILVA, A; PSALTIKIDIS, E. M. **Enfermagem em centro de material e esterilização**. Barueri: Manole, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. **Recuperação anestésica e centro de material e esterilização (SOBECC): práticas recomendadas**. 6 ed. São Paulo, 2013.

10.2 POP 39: Limpeza, desinfecção, teste Bowie Dick e uso da autoclave

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 39 LIMPEZA, DESINFECÇÃO, TESTE BOWIE DICK E USO DA AUTOCLAVE	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 anos	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É o processo de manutenção, conservação e garantia do efetivo funcionamento da autoclave a vapor saturado, visando completa esterilização dos instrumentais utilizados em saúde.			
2 OBJETIVO: Manter o aparelho em perfeito estado de conservação e funcionalidade, garantindo total eliminação de todas as formas de microrganismos prejudiciais à saúde.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Assegurar a perfeita esterilização dos artigos, por meio da adequada circulação do agente esterilizante (vapor saturado sob pressão) na câmara.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • EPIs (luvas látex, touca, sapato fechado, avental impermeável) • Compressas • Água • Detergente neutro • Esponja macia • Álcool 70% • Materiais e instrumentais embalados, identificados e com indicador químico externo (presente na embalagem ou fita crepe indicadora) • Livro Ata com as seguintes informações: data e validade do procedimento, material utilizado, procedimento realizado, assinatura e registo no conselho de classe do profissional executante			
MATERIAL TESTE BOWIE DICK: • Caneta • Pacote para teste Bowie Dick			

- Autoclave (vapor saturado sob pressão)
- Pasta para arquivar resultados do teste

7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA AUTOCLAVE

1. Usar corretamente os EPIs.
2. A autoclave deve estar fria e desligada.
3. Abrir a porta da autoclave e retirar as bandejas da mesma.
4. Limpar a autoclave utilizando compressas embebidas em água e sabão neutro.
5. Passar as compressas embebidas em água limpa, até onde o braço alcançar, passando-as por todas as paredes da frente, laterais e portas.
6. Embeber uma compressa em água e passar por toda a câmara (paredes laterais, superior e inferior), molhando a compressa na água várias vezes, até que toda a autoclave esteja completamente limpa. Evitar que a água escorra no interior do aparelho.
7. Utilizar um pano limpo, macio e umedecido com álcool 70%, para efetuar internamente a desinfecção do equipamento.
8. Observar as instruções de limpeza do aparelho no manual do fabricante.
9. Lavar as peças internas com água e detergente neutro, secá-las e em seguida montar no aparelho.
10. Ligar a autoclave.
11. Registrar procedimento no Livro Ata.

TESTE BOWIE DICK

1. Higienizar as mãos conforme POP 01.
2. Colocar o pacote para teste Bowie Dick em posição horizontal dentro do esterilizador vazio, na parte inferior ou anterior (na direção do dreno), com a etiqueta química para cima.
3. Fechar a autoclave.
4. Selecionar na autoclave a opção correspondente ao ciclo Bowie Dick.
5. Iniciar o ciclo.
6. Retirar o pacote teste ao término do ciclo e aguardar resfriamento do aparelho.
7. Observar o resultado apresentado, comparando-o com os parâmetros fornecidos pelo fabricante.
8. Em caso de resultado insatisfatório, comunicar ao responsável técnico presente e suspender o uso do equipamento.
9. Registrar em documento próprio o resultado apresentado.
10. Registrar em livro ata ou na própria folha resultado, o nome do operador, a hora do teste e em qual autoclave foi realizado.
11. Arquivar em pasta própria a folha do resultado.

12. Após a retirada e armazenamento da folha registro, a embalagem do teste deverá ser desprezada em coletor de resíduos comuns.

UTILIZAÇÃO DA AUTOCLAVE



1. Selecionar o ciclo de esterilização de acordo com a carga de material a ser esterilizado e o manual do fabricante, podendo utilizar ciclos a 121°C, 127°C ou 134°C.
2. Carregar a autoclave, não ultrapassando 70% da capacidade da câmara.
3. Não encostar os pacotes nas paredes.
4. Colocar os pacotes maiores embaixo e os menores em cima.
5. Colocar tesoura e outros materiais articulados abertos na embalagem, para que o agente esterilizante atinja as áreas críticas do artigo.
6. Artigos côncavos devem ser colocados com a abertura voltada para baixo.
7. Deixar um espaço mínimo de 2 cm entre um pacote e outro.
8. Dispor os pacotes embalados em papel grau cirúrgico, colocando sempre o papel voltado para baixo.
9. Atentar para que a parte de papel dos pacotes esteja voltada com o papel de outro pacote e o plástico com o plástico.
10. Entreabrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização.
11. Aguardar 20 minutos para retirar o material.
12. Anotar procedimento em documento próprio (Livro Ata), conforme rotina do IFPI.

8 OBSERVAÇÃO:

- Antes do manuseio da autoclave, observar as orientações do fabricante quanto às peculiaridades do aparelho, obedecendo rigorosamente às instruções de uso.
- Realizar limpeza da autoclave antes da primeira utilização, após uso e/ou após longas interrupções de trabalho.
- Nunca utilizar produtos químicos para limpeza a base de solventes ou o hipoclorito de sódio. Sempre seguir as orientações do fabricante.
- Verificar com o fabricante do esterilizador se o teste Bowie-Dick é recomendado para o tipo de autoclave existente no IFPI.

- O marcador de qualidade (Teste Bowie Dick) deve ser realizado obrigatoriamente na autoclave a vapor saturado, sempre no primeiro ciclo do dia e sempre após a realização de manutenção corretiva preventiva.
- Não retirar pacotes úmidos da autoclave, se confirmada a umidade deve-se verificar se não está ocorrendo falha técnica ao carregar a autoclave (posição dos pacotes, quantidade...) ou excesso de água destilada, entre outros. Se a técnica estiver correta, encaminhar o aparelho para manutenção conforme rotina do IFPI;

9 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (APECIH). **Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde**. São Paulo, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 15/2012**. Brasília, 2012.

10.3 POP 40: Acondicionamento e controle dos materiais esterilizados

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 40 ACONDICIONAMENTO E CONTROLE DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 Anos	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelda de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saude
1 DEFINIÇÃO: É o processo no qual se realiza a estocagem, controle e distribuição dos materiais desinfetados e esterilizados, favorecendo a qualidade e a segurança dos itens utilizados em procedimentos de saúde.			
2 OBJETIVO: Estabelecer os requisitos de boas práticas para o acondicionamento e controle dos materiais críticos e semicríticos que sofreram processo de esterilização e desinfecção de alto nível nos serviços de saúde.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Manter a integridade e a esterilidade dos materiais estocados, até sua utilização pelo setor consumidor.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • EPI's (luvas, máscara, avental, touca, calçado fechado) • Água • Sabão neutro • Pano limpo e seco • Álcool 70% • Armário exclusivo, constituído de material não poroso, resistente à limpeza úmida e ao uso de produtos saneantes • Livro Ata • Caixa organizadora de material rígido, lavável, com tampa, lacre e identificação: "ARTIGO DESINFETADO PARA ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA"			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Usar corretamente os EPIs. 2. Realizar limpeza e desinfecção prévia do armário onde serão arquivados os			

artigos desinfetados e esterilizados utilizando água, sabão neutro, pano limpo e álcool 70% interna e externamente.

3. Arquivar, em prateleira exclusiva a caixa organizadora contendo os artigos para assistência respiratória.
4. Usar técnica asséptica para arquivar o material esterilizado.
5. Manusear os pacotes quando estiverem completamente frios antes de estocá-los ou removê-los da autoclave.
6. Estocar os produtos esterilizados em armário exclusivo e de acesso restrito, em ambiente ventilado, com umidade relativa entre 30% e 60% e temperatura ambiente entre 18º e 25ºC.
7. Estocar os itens estéreis a uma distância de 25 cm do piso, 45 cm do teto e 5 cm das paredes.
8. Não encostar os pacotes estéreis nas paredes do armário.
9. Fazer a estocagem dos pacotes dos artigos de modo a não comprimir, torcer, perfurar ou comprometer a sua esterilidade, mantendo-os longe da umidade.
10. Guardar e distribuir os produtos no estoque obedecendo a ordem cronológica de esterilização, isto é, liberar os mais antigos antes dos mais novos.
11. Efetuar inspeção periódica (mensalmente) dos itens estocados para acompanhamento de qualquer degradação visível.
12. Não colocar na mesma prateleira, pacotes esterilizados junto a artigos desinfetados.
13. Caso o pacote seja aberto e não utilizado, ou apresente dobraduras, perfuração, umidade, alteração na cor, deve-se considerá-lo contaminado, necessitando ser submetido a novo processo de esterilização.
14. Anotar procedimento em Livro Ata.

8 OBSERVAÇÃO:

- A validade da esterilização é hoje considerada indefinida (RDC 15/2012, ANVISA) e deve ser fundamentada em requisitos próprios como: plano de avaliação da integridade e resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento dos pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado.
- Por ser uma instituição de ensino com baixa rotatividade do uso dos materiais estéreis, fica acordado que os produtos esterilizados, se obedecerem a todas as recomendações de preparo e estocagem citados acima, terão validade máxima de 6 (seis) meses.

9 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n. 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html Acesso em: 26/01/2024

11 CATEGORIA 11: REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS E PROVA DO LAÇO

11.1 POP 41: Teste rápido de gravidez (TRG)

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 41 TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ (TRG)	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidelma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saúde
1 DEFINIÇÃO: É um exame para detecção qualitativa rápida do hCG na urina.			
2 OBJETIVO: Identificar o “hormônio da gravidez”, hCG, na urina, além de fornecer todas as orientações e apoio necessário antes e depois do teste.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Contribuir para a qualidade da atenção à saúde escolar.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Teste rápido de gravidez • Luvas de procedimento • Relógio			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Acolher a cliente de forma sigilosa para que se sinta confortável e confiante em realizar o teste e explicar sobre o procedimento a ser realizado esclarecendo quaisquer dúvidas. 2. Orientar a não beber muito líquido antes de realizar o teste, uma vez que, líquidos em grande quantidade podem diluir os níveis de hCG na urina. 3. Higienizar as mãos. 4. Calçar as luvas. 5. Verificar o prazo de validade do teste, mesmo comprado recentemente, é importante garantir que esteja dentro do prazo aceitável. 6. Orientar a cliente a colher a urina, em qualquer hora do dia, em um coletor; mas é preferível usar a primeira amostra da manhã por conter uma			

concentração mais elevada de hCG. Se ainda não estiver com a menstruação em falta, os seus níveis de hCG poderão não ser suficientemente altos para serem detectados em urina mais diluída, entretanto, caso a menstruação esteja em falta, o nível do hCG será suficientemente alto para dar um resultado positivo em qualquer hora do dia, caso esteja grávida.

7. Colocar a fita do teste em contato com a urina por alguns segundos (indicado na caixa do teste) e retirar em seguida.

8. Segurar a fita e cronometrar o tempo de 1 a 5 minutos para o resultado, **conforme o método do fabricante, para obter o resultado.**

9. Atentar aos resultados:

- Duas riscas: resultado positivo, indicando a confirmação da gravidez;
- Uma risca: resultado negativo, indicando que não há gravidez ou que ainda é muito cedo para ser detectada.



OU

Positivo	Tira mais escura ou duas listras
Negativo	Nenhuma alteração ou apenas uma listra
Falso Negativo	Nenhuma alteração ou apenas uma listra

10. Alertar a cliente:

- O teste rápido de gravidez poderá resultar como falso negativo, pois apesar do resultado ser aparentemente negativo, um novo teste deverá ser realizado após 5 dias, para confirmação do resultado.
- Nos casos em que o teste deu resultado negativo, mesmo após ser refeito após 3 ou 5 dias, e a menstruação continuar atrasada, deve-se marcar uma consulta com um ginecologista para verificar a causa do problema e iniciar o tratamento adequado.

11. Descartar o material em local apropriado.

12. Higienizar as mãos.

13. Realizar o registro de enfermagem.
14. Conversar com a cliente sobre o resultado do exame e o desejo da gravidez.

TRG Negativo – não deseja a gravidez

- Perguntar se a relação sexual ocorreu com ou sem consentimento.
- Realizar orientação imediata de planejamento reprodutivo, inclusive com a entrega imediata de insumos/medicamentos, conforme preconizado pelo Cadernos de Atenção Básica nº 26 - Saúde Sexual e Reprodutiva.
- Orientar para realização de testes rápidos (sífilis, HIV e hepatites B e C) na Unidade Básica de Saúde - UBS.

TRG Negativo – deseja a gravidez

- Orientar, dependendo do caso, para consulta de planejamento reprodutivo e realização de testes rápidos (sífilis, HIV e hepatites B e C) disponíveis nas UBS.
- Prescrever e orientar sobre o uso do ácido fólico, conforme preconizado pelo Cadernos de Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: no item “concepção e infertilidade”.

TRG Positivo – deseja a gravidez

- Orientar a iniciar a rotina de pré-natal e reforçar o convite para participação do parceiro durante as consultas, favorecendo o engajamento deste em ações educativas e preventivas.

TRG Positivo – não deseja a gravidez

- Perguntar se a relação sexual ocorreu com ou sem consentimento;
- Orientar sobre os direitos acerca da gestação: atenção ao pré-natal, assistência ao parto e ao nascimento, licença-maternidade e encaminhar para orientações com assistente social do IFPI.
- Encaminhar à psicóloga do IFPI para mediação de conflitos familiares decorrentes da gravidez não planejada, em que o fator familiar é determinante para a não aceitação da gravidez.
- Alertar acerca do risco de práticas caseiras para a interrupção da gravidez.
- Orientar os devidos sinais e sintomas de alerta, no caso de práticas inseguras: febre, calafrios, hemorragia, dor abdominal, dor no baixo ventre, secreção vaginal com odor fétido, dor ao urinar. Ressaltar a importância de procurar o serviço de saúde mais próximo, caso apresente quaisquer desses sintomas.

8 OBSERVAÇÕES:

- O diagnóstico de gravidez não deve se basear somente no resultado do TRG, mais na correlação do resultado do teste laboratorial com os sinais e sintomas clínicos.
- O TRG deverá ser feito a partir do 3º ao 5º dia após o atraso menstrual, pois neste período os níveis do
- hormônio beta HCG estão maiores e mais fáceis de serem detectados.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na atenção básica**: guia técnico. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/Miolo-Teste-R%C3%A1pido-de-Gravidez.pdf>. Acesso em: 10/01/2024

COMO fazer um teste de gravidez? 2020. Disponível em: <https://pt.clearblue.com/testes-de-gravidez/como-fazer-um-teste-de-gravidez>. Acesso em: 19/12/2023

LABTEST DIAGNÓSTICA. **Betatest plus**: instruções de uso. 2007. Disponível em: https://labtest.com.br/wp-content/uploads/2016/09/Ref_14_RevJaneiro2007_Ref050216_Port.pdf. Acesso em: 10/12/2024

SABARENSE, B. **Teste de gravidez de farmácia**: saiba a hora certa para fazer. 2019. Disponível em: <https://www.metropoles.com/saude/teste-de-gravidez-de-farmacia-saiba-a-hora-certa-para-fazer#:~:text=Para%20fazer%20o%20teste%20de%20gravidez%20que%20se%20compra%20na,pia%20do%20banheiro%20e%20espere>. Acesso em: 12/12/2023

11.2 POP 42: Prova do laço

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 42 PROVA DO LAÇO	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS	Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Cidélma de Fatima Custodio	Gestora Municipal de saude
1 DEFINIÇÃO: Conhecida também como prova do torniquete, prova de <i>Rumpel-Leede</i> ou teste de fragilidade capilar, é um exame rápido realizado em casos suspeitos de dengue, que ajuda a identificar o risco através da fragilidade dos vasos sanguíneos que estão aumentados no decorrer da doença.			
2 OBJETIVO: Identificar a fragilidade dos vasos sanguíneos e a tendência ao sangramento, comum em casos de dengue.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Otimizar o atendimento e contribuir para a qualidade da atenção à saúde.			
4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos <i>campi</i> .			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • EPIs • Caneta • Esfigmomanômetro • Régua • Relógio			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Perguntar ao cliente se está apresentando: - Sangramento espontâneo (gengivorragia, epistaxe...); - Sinais de alarme: dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico), hipotensão postural e/ou lipotímia, hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal, sangramento de mucosa, letargia e/ou irritabilidade, aumento progressivo do hematócrito. - Sinais de choque: taquicardia, extremidades distais frias, pulso fraco e filiforme, enchimento capilar lento (>2 segundos), pressão arterial convergente (< 1,5 ml/kg/h), hipotensão arterial, cianose (fase tardia do choque).			

Nestes casos, **NÃO** deverá ser realizada a prova do laço!

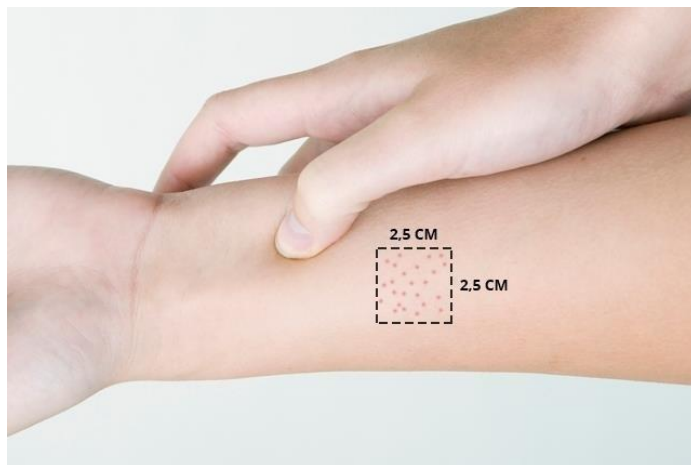
2. Explicar ao cliente sobre o procedimento a ser realizado, importância e objetivos, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução.
3. Higienizar as mãos (POP 01).
4. Colocar os EPIs e deixar o cliente em posição confortável.
5. Verificar a pressão arterial e em seguida calcular o valor médio da pressão arterial, utilizando a fórmula: $(PAS+PAD) / 2$.

Exemplo de cálculo da PA média:

PA= 100x60 mmHg

$100 + 60 = 160 \div 2 = 80 \text{ mmHg}$ (valor médio)

6. Insuflar novamente o manguito até o valor médio encontrado e manter por 5 minutos em adultos ou até o aparecimento de petéquias ou equimoses. A prova do laço pode ser interrompida quando apresentar positividade antes do tempo preconizado.
7. Desinsuflar o manguito, desenhar um quadrado de 2,5 cm de lado no antebraço do cliente, contar o número de petéquias no quadrado e avaliar o resultado: a prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias.



8. Atentar para o surgimento de possíveis petéquias em todo o braço, antebraço, dorso das mãos e nos dedos.
9. Higienizar as mãos.
10. Realizar anotação de enfermagem.
11. Orientar o cliente ou, se menor, contactar com o responsável, conforme resultado:
< 20 petequias: alertar o cliente para o agravamento dos sinais e sintomas.
> 20 petequias: procurar o serviço de saúde para confirmação do diagnóstico.

8 OBSERVAÇÕES:

- A prova do laço, frequentemente, pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque.
- Não confirma diagnóstico, mas ajuda no estadiamento e conduta clínica.

- A prova do laço só deverá ser repetida no acompanhamento clínico do cliente, caso a avaliação anterior tenha sido negativa.

09 REFERÊNCIAS

ASSIS, D. O. de. **POP de prova do laço**. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/48266585/pop-de-prova-do-laco>. Acesso em: 16/01/2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico adulto e criança**. 5. ed. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/14/dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf>. Acesso em: 20/01/2024

PREFEITURA DE MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de atenção à saúde. Coordenação geral de atenção primária. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem para as Unidades Básicas de Saúde (UBS)**. Maceió, AL, 2018. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/pdf/2018/11/MANUAL-POP-VERS%C3%83O-13-de-agosto.pdf>. Acesso em: 15/01/2024

REIS, M. **Prova do laço: o que é, para que serve e como entender o resultado**. 2020. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/prova-do-laco/>. Acesso em: 16/01/2024

POP 43: ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE ACOLHIMENTO DO PACIENTE NA UBS

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE ACOLHIMENTO DO PACIENTE NA UBS	Versão	1.0
		Data de Aprovação	01/02/2024
VALIDADE 03 Anos	Elaborado por: Michele Crisitna Seco Enfermeira COREN-PR 218495	Revisado por: Cidelma de Fatima Custodio	Aprovado por: Gestora Municipal de saude
1 DEFINIÇÃO: É o processo de acolhimento que tem como objetivo a qualidade e a segurança de garantir atendimento de qualidade e humanizado aos usuários.			
2 OBJETIVO: Identificar a população residente no território de abrangência UBS, receber, escutar e acolher o usuário com escuta ativa, visando atender suas necessidades básicas, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário.			
3 RESULTADOS ESPERADOS: Garantir a qualidade e a segurança de garantir atendimento de qualidade e humanizado aos usuários.			
4 EXECUTANTE: Todos os profissionais da equipe saúde da família			
5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os pontos de atenção da unidade de saúde			
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: • Computador • Equipamentos de triagem • Sistema de informação			
7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Atender o paciente em um ambiente privativo, com ambiência, permitindo o diálogo e a resolubilidade do problema; 2. Utilizar uma escuta ampliada buscando identificar o motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido; 3. Observar, reconhecer e descrever em prontuário sinais e sintomas; 4. Caso não seja enfermeiro ou médico, comunica-los quando o motivo da procura ao serviço for uma queixa, sinal ou sintoma que necessite de atendimento;			

5. Referenciar e/ou encaminhar o paciente de acordo com a necessidade avaliada;
6. Agendar retornos, se necessário; 7. Realizar as orientações;

Cabe ao profissional administrativo da UBS:

1. Preencher todos os dados pessoais do usuário no prontuário;
2. . Acrescentar sempre que necessário, folha de continuação e anexar ao prontuário;
3. Atualizar o cadastro dos indivíduos no sistema de informação.

Cabe ao técnico de enfermagem ou enfermeiro da UBS:

1. Realizar aferição dos Sinais Vitais (SSVV) e das medidas antropométricas;
2. Registrar, assinar, datar e colocar o horário da verificação dos SSVV no prontuário;
3. Preencher a Ficha de Procedimentos;
4. Registrar as informações no sistema de informação.

Cabe exclusivamente ao enfermeiro da UBS:

1. Supervisionar o acolhimento realizado pelo técnico de enfermagem;
2. Receber os pacientes que procuram o serviço com queixa, sinal ou sintoma, realizar acolhimento qualificado e, quando necessário, consulta de enfermagem, assim como proceder os encaminhamentos necessários;
3. Registrar em prontuário o atendimento;
4. Preencher a Ficha de Atendimento Individual e de procedimento;
5. Registrar as informações no sistema de informação.

Cabe ao médico da UBS:

1. Receber os pacientes que procuram o serviço com queixa, sinal ou sintoma, na ausência do enfermeiro;
2. Realizar acolhimento qualificado de demanda espontânea, e, quando necessário, consulta de enfermagem, assim como proceder aos encaminhamentos necessários;
3. Preencher a Ficha de Atendimento Individual e de procedimento;
4. Registrar em prontuário o atendimento;
5. Alimentar o sistema de informação

8 REFERÊNCIA

Referência: Brasil. Acolhimento à demanda espontânea. Cad. Saúde Pública [online]. 2013. 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.

8 OBSERVAÇÃO:

- A validade da esterilização é hoje considerada indefinida (RDC 15/2012, ANVISA) e deve ser fundamentada em requisitos próprios como: plano de avaliação da integridade e resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento dos pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado.
- Por ser uma instituição de ensino com baixa rotatividade do uso dos materiais estéreis, fica acordado que os produtos esterilizados, se obedecerem a todas as recomendações de preparo e estocagem citados acima, terão validade máxima de 6 (seis) meses.

