

PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

MANUAL DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

REGIMENTO, NORMAS, ROTINAS, PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO E PROTOCOLOS

Versão 3 – Maio de 2021



Equipe Versão 1/2016

Prefeito de Pelotas

Eduardo Figueiredo Cavalheiro Leite

Secretária de Saúde

Arita Gilda Hubner Bergmann

Diretora de Ações em Saúde

Eliédes de Freitas Ribeiro

Organizadores

Enfª Dda. Carla Luciane dos Santos Borges Enfª Esp. Patrícia de Souza Corrêa Batista

Colaboradores

Enfermeiros atuantes na rede de Atenção Básica do Município de Pelotas.

Validação

Conselho Regional de Enfermagem RS Subsecção Pelotas

Equipe Versão 2/2020

PREFEITO

Paula Schild Mascarenhas

Secretária Municipal de Saúde

Roberta Paganini Lauria Ribeiro

Diretoria de Atenção Primária

Cristina Toledo Vetromila

Organizadores

Enfª. Dda. Carla Luciane dos Santos Borges Enfª. Esp. Patrícia de Souza Corrêa Batista Enfª. Esp. Nívia Raquel de Vargas Bosenbecker

Colaboradores

Enfermeiros atuantes na rede de Atenção Básica do município de Pelotas.

Validação

Conselho Regional de Enfermagem RS/ Subsecção Pelotas

Equipe Gestão-Versão 3/2021

Prefeita de Pelotas

Paula Schild Mascarenhas

Secretária de Saúde

Roberta Paganini Lauria Ribeiro

Departamento de Planejamento

Cairo Ezequiel Mayer Raquel Viégas Elias

Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva

Luciana Nunes Soares Caroline Vasconcellos Lopes

Diretoria de Atenção Primária

Marine Baltassare Laroque

Responsável Técnico Enfermagem APS

Luciana Nunes Soares

Equipe de Elaboração

Autoria

Enf. Luciana Nunes Soares Enf. Caroline Vasconcellos Lopes Acad. Enf. Isadora Nunes Fernandes

Supervisão Técnica

Enf. Patrícia de Souza Corrêa Batista Enf. Nívia Raquel de Vargas Bosenbecker Enf. Natália Rosiely Costa Vargas Enf. Charlise Schwantz de Lima Enf. Tamires Stifft Radtke Enf. Carmem Rosane da Silva Viegas

Apoio na elaboração e revisão

Enf. Adriane Calvetti Acad. Enf. Andrezza Daiprai Acad. Enf. Angela Sabrina da Silva Vilela Enf. Camila Timm Bonow Acad. Enf. Daniel Costa Schwanck Acad, Enf. Daniela Blank Barz Acad. Enf. Graziela da Silva Schiller Acad. Enf. Izaura de Oliveira Enf.Jamile Lais Bruinsma Acad. Enf. Karine Farias Brum Acad. Enf. Larissa Bierhals Acad. Enf. Larissa Sell Peter Enf. Lieni Fredo Herreira Acad. Enf. Suelen Visniewski Barbosa Acad. Enf. Vitória Peres Treptow Acad. Enf. Thanize do Nascimento Ferreira

Validação

Conselho Regional de Enfermagem RS/ Subsecção Pelotas Enf. Camila Almeida

APROVAÇÃO

Declaramos aprovado o presente Manual do Serviço de Enfermager da Atenção Primária em Saúde de Pelotas
Autorizamos a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

Roberta Paganini Lauria Ribeiro Mariane Baltassare Laroque Secretária Municipal de Saúde Diretora de Atenção Primária

Luciana Nunes Soares
Enfermeiro Responsável Técnico

Homologado em:

Validado até:

Sumário

CAPÍTULO 1: REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NA APS	07
Dados da identificação da unidade de saúde	08
INTRODUÇÃO	08
Da filosofia	09
Da finalidade	10
Da estrutura organizacional	11
Da composição	12
Competências do serviço de enfermagem	16
Do pessoal e suas atribuições	17
Dos requisitos para admissão, avaliação e desligamento	21
Do horário de trabalho	23
CAPÍTULO 2: NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NA APS	27
NR Número 1 - Visita COREN	
NR Número 2 - Escala mensal do serviço de enfermagem	29
NR Número 3 - Regras de biossegurança: Apresentação pessoal	
NR Número 4- Higienização das mãos	31
NR Número 5- Fricção antisséptica das mãos	33
NR Número 6- Uso de equipamentos de proteção individual	34
NR Número 7 - Visita domiciliar	44
NR Número 8 - Limpeza e desinfecção de superfícies e artigos	46
NR Número 9 - Limpeza e desinfecção de ambientes	50
NR Número 10 - Descarte de materiais de uso descartável	
NR Número 11 - Organização dos consultórios clínicos e de enfermagem e sala de procedimentos	
NR Número 12 - Sala de preparo e esterilização de produtos para a saúde	
NR Número 13- Métodos de monitoramento da esterilização	
NR Número 14 - Conduta imediata em casos de acidente com material biológico	61

Sumário

CAPÍTULO 3: PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO-POPS DO SERVIÇO DE ENFERMAGIAPS	
APS POP Número 01 - Frequência cardíaca	
POP Número 03 - Frequência respiratória	
· ·	
POP Número 03 - Glicemia Capilar Periférica – HGT	
POP Número 04 - Aferição de Pressão Arterial	
POP Número 05 - Aferição de Temperatura	
POP Número 06 - Avaliação da Dor	
POP Número 07 – Curativos	
POP Número 08 - Administração de Medicamentos - Geral	
POP Número 09 - Administração de Medicamentos - Via Intramuscular	
POP Número 10 - Administração de Medicamentos - Via Subcutânea	
POP Número 11 - Administração de Medicamentos - Via Intravenosa	
POP Número 12 - Administração de Medicamentos - Via Intradérmica	
POP Número 13 - Administração de Medicamentos - Via Oral	90
POP Número 14 - Retirada de Pontos de Sutura	91
POP Número 15 - Atendimento na Sala de Inalação	93
POP Número 16 - Coleta Teste Imunológico de Gravidez Urinário	95
POP Número 17 - Coleta de Citologia Oncótica (Papanicolau)	100
POP Número 18 - Medida de Estatura	109
POP Número 19 - Medida de Peso	111
POP Número 20 - Coleta de Teste do Pezinho	114
POP Número 21 - Cateterismo Vesical de Alívio	116
POP Número 22 - Cateterismo Vesical de Demora	118
POP Número 23 - Coleta de Escarro para Baciloscopia de Tuberculose	
POP Número 24 - Testes Rápidos para Hepatite B e C, Sífilis e HIV por punção digital	
POP Número 25 - Exames de Eletrocardiograma Telecardiologia	
POP Número 26 - Organização e Funcionamento da Sala de Vacinas	



REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NA APS



DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

1. Razão Social: PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS

2. Nome Fantasia: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3. Entidade Mantenedora: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

4. CNPJ: 87.455.531/0001-57

5. Natureza: PÚBLICA 6. Telefone: 32847782

7. Endereço: Rua Lobo da Costa, 1764 - 96015-010 PELOTAS, RS

8. E-mail: sms.ubspelotas@gmail.com

9. Representante Legal da Instituição: Roberta Lauria Paganini Ribeiro - SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

10. Enfermeiro Responsável Técnico: Luciana Nunes Soares

11. Especialidade que atende: Atenção Básica

12. Total de leitos: ZERO (NÃO SE APLICA AO ESTABELECIMENTO)

13. Convênio que oferece a população: Atenção Integral do SUS

INTRODUÇÃO

A atenção básica, na rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, atua dentro do modelo de atenção regido pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), descritos na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, regulamentadas pelo Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011.

A organização da Atenção Básica na rede de serviços da SMS do Município de Pelotas fundamenta-se nas diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que define Atenção Básica como "o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária".

A equipe de enfermagem nos serviços de atenção básica na rede da SMS é composta pelos profissionais Enfermeiras/Enfermeiros, Técnicas/Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem e integra a equipe multiprofissional atuante nesses serviços

DA MISSÃO

Art. 1º: Proporcionar uma assistência interdisciplinar de excelência e humanizada à população, de forma universal, integral, igualitária, de acordo com suas necessidades biopsicossociais, qualificando a assistência prestada à comunidade.

DA FILOSOFIA

- Art. 2º: Prestar assistência de enfermagem respeitando os princípios éticos e legais da profissão, visando o comprometimento e dever para com os usuários; trabalhar de acordo com o Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme Resolução COFEn Nº. 564/2017.
- § 1º As ações do serviço de enfermagem são pautadas a partir de princípios básicos de conduta, são eles:
- I Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e de qualidade, as quais isentem a equipe de processos ético-disciplinares, administrativos ou de ação judicial civil e/ou penal;
- II Desenvolvimento de atividades de enfermagem respaldadas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conhecimento técnico e científico, bem como em consonância com as necessidades humanas básicas dos usuários;
- III Planejamento das atividades de enfermagem de acordo com as necessidades da unidade e dos servidores;
- IV Coerência e transparência presente nas ações de enfermagem desenvolvidas na unidade:

- V Registros de enfermagem de forma clara e objetiva;
- VI Capacitação e atualização permanente dos conhecimentos científicos e tecnológicos da equipe de enfermagem e saúde.

DA FINALIDADE

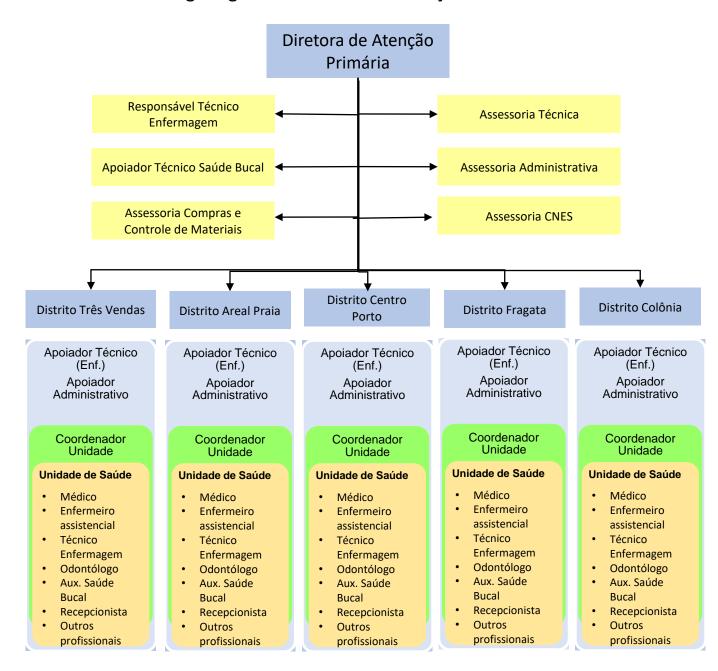
- Art. 3º: Organizar, orientar e documentar todo o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando sua missão, que é o compromisso e o dever dos profissionais da enfermagem para com os usuários.
- § 1º O Serviço de Enfermagem tem por finalidades:
- I Promover a saúde e a qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde, de modo a cumprir com os princípios que o norteiam;
- II Planejar, organizar, supervisionar e executar todas as atividades de enfermagem pertinentes a unidade, em consonância com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, bem como demais Legislações vigentes;
- III Atuar junto com a equipe multiprofissional e interdisciplinar de saúde nas ações de gestão, assistência, ensino e pesquisa;
- IV Manter o intercâmbio com a Rede de Atenção à Saúde para otimização do atendimento;
- V Proporcionar oportunidade de formação e desenvolvimento da equipe de saúde, com o intuito de garantir a excelência da qualidade assistencial e a valorização profissional;
- VI Avaliar continuamente o dimensionamento do pessoal de enfermagem atuando junto à Direção de Ações em Saúde, no sentido de manter quadro de pessoal adequado ás necessidades do serviço;
 - § 2º São Princípios Doutrinários do Sistema Único de Saúde:
 - I Universalidade;
 - II Equidade;
 - III Integralidade.

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 4º: O Serviço de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde, da Prefeitura Municipal de Pelotas, está subordinado a Diretoria de Atenção Primária e será conduzido por Enfermeiro da unidade.



Organograma Diretoria de Atenção Primária - DAP



DA COMPOSIÇÃO

- Art. 5º: A equipe de saúde que compõe o Serviço de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde está assim classificada:
- I Enfermeiro Apoio Técnico / Responsável Técnico
- II Enfermeiro Estratégia Saúde da Família ESF
- III Enfermeiro Assistencial

IV – Técnico de Enfermagem

V – Auxiliar de Enfermagem

O atendimento de Enfermagem de Secretaria Municipal de Saúde é constituído dos seguintes serviços:

Unidade	Endereço	Telefine	Horário de Funcionamento						
Arco Íris	Av. Dam. Dibas, 500	227 6202	7:30 às 11:30						
ESF	AV. Pery Ribas, 523	Av. Pery Ribas, 523 3277 6203							
Areal I UCPeL	Rua: Apolinário de Porto Alegre,	3278 3531	8h às 12h						
ESF	290	3270 3331	13h às 17h						
Areal Fundos UFPel	Av. Domingos José de Almeida,	32279949	8h às 12h						
ESF	4265	32213949	13h às 17h						
Barro Duro	Droop Aratiba 12	2226 0070	8h às 12h						
ESF	Praça Aratiba, 12	3226 9979	13h às 17h						
Balsa	João Tomaz Munhoz, 270	3272 2077	07:30 às 13:30h						
Bom Jesus/Leocádia	Av Itália 250	3228 9364	07:30 às 11:30						
ESF	Av. Itália, 350	3220 9304	13h às 17h						
CAIC Pestano UCPEL	Av. Leopoldo Brod, 3220	3273 6603	8h as 12:00						
ESF	Av. Leopoldo Biod, 3220	3273 0003	13:00h às 17:00h						
Cascata	5º Distrito	3277 5108	07:30 às 17:30						
TRADICIONAL	o Biotino	0277 0700	07.00 do 17.00						
Cerrito Alegre									
FOF	3º Distrito	3277 7054	8h às 15h						
ESF Cohab Fragata			7h30 as 11h30 -						
ESF	Paulo Simões Lopes, 230	3271 9425	13h30 as 17h30						
Cohab Guabiroba			07:30 às 11:30						
ESF	Rua: Arnaldo da Silva Ferreira, 352	3278 9733	13:30 às 17:30						
			8h às 13h						
UBAI Lindóia	Av. Ernani Osmar Blaas, 344	3283 1414	13h às 18h						
			18:00 às 23:00h						
Cohab Pestano	Av. Loopolde Dred 2007	8h às 11:30							
ESF	Av. Leopoldo Brod, 2297	3283 1841	13:30 às 17:30						

Unidade	Endereço	Telefine	Horário de Funcionamento						
Colônia Maciel	8º Distrito	3224 6053	8h às 12h						
ESF	o Distillo	3224 0033	13h às 17h						
Colônia Osório	4º Distrito	3277 4172	08:30 às 12h						
ESF	4° DISTINO	3211 4112	13h às 15:30						
Colônia Triunfo	00 Diatrita	2277 0720	07:45 às 11:45						
ESF	8º Distrito	3277 9720	12:45 às 16:45						
Colônia Z-3	Rua: Rafael Brusque, 147	3226 0418	07:30 às 15:30						
ESF									
Corrientes	Br 116	3274 66 05	8h às 15h						
ESF	DITIO	3274 00 03	OII as TOII						
Cordeiro de Farias	5º Distrito	3224 7309	07:30 às 15h						
ESF	o bistiito	0224 1005	07.50 45 1511						
CSU Cruzeiro	Rua: Barão de Itamaracá, 690	3279 2609	07:30 às 13:30						
TRADICIONAL	rad. Baido de italificada, 000	0270 2000	13:30 às 19:30						
CSU Areal UFPel	Rua: Guararapes, 50 a	3228 3488	8h às 12h						
ESF	rtua. Guararapes, 50 a	3220 3400	13h às 17h						
Dom Pedro I	Rua: Ulisses Batinga, 749	3271 3383	07:30 às 11:30						
ESF	Nua. Olisses Daliliga, 149	327 1 3303	13:30 às 17:30						
Dunas	A 4 O (A)O	0000 4000	07:30 às 11:30						
ESF	Av.: 1 S/Nº	3228 4666	13h às 17h						
Fátima UCPel	D D I T ' 100	0000 4000	8h às 12h						
ESF	Rua: Baldomero Trápaga, 480	3222 4028	13h às 17h						
Fraget	Rua: 3 n.º 81 - Vila Real	3221 3500	07:30 às 22h						
TRADICIONAL	Rua. 3 II.º 01 - VIIa Real	3221 3300	07.30 as 2211						
Getúlio Vargas	Rua: 7 n.º184	3283 3768	8h às 12h						
ESF	Nua. 1 11. 104	3203 3700	13h às 17h						
Grupelli	7º Distrito	2224 5044	9h às 12h						
ESF	ווווט וויים די	3224 5011	13h às 15h						
Jardim de Allah	Av. Fernando Osório, 7430	3283 3769	07:30 às 13:30						
TRADICIONAL	7. 1 Gillando Osolio, 1400	3203 3703	07.30 as 13.30						
Laranjal	Rua: São Borja, 683	3226 4488	09:15 às 12h						
ESF	Nua. Sau Dulja, 003	3220 4400	13:15 às 17h						

Unidade	Endereço	Telefine	Horário de Funcionamento					
Leocádia	Davi Canabarro, 890	3282 2476	8h às 17h					
Monte Bonito	9º Distrito	3277 3273	8h às 15h					
ESF	95 DISTIILO	3211 3213	OII dS 1011					
Navegantes			8h às 12h					
ESF	Rua: Darcy Vargas, 212	3279 4627	13h às 17h					
			16h às 20h					
Obelisco	Rua: Francisco Ribeiro Silva, 505	3282 2477	8h às 12h					
ESF			13h às 17h					
Osório (loteamento) UCPel	Barão de Mauá, 217	3278 3211	07:30h às 16:30h					
PAM - Fragata	Av. Pinheiro Machado, 168	3221 0362	7h às 19h					
TRADICIONAL	Av. Fillileilo iviacriado, 100	3221 0302	711 d5 1911					
Pedreiras	9º Distrito	3277 3272	07:30h às 12h					
ESF	9° DISTIILO	3211 3212	13h às 16:30					
Posto Branco	VILA PRINCESA	VILA PRINCESA	VILA PRINCESA					
Puericultura/Balsa	Rua: João Pessoa, 240	3222 3669	07:30 às 13:30					
TRADICIONAL	Nua. 30a0 F essoa, 240	3222 3009	13:30 às 17:30					
Py Crespo UCPel			8h às 20h					
ESF	Rua: Marques de Olinda, 1291	32230823	*Quinta-feira: Fecha - 12h às 14					
Sanga Funda	Rua: Ildefonso Simões Lopes, 5225	3274 3266	8h às 12h					
ESF			13h às 17h					
Sansca	Rua: Dr. Amarante, 919	3222 7980	8h às 12h					
ESF	Trad. Dr. Amaranto, 515	0222 T 000	13h às 17h					
Salgado Filho	Av. Calmada Filha, 040	2202 6202	07:20 às 40:20					
TRADICIONAL	Av. Salgado Filho, 912	3283 6202	07:30 às 19:30					
Santa Silvana Santa Silvana TRADICIONAL	6º Distrito	3277 8043	8h as 12h					
Santa Terezinha	Dua 0% - M. 105	00007500	07:30 às 11:30h					
ESF	Rua São Miguel,05	32837509	13:30 às 17:30					

Unidade	Endereço	Telefine	Horário de Funcionamento						
Simões Lopes/Lot. Osório	Av. Viscondessa da Graça, 107	3225 8008	07:30 às 11:30						
ESF	Av. Viscolidessa da Giaça, 107	3223 6006	13:30 às 17:30						
Sítio Floresta	Rua Ignácio Teixeira Machado, 299	07:30 às 11:30 lgnácio Teixeira Machado, 299 3278 9188							
ESF	Trua Igriacio Teixeira Macriado, 299	3270 9100	13:30 às 17h						
União de Bairros UCPEL	RUA 1, S/N loteamento dos	32781089	8h às 12h						
ESF	municipários	32761069	13h às 17h						
Vila Municipal UFPel	Duo, Luciano Caileti, 600	22027626	8h às 12h						
ESF	Rua: Luciano Gaileti, 600	32837626	13h às 17h						
Vila Nova	70 Dietrite	2224 7275	0h oo 15h						
ESF	7º Distrito	3224 7275	8h as 15h						
Vila Princesa	Rua: 4 n.º 3205	3278 1564	8h às 12h						
ESF	Rua. 4 II. 3205	3270 1304	13h às 17h						
Virgílio Costa	Dura Emitéria Dancas 4004	2274 0745	07:30 às 11:30						
ESF	Rua: Epitácio Pessoa, 1291	3271 0715	13:30 às 17:30						

COMPETÊNCIAS DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Seção I

Diretoria de Atenção Primária

Art. 6º A Diretoria de Atenção Primária tem a seguintes competências:

- a) Representar o Corpo de Enfermagem administrativamente;
- b) Nomear os supervisores, chefias das unidades e/ ou outros cargos do Quadro de Enfermagem:
- c) Desenvolver uma metodologia administrativa de trabalho capaz de gerar recursos que viabilizam o planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de pessoal nas unidades básicas de saúde.

Seção II

1. Unidades Básicas de Saúde

São unidades utilizadas para realização de atendimento de Atenção Básica e integral a uma população de forma programada ou não nas especialidades básicas.

Art. 7º As Unidades Básicas de Saúde têm as seguintes competências:

- a) Proporcionar assistência integral e personalizada aos clientes considerando suas necessidades biopsicossomáticas;
- b) Sistematizar o processo de trabalho conforme necessidade do usuário, competência técnica, funcional e capacidade de desempenho seguro para o profissional e o usuário.

DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8º O Quadro funcional do Serviço de Enfermagem da instituição possui a seguinte ordem hierárquica:

- a) Enfermeiro Responsável Técnico
- b) Enfermeiro Apoiador Técnico
- c) Enfermeiro Estratégia Saúde da Família ESF /Enfermeiro Assistencial
- d) Técnico de Enfermagem/ Auxiliar de Enfermagem.

Seção I

Enfermeiro Responsável Técnico

Art. 9º - Ao enfermeiro Responsável Técnico compete:

- a) Caracterizar o Serviço de Enfermagem por meio de Diagnóstico Situacional e consequente Plano de Trabalho;
- b) Intermediar junto a Diretora de Atenção Primária a organização do Serviço de Enfermagem de acordo com a especificidade da instituição e fazendo cumprir o Regimento do Serviço de Enfermagem, que deve estar atualizado e ser de conhecimento de todos os Profissionais de Enfermagem;
- c) Participar proativamente em projetos de reforma ou construção de unidade ou serviços.
- d) Reunir-se periodicamente com as enfermeiras apoiadoras técnicas para acompanhamento do processo de supervisão técnica dos serviços;

- a) Manter a atualização e capacitação em relação ao Manual de Enfermagem;
- b) Dimensionar a equipe de enfermagem, junto com a diretoria de atenção primária, considerando competência técnica, funcional e capacidade operacional;

Seção II Enfermeiro Apoiador Técnico

Art. 10º - Ao enfermeiro Apoiador Técnico compete:

- a) Contribuir para a atualização e capacitação em relação ao Manual de Enfermagem;
- b) Realizar supervisão técnica das Unidades Básicas de Saúde em relação ao cumprimento do Regimento, Normas, Rotinas e Pops;
- c) Realizar reuniões periódicas com Equipe de Enfermagem, com registro em Ata;
- d) Acompanhar os indicadores da Atenção Primária e estabelecer ações para atendimento das metas pactuadas;
- e) Receber e arquivar a Escala de Trabalho Mensal dos Profissionais de Enfermagem;
- f) Manter registro das atividades administrativas e técnicas de Enfermagem, devidamente assinadas, com número de inscrição no COREN e carimbo individual e / ou institucional conforme a DECISÃO COREN-RS 115/2006;
- g) Apoiar as equipes no que se refere as condições de trabalho (material de enfermagem, manuais, equipamentos) necessários para atuação profissional;
- h) Manter atualizado o cadastro das equipes no CNES;
- i) Apoiar os enfermeiros assistenciais na Sistematização da Assistência de Enfermagem;

Seção III - Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF)/ Enfermeiro Assistencial

Art. 11º Ao Enfermeiro da ESF /Assistencial compete:

- a) Contribuir para a organização, gerenciamento e funcionamento dos serviços de enfermagem, em sua forma assistencial e administrativa;
- b) Colaborar na elaboração do mapeamento e definição de áreas prioritárias para implantação da Estratégia Saúde da Família;
- c) Planejar e executar capacitações, seminários e cursos, entre outros, visando promover Educação Permanente dos profissionais de Enfermagem;
- d) Participar das reuniões do núcleo da Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);
- e) Executar avaliação e supervisão técnica dos servidores, sob sua responsabilidade técnica em parceria com os demais coordenadores, inclusive participando e ou solicitando abertura de processo sindicante;

- f)Aplicar penalidades conforme regimento da instituição, aos servidores que não executarem suas funções de acordo com os preceitos éticos e legais da profissão, e /ou que não se adequarem as condutas estabelecidas no Estatuto dos Servidores Público Municipal;
- g)Auxiliar junto as Vigilâncias Epidemiológicas e Ambiental nas ações de saúde voltadas a população;
- h)Organizar, em conjunto com os demais coordenadores, escalas de férias, folgas e dispensas de servidores;
- i)Colaborar com as demais coordenações no desenvolvimento das ações de saúde;
- j) Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da atuação da enfermagem nos Programas de Saúde na ESF;
- l) Contribuir para a implementação de diretrizes e protocolos de enfermagem e Sistematização no Processo de Enfermagem na atenção básica;
- m) Colaborar na atualização da documentação dos funcionários sob a responsabilidade técnica, junto ao Responsável Técnico do COREN da SMS;
- n) Atender solicitações e demandas do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) exercício profissional (COREN);
- o) Elaborar relatórios para subsidiar a tomada de decisão por parte do Gestor Municipal de Saúde;
- p) Monitorar e suprir os recursos materiais e de consumo (equipamentos, materiais e artigos médico-hospitalares e medicamentos) necessário à assistência ao usuário;
- q) Assegurar ao cliente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência;
- r) Respeitar e reconhecer o direito do usuário de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar; Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do usuário;
- s) Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em lei; Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento do usuário e família sobre o seu estado de saúde e tratamento, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer;

- t)Acompanhar os estágios curriculares realizados por Acadêmicos, de Enfermagem na unidade;
- u)Cumprir e fazer cumprir o Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- v) Solicitar o consentimento do usuário ou do seu representante legal, por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino em Enfermagem, mediante apresentação da informação completa dos objetivos, riscos e benefícios, e sua liberdade de participar ou declinar de sua participação no momento que desejar;

Seção IV Auxiliar e Técnico de Enfermagem

Art. 12º Ao Auxiliar e Técnico de Enfermagem competem:

- a) Cumprir e fazer cumprir o Novo código de ética dos profissionais de Enfermagem;
- b) Prestar assistência de enfermagem conforme sua qualificação;
- c) Assegurar ao paciente uma assistência integrada, procurando atendê-lo satisfatoriamente em todas as suas necessidades, prestando cuidados de enfermagem conforme prescrição médica e do enfermeiro;
- d) Auxiliar ao Enfermeiro Assistencial no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;
- e) Executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º do Decreto 94.406/87, compatíveis com o exercício legal de cada categoria profissional;
- f) Exercer suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade;
- g) Assegurar ao usuário uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência;
- h) Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do usuário;
- i) Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em lei;
- j) Habilidade em relacionar-se harmoniosamente com toda equipe de trabalho, dispondo-se a receber e oferecer cooperação sempre que necessário, sentindo-se coresponsável pela qualidade do atendimento e pelos resultados desejados;
- k) Conhecimento para oferecer contribuições positivas para aprimoramento das técnicas, procedimentos e processos do trabalho em geral.
- Participar das reuniões periódicas convocadas pelo Enfermeiro Condutor da Unidade, bem como das atividades de aperfeiçoamento, atualização e capacitação da equipe de enfermagem.

- m) Verificar os sinais vitais e medidas antropométricas;
- n) Administração de vacinas conforme Programa Nacional de Imunizações e manter a sala de imunizações organizada;
- o) Administrar medicações conforme prescrição médica;
- p) Administrar nebulizações;
- q) Realizar curativos;
- r) Participar junto a equipe dos grupos de educação em saúde;
- s) Proceder à limpeza, empacotamento e esterilização de materiais;
- t) zelar pela manutenção e organização da unidade;
- u) Realizar visita domiciliares;
- v) Registrar nos prontuários os procedimentos realizados;

DOS REQUISITOS PARA ADMISSÃO, AVALIAÇÃO E DESLIGAMENTO

Art. 1º: Os requisitos necessários para atuação dos profissionais de enfermagem são:

I – Enfermeiro Responsável Técnico:

Registro profissional e comprovante de regularidade COREN - RS;

- a) Experiência Profissional;
- b) Perfil profissional para atuar no gerenciamento de pessoas e do serviço.

II- Enfermeiro da ESF/UBS:

- a) Registro profissional e comprovante de regularidade COREN RS;
- b) Experiência Profissional;
- c) Perfil profissional para atuar no gerenciamento de pessoas e do serviço.

IV - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

- a) Registro profissional e comprovante de regularidade no COREN RS;
- b) Experiência Profissional;
- c) Perfil profissional de acordo com o requisito da vaga;
- d) Aceitação de trabalho em equipe, responsabilidade e comprometimento com os processos de trabalho do serviço.

Art. 15º: Os profissionais de enfermagem deverão ser avaliados periodicamente, de acordo com as normas da Instituição, mediante instrumento de Avaliação de Desempenho padronizado.

§ 1º: A Avaliação de Desempenho deve ser encarada como um meio para o desenvolvimento dos recursos humanos da instituição

PARÁGRAFO ÚNICO: A Avaliação de Desempenho poderá ser realizada de diferentes formas, desde que sejam realizadas a auto avaliação e avaliação pelo Enfermeiro Assistencial, Enfermeiro ESF/UBS da Unidade e Enfermeiro Responsável Técnico.

Art.16º A Admissão dos profissionais de enfermagem deverá ser realizado tanto por concurso público quanto por seleção pública;

Art. 17º: O Desligamento dos profissionais de enfermagem deverá ser realizado conforme as normas da Secretaria de Administração da Prefeitura Municipal de Pelotas.

Art.482 da CLT refere que: "Aquele que deixa de cumprir suas tarefas, ou passa a cumpri-las de forma insatisfatória, quer quanto á qualidade ou quantidade do seus serviço prestado, comete ato de desídia, podendo ser demitido por justa causa".

Em caso de penalidade e processo administrativo, o Estatuto do servidor Público Municipal deverá ser consultado nas suas minúcias.

DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 17º: O Serviço de Enfermagem e Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde manterá atendimento das 07:30 às 22:00, de segunda a sexta- feira , dividido em três turnos de trabalho (Manhã, Tarde e Noite).

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Manhã: 08h às 12h

Tarde: 13h30min às 17h30min

TRADICIONAL

Manhã: 07h30min as 13h30min Tarde: 13h30min as 19h30min

PARÁGRAFO ÚNICO: Em todos os turnos a previsão de tempo de intervalo para descanso e refeições.

§ 1º: São Orientações Gerais:

- I Orientar a equipe para conscientização e adoção de postura ética no ambiente de trabalho;
- II Incentivar o desenvolvimento do trabalho em equipe, priorizando o relacionamento respeitoso com atitudes de interação e cooperação entre os servidores;
- III Estimular a capacidade individual de cada pessoa, potencializada pelas oportunidades que lhe são conferidas;

PARÁGRAFO ÚNICO: A disciplina contribui para a segurança e o bem estar individual e da instituição, portanto, recomendam-se deveres e responsabilidades.

- § 1º Deveres e Responsabilidades do Serviço de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde:
- I Os colaboradores não fumem e não portem cigarros ou assemelhados nas áreas de serviço;
- II Os colaboradores abstenham-se de discussões e embates verbais, por motivo profissional e ou pessoal, no ambiente de trabalho, estas situações deverão ser resolvidas na presença dos superiores e em ambiente específico;
- III Para ausentar-se do seu local de trabalho, o colaborador deverá ser autorizado pelo seu supervisor imediato;
- IV Sempre que se ausentar do seu local de trabalho deverá se reportar ao seu supervisor comunicando seu horário de saída e retorno registrando devidamente sua ausência;
- V Usar adequadamente o Equipamento de Proteção Individual (EPI), durante a jornada de trabalho;
- VI Para realização das refeições no local de trabalho, recomenda-se o afastamento para lugar adequado e específico para tal, isso deverá ocorrer nos horários destinados a descanso e alimentação;
- VII Manter sigilo sobre assuntos do interesse da Instituição tornando-se merecedor de toda confiança da mesma. Ao final de cada dia de trabalho, todos os documentos e registros, devem ser bem guardados e protegidos de eventuais perdas e ou extravios.
- VIII A pontualidade é importante, e torna-se dever do colaborador esforçar-se para chegar na hora certa. Quando sua ausência for necessária por motivo alheio a sua vontade, é de sua responsabilidade comunicar seu supervisor, de preferência, com antecedência;
- IX Atraso superior a dez minutos o colaborador sofrerá desconto a critério do departamento de recursos humanos. Casos omissos serão examinados pelo Enfermeiro Condutor da Unidade junto à Diretoria de Atenção Primária;

X - Os atestados serão aceitos dentro das 24 horas após a emissão dos mesmos, o colaborador deverá passar pelo do Médico do Trabalho (Biometria) e por fim deixar o documento no departamento de recursos humanos, caso não seja entregue em tempo hábil conforme determinado acima, será considerado falta injustificada do colaborador e conseqüentemente será efetuado o desconto correspondente;

XI - Em relação à apresentação e conduta, entende-se e recomenda-se simplicidade no vestir e limpeza associadas ao uso de vestuário adequado para a função. Ficam proibidos o uso de mini-blusas, minissaias, shorts, e sandálias. No falar e agir em relação a seus colegas de equipe, saiba respeitá-los.

XII - A iniciativa do colaborador é de grande valor, portanto não tenha medo de sugerir e experimentar, com o consentimento de seu supervisor imediato, melhores maneiras de desempenhar sua atividade;

XIII- A eficiência no trabalho significa realizá-lo bem e no menor tempo possível. Trabalhe com atenção para não cometer enganos, não estragar o material e não se acidentar.

XIV - O uso do telefone deve ser limitado apenas a assuntos essenciais de serviço, pois os telefones devem estar disponíveis para as chamadas de interesse da Instituição;

XV - Use seu material de trabalho como se fosse seu. Não o danifique. Mantenha sua área de serviço limpa e asseada. Requisite o material que faltar, mas sem desperdício. E não esqueça você é responsável pelo extravio ou desaparecimento de seu material de trabalho, não devendo utilizá-lo para interesses particulares. O colaborador é responsável também por prejuízos que causar à Instituição, seja por dolo, imperícia ou negligência, por desvios de objetos confiados a sua guarda e por não promover a responsabilidade de seus subordinados;

XVI - Comunicar ao Departamento de Recursos Humanos, ocorrências como: Mudanças de endereço ou n° de telefone; Mudança de nome; Mudança de estado civil; Mudança do n° de dependentes; Opção e cancelamento para recebimento de vale-transporte no curso de contrato;

- XVII Registre rigorosamente seu ponto, no que se refere à entrada, intervalos e saída da jornada de trabalho;
- XVIII Disponibilizar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para assegurar uma assistência qualificada e personalizada em situações rotineiras, emergências e de urgências aos pacientes;
- XIX Manter registros fidedignos de fatos observados com pacientes, para prestar informações úteis que facilitem o diagnóstico e tratamento médico;
- XX Sintetizar e organizar o processo operacional, viabilizando o desenvolvimento de trabalho cooperativo, interativo e seguro, incentivando o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- XXI Estabelecer o controle efetivo de custos, mantendo atenção focada na utilização de recursos disponíveis, evitando desperdícios e danos com manutenção e uso inadequado de equipamentos;



NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NA APS





NR Número 1 - Fiscalização COREN

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

Conduta a ser tomada ao receber a visita do Conselho Regional de Enfermagem e demais Conselhos Fiscalizatórios nas Unidades de Saúde da Atenção Básica de Pelotas/RS

OBJETIVO: Receber cordialmente fiscalização do COREN/RS.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro

MATERIAL NECESSÁRIO: Carteira de registro profissional



PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

- O enfermeiro da UBS deverá acompanhar, colocar-se a disposição para esclarecimentos e apresentar a Carteira de Registro conforme solicitado pela fiscalização do Conselho.
- O Enfermeiro da UBS deverá encaminhar as respectivas notificações do COREN/RS para a Direção de Ações em Saúde/Supervisão das UBS/ESF.
- Após avaliação das notificações, as respostas deverão ser redigidas em conjunto, encaminhadas ao COREN/RS. As respostas deverão ser arquivadas em cada instancia envolvida.

Referências

COFEN. Resolução COFEN n° 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2017.



NR Número 2 - Escala Mensal do Serviço de Enfermagem

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Orientar o profissional de enfermagem a identificar a equipe, o horário e o local onde cada trabalhador deverá estar exercendo suas funções;

Possibilitar ao Enfermeiro e a Gestão a readequação dos trabalhadores em casos de absenteísmo e redimensionamento de pessoal.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Computador
- Carteira de registro profissional de cada membro da equipe de enfermagem
- Impressora
- · Carimbo do profissional enfermeiro

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO:

- Realizar a escala mensal da UBS/ESF;
- Enviar uma cópia no período de 25 a 30 de cada mês por e-mail a SMS à Supervisão das UBS/ESF;
- Deixar uma cópia afixada na UBS em local visível com assinatura e carimbo do Enfermeiro;



Unidade básica de saúde

									MES	EAN	O DE I	REFER	RENCI	A:																	
Cargo	Nome	Coren nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Enf2			S	۵						S	٥						S	۵						S	D		FE				S
Tec.			s	۵						s	۵						S	۵						S	D		FE				S
Enf2			s	۵						s	۵						s	۵						s	D		FE				s
Aux.	_		S	D						S	D						S	D						S	D		FE				S

MT Horario de Shoras

M Horario de Ghoras

T Horario de Ghoras

Atividades/legenda Domingo: D Licença Saúde: LS Sábado: S Licença Gestante: LG Licença Prêmio: LP Folga de Vacina:FV Licença Nojo :LN Licença Casamento: LC Feriado: FE Falta não Justificada: FNJ Outro posto: OP Horas Extras: HE Capacitação: Cap Ponto Facultativo: PF FO - Folga outra

Referência:

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL .PARECER PG N° 09/18 Porto Alegre, 19 de outubro de 2018. Ementa: Escala de Enfermagem. Competência. Enfermeiro (a). 29 Lei nº 7.498/86.



NR Número 3 - Regras de Biossegurança: Apresentação Pessoal

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Prevenir e controlar infecção nos serviços de saúde.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Uniforme
- Equipamento de Proteção Individual

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO:



- Fazer uso do uniforme e EPI estabelecido pela instituição e norma da ANVISA.
- Sapatos: Exclusivamente fechado, de material impermeável;
- Cabelos: Presos na sua totalidade se forem compridos;
- Maquiagem/perfume: Uso com moderação;
- Jóias/Bijuterias: Recomenda- se não usar;
- Unhas: Devem estar sempre limpas e aparadas, pois podem abrigar microorganismos causadores de infecção;
- Hábitos Alimentares: Expressamente proibido: comer; beber; fumar, tomar chimarrão e fazer aplicações de cosméticos ou outros produtos em sala de procedimento ou qualquer setor de atendimento ao usuário.

Referências:

BRASIL. RESOLUÇÃO – RDC № 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html



NR Número 04 - Higienização das Mãos

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem **MATERIAL NECESSÁRIO**:

- Pia apropriada para higienização das mãos;
- Dispensador com sabonete líquido;
- Papel toalha;
- Lixeira com tampa para resíduos comuns.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO:

- Retirar pulseiras, anéis ou qualquer outro adorno;
- Manter unhas aparadas;
- O uso de luvas não substitui a higiene correta das mãos;
- Abrir a torneira:
- Se usar torneira manual, ensaboar e fechar o volante da torneira;
- Se usar torneira que possui alavanca ou temporizador, acioná-los com o cotovelo;
- Molhar as mãos, sem encostar-se na pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos;
- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as, com movimentos circulares e os dedos fechados;
- Esfregar cada polegar com a palma da mão oposta em movimentos circulares, em sentido proximal-distal;
- Friccionar as polpas digitais e as unhas de cada mão na palma da outra, com a mão fechada, em concha, com movimentos circulares;
- · Abrir/acionar a torneira:
- Se usar torneira manual, enxaguar o sabonete ou solução antisséptica do volante;
- Se usar torneira com temporizador ou alavanca, acioná-los com o cotovelo;
- Enxaguar as mãos retirando totalmente o resíduo do sabonete;
- Se usar torneira manual, fechar a torneira, utilizando papel toalha.
- Secar as mãos com papel toalha;

Como lavar as mãos



OBSERVAÇÃO

- A higienização simples das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.
- Momentos em que o procedimento deve ser realizado:
- Antes e após o contato com o usuário;
- Antes e após manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para procedimentos;
- Após retirar as luvas;
- Após risco de exposição a fluidos corporais ou excreções;
- Durante o cuidado com o mesmo usuário, ao mudar de um local contaminado para outro local;
- Após contato com superfícies próximas ao usuário;
- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas;
- Ao iniciar e terminar o turno de trabalho;
- Antes de manipulação e preparo de medicamentos e alimentos.

Referências:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fiocruz. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Anexo 1: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

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



NR Número 05 - Fricção antisséptica das mãos

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem **MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Dispensador com álcool em gel 70% antisséptico ou
- Almotolia com álcool em gel 70% antisséptico

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO:

- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de álcool a 70%;
- Friccionar as palmas das mãos;
- Friccionar o dorso de uma mão com a palma da outra entrelaçando os dedos, e vice-versa;
- Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
- Friccionar o dorso dos dedos com a palma da mão oposta e vice-versa;
- Friccionar o polegar com a palma da mão oposta com movimentos circulares, em sentido proximal distal;
- Friccionar as polpas digitais e as unhas de cada mão na palma da outra, com a mão fechada, em concha, com movimentos circulares;
- Deixar secar naturalmente.



Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



Friccione as paimas das mãos entre sl.



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



Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg

Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelacados.



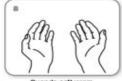
Fríccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão coosta. segurando os dedos, com movimento de val-e-vern e vice-versa.



Friccione o polegar esquerdo. direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



Friccione as polpas digitals e unhas com o auxílio da palma da mão da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.



NR Número 6 - Uso de Equipamentos de Proteção Individual

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Proteger o profissional e evitar contaminação do ambiente (proteção contra gotículas) ou em procedimentos em que se utilize material estéril.

Garantir que as práticas internas minimizem a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o novo coronavírus (COVID-19), além de adotar ações para impedir a propagação desse vírus.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Equipamentos: Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): avental,
- · máscara cirúrgica,
- máscara N95 ou PFF2,
- óculos de proteção ou protetor facial e
- · gorro.
- Luvas

MÁSCARA CIRÚRGICA



Deve ser utilizada para evitar a contaminação da boca e nariz do profissional por gotículas respiratórias, quando o mesmo atuar a uma distância inferior a 1 metro do paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus.

A máscara deve ser confeccionada de material tecido-não tecido (TNT), possuir no mínimo uma camada interna e uma camada externa e obrigatoriamente um elemento filtrante. A camada externa e o elemento filtrante devem ser resistentes à penetração de fluidos transportados pelo ar (repelência a fluidos).

Além disso, deve ser confeccionada de forma a cobrir adequadamente a área do nariz e da boca do usuário, possuir um clipe nasal constituído de material maleável que permita o ajuste adequado do contorno do nariz e das bochechas. E o elemento filtrante deve possuir eficiência de filtragem de partículas (EFP) > 98% e eficiência de filtragem bacteriológica (BFE) > 95%.

Alguns cuidados devem ser seguidos ao utilizarem as máscaras cirúrgicas:

- Higienizar as mãos antes de colocar e antes de retirar a máscara cirúrgica;
- Coloque a máscara cuidadosamente para cobrir a boca e o nariz e ajuste com segurança para minimizar os espaços entre a face e a máscara;

- Enquanto estiver em uso, evite tocar na parte da frente da máscara;
- Remova a máscara usando a técnica apropriada (ou seja, não toque na frente da máscara, mas remova sempre pelas alças laterais);
- Após a remoção ou sempre que tocar inadvertidamente em uma máscara usada, deve-se realizar a higiene das mãos;
- Substitua a máscara por uma nova limpa e seca a cada 6 horas e assim que tornar-se úmida ou com mau estado de conservação;
- É recomendado permanecer com a máscara o maior tempo possível. Neste período da epidemia retirar somente para se alimentar ou ingerir líquidos. Quando necessário retirar a máscara cirúrgica (exemplo: para ingerir líquidos) coloque-a em um envelope de papel ou folha de papel dobrada tomando o cuidado de não contaminar as alças.
- Após a remoção ou sempre que tocar inadvertidamente em uma máscara usada, deve-se realizar a higiene das mãos;
- Substitua a máscara por uma nova limpa e seca a cada 6 horas e assim que tornar-se úmida ou com mau estado de conservação;
- É recomendado permanecer com a máscara o maior tempo possível. Neste período da epidemia retirar somente para se alimentar ou ingerir líquidos. Quando necessário retirar a máscara cirúrgica (exemplo: para ingerir líquidos) coloque-a em um envelope de papel ou folha de papel dobrada tomando o cuidado de não contaminar as alças.

Observação: Máscaras de tecido são proibidas para profissionais que estejam na assistência direta a pacientes. Para utilizar as máscaras de tecido em atividades não assistenciais deve-se seguir todas as orientações de cuidados com a mesma.

• Considerando as recomendações do ministério da saúde e governo do distrito federal, está determinado o uso universal de máscaras, ou seja, por todos os profissionais da instituição durante todo o turno de trabalho.

MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA (RESPIRADOR PARTICULADO – N95 OU EQUIVALENTE)



Quando o profissional atuar em procedimentos com risco de geração de aerossol nos pacientes com infecção suspeita ou confirmada pelo novo coronavírus deve utilizar a máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3µ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3) e sem válvula expiratória.

São exemplos de procedimentos com risco de geração de aerossóis: intubação e extubação, aspiração aberta das vias aéreas, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasofaríngeas ou orofaríngeas, broncoscopia, nebulização.

A máscara de proteção respiratória deverá estar apropriadamente ajustada à face. A forma de uso, manipulação e armazenamento deve seguir as recomendações técnicas e a máscara nunca deve ser compartilhada entre profissionais.

Nota: De acordo com a Nota Técnica da GRSS/DIVISA N° 01/2020, a CCIRAS considera o uso de respiradores ou máscaras N95 ou equivalente, além do prazo de validade designado pelo fabricante para atendimento emergencial aos casos suspeitos ou confirmados da COVID-19, por um **período de 15 dias ou a depender do tipo de procedimentos estender até 30 dias.** O uso estendido por 30 dias pode ser realizado se a máscara não for utilizada em situações de risco biológico (exemplo: quimioterapia) e se a máscara permanecer em boas condições.

Os profissionais devem tomar os seguintes cuidados antes de usar as máscaras N95 no local de trabalho:

- Inspecionar visualmente a máscara N95 para verificar se sua integridade foi comprometida (máscaras úmidas, sujas, rasgadas, amassadas ou com vincos não podem ser utilizadas).
- Verificar se componentes como tiras, ponte nasal e material de espuma nasal não se degradaram, o
 que pode afetar a qualidade do ajuste e a vedação e, portanto, a eficácia da máscara.
- Se a integridade de qualquer parte da máscara estiver comprometida ou se uma verificação bemsucedida do selo no usuário não puder ser realizada, descarte a máscara.
- Os usuários devem realizar uma verificação da vedação imediatamente após colocar cada máscara e não devem usar uma máscara que não possam executar uma verificação bem-sucedida do selo no usuário (teste positivo e negativo de vedação da máscara à face).
- A máscara N95 ou similares (N99, N100, PFF2 ou PFF3) NÃO é descartável exceto quando tiver contaminação visível. Ela poderá ser reutilizada por 15 dias desde que íntegra, limpa, não úmida e com sua vedação funcional.
- Após o atendimento, o profissional deverá guardá-la em um invólucro de papel;
- NÃO usar maquiagem, batom e barba;
- Máscara N95 ou similares (N99, N100, PFF2 ou PFF3) deve estar bem vedada ao rosto do profissional e não pode ser usada em cima da máscara cirúrgica;
- O profissional já deve entrar no quarto de isolamento com a máscara N95 ou similares (N99, N100, PFF2 ou PFF3) adaptada ao rosto e retirá-la imediatamente depois de sair do quarto.
- NÃO utilizar máscaras já utilizadas por outro profissional ou em outro serviço de saúde.

HIGIENIZAR AS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA A 70% OU ÁGUA E SABONETE LÍQUIDO ANTES E APÓS O MANUSEIO DA MÁSCARA N95 OU EQUIVALENTE (N99, N100, PFF2 OU PFF3) REUTILIZADA.

Observação 3: Para remover a máscara, retire-a pelos elásticos, tomando bastante cuidado para não tocar na superfície interna e acondicione em um saco ou envelope de papel com os elásticos para fora, para facilitar a retirada da máscara, devidamente identificado com o nome do profissional. Quando disponível, a máscara N95 também pode ser guardada em pote plástico com furo reutilizáveis. Nesse caso, o recipiente deve ser higienizado a cada uso com álcool líquido a 70% ou hipoclorito de sódio ou outro desinfetante definido pela instituição.

Nunca coloque a máscara já utilizada em um saco plástico vedado, pois ela poderá ficar úmida e potencialmente contaminada.

Observação 4: Para avaliar dois pacientes em precaução respiratória sequencialmente, a máscara, gorro e protetor ocular podem ser mantidos, trocando apenas o avental e luvas, e procedendo a higienização das mãos.

Ao vestir novamente a máscara N95 ou similares (N99, N100, PFF2 ou PFF3), deve-se higienizar as mãos, colocar a máscara com apoio de papel toalha, ajustando-a adequadamente ao rosto para vedação adequada e em seguida higienizar as mãos.

Quem deve usar a máscara N95 ou equivalente?

Profissionais de saúde que realizem ou estejam presentes nos locais onde são realizados procedimentos geradores de aerossóis como por exemplo: intubação e extubação, aspiração aberta das vias aéreas, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasofaríngeo/orofaríngea, broncoscopia, nebulização.

PROTETOR OCULAR OU PROTETOR DE FACE (FACE SHIELD)



Os óculos de proteção ou protetores faciais (que cubra a frente e os lados do rosto) devem ser utilizados quando houver risco de exposição do profissional a respingos de sangue, secreções corporais e excreções.

Os óculos de proteção ou protetores faciais devem ser utilizado por cada profissional responsável pela assistência, devendo após o uso sofrer limpeza e posterior desinfecção com álcool líquido a 70% ou hipoclorito de sódio ou desinfetante recomendado pela instituição. Caso o protetor ocular ou facial tenha sujidade visível, deve ser lavado com água e sabão/detergente e só depois dessa limpeza, passar pelo processo de desinfecção.

CAPOTE/AVENTAL COMUM



O capote ou avental (gramatura mínima de 30g/m2) deve ser utilizado para evitar a contaminação da pele e roupa do profissional, em situações de precaução padrão e contato.

O capote ou avental deve ser de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior.

O capote ou avental sujo deve ser removido e descartado como resíduo infectante após a realização do procedimento e antes de sair do quarto do paciente ou da área de assistência. Após a remoção do capote deve-se proceder a higiene das mãos para evitar a transmissão dos vírus para o profissional, pacientes e ambiente.

CAPOTE/AVENTAL IMPERMEÁVEL



O profissional deve avaliar a necessidade do uso de capote ou avental impermeável (estrutura impermeável e gramatura mínima de 50 g/m2) a depender do quadro clínico do paciente (vômitos, diarréia, hipersecreção orotraqueal, sangramento, etc) e do procedimento que será realizado no paciente (exemplo: banho no leito).

O capote ou avental deve ser de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior. Além disso, deve ser confeccionado de material de boa qualidade, atóxico hidro/hemorrepelente, hipoalérgico, com baixo desprendimento de partículas e resistente, proporcionar barreira antimicrobiana efetiva (Teste de Eficiência de Filtração Bacteriológica - BFE), permitir a execução de atividades com conforto e estar disponível em vários tamanhos. Utilizado em situações de exposição a fluidos corpóreos ou de exposição prolongada em assistência a pacientes críticos.

O capote ou avental sujo deve ser removido e descartado como resíduo infectante após a realização do procedimento e antes de sair do quarto do paciente ou da área de assistência. Após a remoção do capote deve-se proceder a higiene das mãos para evitar a transmissão dos vírus para o profissional, pacientes e ambiente.



GORRO

O gorro está indicado para a proteção dos cabelos e cabeça dos profissionais em procedimentos que podem gerar aerossóis. Deve ser de material descartável e removido após o uso. Nas situações onde não houver risco biológico, a touca de tecido pode ser utilizada.



SAPATOS FECHADOS

Segundo consta na NR 32, o uso de calçado aberto pelo trabalhador que se encontra sujeito a riscos biológicos, ou seja, à probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos, é proibido. O uso de sapatos fechados é uma importante medida de segurança para o profissional.



LUVA NÃO ESTÉRIL

Devem ser usadas pelos profissionais da saúde, e trocadas após contato com cada paciente ou entre os diversos procedimentos em um mesmo paciente, ao manusear objetos ou superfícies sujas de sangue e/ou líquidos, para punções venosas e outros procedimentos.

LUVA ESTÉRIL

Evitar a transmissão de patógenos ao paciente pelo contato direto ou indireto, prevenindo infecções hospitalares. Prevenir a contaminação do profissional na execução de técnica correta.

Passo a passo para colocar as luvas

- Retirar anéis, pulseiras e relógio.
- Realizar a higienização das mãos (Conforme Capitulo 2/ POP 4)
- · Afastar-se do campo estéril.
- Abrir a embalagem das luvas sem contaminá-las, tocando apenas a parte externa do pacote



- Levantar a luva a ser calçada com a mão oposta, fazendo uma pinça com o polegar e indicador, e tocando somente na parte inferior da dobra do punho.
- Calçar a luva com a palma da mão voltada para cima e os dedos unidos, mantendo a distância do campo estéril, do próprio corpo e de qualquer fonte de contaminação

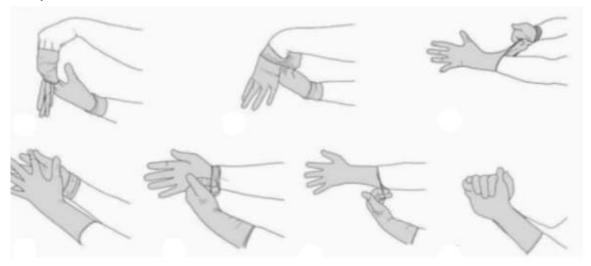




- Colocar os dedos da mão enluvada (exceto o polegar) na parte interna da dobra do punho da segunda luva, expondo sua abertura.
- Palma da mão voltada para cima

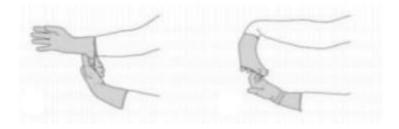


- Desfazer a dobra do punho com os dedos unidos e tocando somente na parte interna da dobra do punho.
- Ajustar as luvas



Procedimento para retirar luvas:

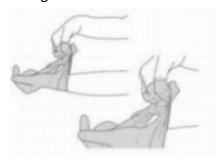
- Manter as luvas contaminadas com os dedos voltados para baixo.
- Com a mão oposta enluvada, segurar a face externa da luva, na altura do punho



• Tracionar a luva para retirá-la da mão, virando-a pelo avesso



- Prender a luva na mão que ainda está enluvada
- Segurar a face interna da luva da outra mão, com a mão desenluvada, na altura do punho.



- Tracionar a luva com o mesmo movimento anterior, retirando-a de forma que uma luva permaneça dentro da outra e o lado contaminado para dentro
- Desprezar as luvas.



• Realizar a higienização as mãos (Conforme Capitulo 2/ POP 4)

Referências:

Brasil. GRSS/DIVISA/SVS/SES-DF Orientações para os serviços de saúde: medidas que devem ser adotadas para utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) NOTA TÉCNICA GRSS/DIVISA N° 01/2020 (atualizada em 13/04/2020);

Procedimento Operacional Padrão – Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência a Saúde 01 – Precaução Padrão e Adicionais. Hospital Universitário de Brasília, 2016. (Anexo 1 – Doenças e precauções, Anexo 2 – Placa de Precauções de Contato, Anexo 3 – Placa de Precauções por Gotícula, Anexo 4 – Placa de Precauções por Aerossóis, Anexo 6 – Placa de Precaução Padrão (disponível na intranet); Protocolo Núcleo de Segurança do Paciente 001 – Higienização das Mãos. Hospital Universitário de Brasília, 2020.

_____. ANVISA: Orientações para a Prevenção da Transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde (complementar à Nota Técnica n. 04/2020).

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Colocação e Retirada de Iuvas estéreis, POP № 17. REV 3, 2020. Disponível em:

http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/2021rev/pop 17 colocacao r etirada luvas estereis.pdf Acessado em: 16/08/2021.



NR Número 7 - Visita Domiciliar

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Propor intervenções que influenciam o processo saúde doença do indivíduo, da família e da própria comunidade observando os princípios do SUS, os programas e os protocolos da Atenção Básica;

Garantir a continuidade do cuidado;

Atender o indivíduo e a família que por algum agravo, situação permanente ou provisória esteja incapacitado de buscar atenção à saúde na UBS.

Respeitar a singularidade de cada família e desenvolver estratégias e intervenções diferenciadas, reconhecendo a necessidade de cada usuário.

Conhecer o ambiente domiciliar e familiar;

Oportunizar ações de vigilância, promoção, assistência e reabilitação à saúde no domicílio;

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO: Os materiais necessários para cada visita variam conforme seu objetivo e as complexidades de cada usuário. Entretanto, alguns itens são comuns e compõem um conjunto mínimo de materiais para realização da VD, como:

- Receituário;
- Papel, lápis e caneta;
- Estetoscópio e esfigmomanômetro;
- Material educativo;
- · Fita métrica;
- Abaixador de língua;
- Termômetro
- Lanceta e glicosímetro (SN) com fitas;
- Luvas de procedimento e estéreis;
- Material para curativos e medicamentos;
- Recipiente para lixo contaminado;
- Algodão ou gaze e álcool 70%;
- Formulário da atenção domiciliar;
- Lanterna:
- Medicamentos.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

Equipe de enfermagem:

- Identificar a necessidade da visita;
- · Discutir em equipe a proposta da visita;
- Agendar com o usuário e ou familiar o dia e o horário da visita, identificando o melhor horário e com o maior número de familiares responsáveis pelo cuidado presentes no momento;
- Conhecer a história do usuário e ou familiares com outros membros da equipe e, através do prontuário;
- Ao realizar a primeira VD, identificar-se, esclarecendo o motivo da sua visita;
- Avaliar as condições ambientais (frio, calor, umidade) e sanitárias do domicílio;
- Identificar possíveis riscos individuais e familiares;
- Avaliar as práticas de uso de medicamentos, se são de modo seguro, adequado e eficaz;
- Realizar procedimentos de enfermagem quando necessário;
- Realizar educação em saúde com pacientes e cuidadores frente à suas especificidades de saúde:
- Orientar quanto ao manejo com o lixo produzido durante o cuidado (separação, armazenamento e envio para UBS);
- Estimular a independência e autonomia do indivíduo e da família, incentivando práticas para o autocuidado;
- Propiciar ao indivíduo e a família a participação ativa no processo saúde-doença;
- Informar os pacientes e seus cuidadores sobre as abordagens baseadas em evidências para rastreio, imunizações, promoção da saúde e prevenção de doenças;

Enfermeiro:

Avaliar de modo integral a situação do usuário;

Elaborar os cuidados de enfermagem, identificando o cuidador domiciliar para a assistência;

Esclarecer de forma clara os cuidados ao usuário e familiares, bem como informações sobre os benefícios de saúde e da assistência;

Demonstrar conhecimento dos sinais e sintomas de alteração da situação clínica do paciente;

Supervisionar/Capacitar o trabalho dos auxiliares e ou técnicos de enfermagem e dos Agentes Comunitários de saúde (ACS), proporcionando a identificação da necessidade da visita;

Supervisionar/Capacitar o trabalho dos auxiliares e ou técnicos de enfermagem para a realização do cuidado, identificado conforme a necessidade de cada usuário;

Realizar procedimentos de enfermagem.

Auxiliar/Técnico de Enfermagem:

Realizar procedimentos de enfermagem;

Participar das visitas domiciliares conforme planejado e/ ou solicitado pelo Enfermeiro;

Auxiliar/Técnico de Enfermagem/ACS:

Assistir junto a equipe multidisciplinar a família e o indivíduo

Recomendações

• Fornecer informações para os pacientes e seus cuidadores sobre serviços e apoios, como: recursos da comunidade, hospitais, centros de saúde e cuidados paliativos.

Avaliar frequentemente em equipe a periodicidade das visitas conforme risco à saúde; Cumprir o cronograma acordado com a família a ser visitada;

Registro

Todos os profissionais deverão registrar no prontuário as ações executadas durante a visita.
 Cabe aos ACS manter atualizados os registros das famílias assim como suas intercorrências.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p.

LOPES, J.M.C.; SOUSA, A.I. **A gestão do cuidado na Atenção Domiciliar**. Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2015. 74 p.



NR Número 8 - Limpeza e Desinfecção de Superfícies e Artigos

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Evitar a disseminação de microorganismos através de infecções relacionadas à assistência à saúde tanto ao usuário quanto aos profissionais, através de processos de limpeza e desinfecção de superfícies.

Identificar o método de limpeza e desinfecção adequada ao tipo de artigo.

Preparar o ambiente para as atividades, mantendo a ordem e a conservação de equipamentos e instalações.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

Classificação das áreas em serviços de saúde

A classificação de áreas críticas, semicríticas e não críticas é feita de acordo com o risco de aquisição de infecção por usuários e profissionais. Este risco é determinado pelo volume de matéria orgânica presente no ambiente, o grau de susceptibilidade do indivíduo e o tipo de procedimento realizado.

Considerando que os procedimentos realizados em Unidade Básica de Saúde – UBS são de baixa invasão, as áreas podem ser classificadas como áreas semicríticas e áreas não críticas.

Entretanto, para fins de racionalização de frequência e tipo de produtos utilizados, algumas áreas da Unidade Básica de Saúde, neste documento, são consideradas críticas.

Áreas críticas:

- Centro de Material e Esterilização CME (área
- de expurgo, preparo e esterilização).
- Sala de curativos
- Sala de vacinas.
- Sala de coleta de exames de laboratório e
- Papanicolaou.
- · Consultório odontológico.
- Sala para realização de pequenos procedimentos
- cirúrgicos (biópsias, retirada de nevos, colposcopia e outros)
- Sanitários

Na Atenção Básica, as áreas podem ser classificadas como: áreas semicríticas e áreas não críticas.

Áreas semicríticas:

- Consultórios
- Sala de inalação
- Sala de medicação
- Sala de fisioterapia

Áreas não críticas:

- Administração
- Almoxarifado
- Auditórios

Considerando a CME área crítica, é indicada a frequência diária da limpeza e sempre que necessário, recomenda-se a utilização de desinfetante no piso do expurgo sempre que houver derramamento de matéria orgânica.

Deve-se dar ênfase à frequência aumentada de limpeza das superfícies mais tocadas, como por ex.: bancadas de trabalho, maçanetas.

Método de limpeza e desinfecção adequada ao tipo de artigo.

Limpeza: consiste na remoção das sujidades depositadas nas superfícies utilizando-se meios mecânicos (fricção), físicos (temperatura) ou químicos (saneantes). Os processos de limpeza de superfícies envolvem:

Limpeza concorrente (diária): limpeza de todas as superfícies horizontais;

Limpeza terminal: sob responsabilidade do serviço de higienização.

Limpeza terminal: sob responsabilidade do serviço de higienização.

Desinfecção: remoção de agentes infecciosos, na forma vegetativa, de uma superfície inerte, mediante a aplicação de agentes químicos ou físicos.

Preparo do ambiente para as atividades, mantendo a ordem e a conservação de equipamentos e instalações:

Limpeza de mesas, bancadas, prateleiras e escaninhos;

Organizar a área de expurgo;

Proceder à limpeza quinzenal das geladeiras;

Limpeza de artigos conforme sua classificação (críticos, semi-críticos e não críticos) e, conforme o método de limpeza e desinfecção adequado ao tipo de artigo, conforme quadro abaixo

CLASSIFICAÇÃO	DEFINIÇÃO	ITENS	DESINFECÇÃO
ARTIGOS CRÍTICOS	Utilizados em procedimentos invasivos com penetração da pele, mucosas, tecidos subepiteliais, sistema vascular.	Instrumentais cirúrgicos;	Esterilização: Autoclave
ARTIGOS SEMI-CRÍTICOS	Entram em contato com mucosas íntegras colonizadas ou pele não íntegra.	Artigos plásticos e borrachas como: extensores de NBZ, máscaras de NBZ, cânula de guedel.	Desinfecção de alto nível: Ácido Peracético 0,2% Diluição conforme orientação do fabricante. Indispensável uso de máscara, óculos e luvas.
ARTIGOS NÃO CRÍTICOS	Entra em contato com pele íntegra ou não entram em contato com o usuário.	Estetoscópios, Esfigmomanômetro Termômetros; Mesas; Otoscópios.	Desinfecção de baixo nível (álcool 70%) ou apenas limpeza mecânica com água e detergente.

Disposições Gerais

Limpeza concorrente de superfícies:

- Retirar os objetos das bancadas e superfícies;
- Realizar a limpeza com água e sabão ou detergente;
- Enxaguar e secar;
- Friccionar com álcool a 70%;
- Esta rotina deve ser realizada diariamente.

Manutenção de almotolias (limpeza e desinfecção):

Para Limpeza

- Esvaziar as almotolias;
- · Retirar a ponteira;
- Lavar com solução detergente e desprezar a solução através da ponteira;
- Enxaguar em água corrente;
- Secar com pano limpo e seco.

Realizando a Desinfecção Química

- Ao término da limpeza, enxágüe e secagem, preencher as almotolias com solução de hipoclorito a 1%, permanecendo por 30 minutos;
- Enxaguar com água corrente retirando o excesso
- Secar por 10 minutos;
- Preencher apenas 70% das almotolias (evitando desperdícios e respingos);
- Identificar almotolias com o nome da solução, a data da troca, validade e assinatura;
- Estocar em local limpo e seco;
- Realizar o processo de limpeza e desinfecção das almotolias a cada 7 dias.
- Manter as soluções das almotolias em quantidade suficiente para o uso de 07 dias. Não completá-las com enchimentos sucessivos.

Sala de Expurgo

Materiais necessários:

- 1. EPI (s):
- Avental impermeável;
- Luva grossa de cano longo e luva de procedimento,
- Máscara,
- Óculos protetor,
- Gorro
- Sapatos fechados.
- 2. Soluções:
- Detergente enzimático (preferencialmente), ou detergente alcalino, ou neutro.
- Desinfetante -> ácido peracético ou hipoclorito de sódio
- Álcool a 70% específico para superfície.

3. Escovas de cerdas macias

Ex.: escovas tipo degermação da pele, escovas tipo dental especialmente destinadas para limpeza de materiais e, esponjas não abrasivas

- 4. Recipientes plásticos com tampas para cada tipo de solução.
- 5. Falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas.
- 6. Saco plástico de lixo branco contaminado (até 20 litros).

Estrutura fixa da sala de expurgo:

- 1. Recipientes plásticos com tampa, para:
- Detergente enzimático (preferencialmente), ou detergente alcalino, ou neutro
- Desinfetantes -> ácido peracético ou hipoclorito de sódio
- 2. Lixeira com tampa acionada por pedal;
- 3. Pia ou tanque de cuba funda;
- 4. Mesa auxiliar ou bancada;

Obs. : Não são permitidos armários fechados sob as pias.

Passo a passo do procedimento:

- 1. Checar os insumos e artefatos necessários para o trabalho diário de lavagem e desinfecção dos produtos para saúde da unidade
- 2. Manter as janelas teladas abertas para ventilação do ambiente
- 3. Separar os produtos para saúde por tipo: instrumental, material de plástico e borracha
- 4. Organizar a bancada ao término de cada plantão, guardar todos os produtos utilizados na rotina de limpeza e desinfecção
- 5. Manter a sala limpa e organizada
- 6. Antes de retirar as luvas, lavar as mãos enluvadas; secar e guardar
- 7. Retirar os EPI(s) na sala e mantê-los limpos em local apropriado para secagem.

Obs: Limpar as superfícies fixas (mesas, bancadas) com água e sabão liquido, na sequência passar álcool a 70%.



NR Número 9 - Limpeza e Desinfecção de Ambientes

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Responsável técnico pelo serviço de Higienização (limpadora), sob orientação técnica do enfermeiro da unidade.

Execução: Serviço de Higienização Ambiental

1. Deve ser realizada diariamente limpeza concorrente da sala de expurgo e sala de preparo e com água e sabão.

Na presença de sangue, excreção, secreção e rompimento do saco de lixo, deverá retirar com papel absorvente, na sequência realizar a limpeza com água e sabão líquido e realizar a desinfecção da área com hipoclorito de sódio.

Usar EPI adequado: avental, luvas, óculos de proteção e máscara ou protetor facial.

- 2. Deve ser realizado semanalmente a limpeza terminal da sala de expurgo e sala de preparo e piso, parede, teto, janelas e outros que se fizerem necessários.
- 3. Os resíduos devem ser segregados e acondicionados corretamente.

Caixa para descarte de perfurocortante, não deve ultrapassar 2/3 da capacidade. Quando atingir a capacidade fechar e lacrar corretamente.

Os sacos plásticos devem ser fechados com barbante ou nó.

Os resíduos recolhidos devem ser encaminhados à sala de resíduos ou lixeira.

4. Recolher os resíduos observando a periodicidade e horários de acordo com a necessidade do serviço.

BIOSSEGURANÇA: Lembre-se que:

- Usar adequadamente os Equipamentos de Proteção Individual EPI. (Conforme Capitulo 2/ POP 6)
- Lavar as mãos antes de calçar as luvas e após a sua retirada.
- Lembre-se: para sua segurança lavar as mãos (Conforme Capitulo 2/POP4)

Limpeza e desinfecção de superfícies

Descrição da limpeza da superfície (bancada):

A orientação técnica para limpeza e desinfecção de superfícies visa o controle da infecção cruzada e a realização do procedimento com qualidade e segurança.

O Enfermeiro é o profissional das unidades de saúde que define a execução e a periodicidade do procedimento para garantir o atendimento seguro ao usuário e ao profissional.

Profissional Executor: Auxiliar e Técnico de Enfermagem

Materiais necessários:

Insumos e recursos

- Água
- 03 Panos limpos
- Luva de borracha
- Álcool a 70°
- Hipoclorito de sódio 1% (para utensílios com secreção)
- Sabão líquido
- Balde
- Papel toalha.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO:

Descrição da desinfecção da superfície (bancada): execução da equipe de enfermagem e demais técnicos da saúde

- Álcool 70º e pano limpo (ou descartável)
- Calçar as luvas
- Umedecer um pano limpo com álcool 70% e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo.

Descrição da desinfecção da superfície com secreção (piso): execução do serviço de limpeza – sob orientação técnica do enfermeiro da unidade

- Preparar o material para a desinfecção após a limpeza e de acordo com o procedimento:
- Hipoclorito de sódio a 1%, papel toalha e pano limpo.
- Calçar as luvas
- Para superfície com secreção realizar a retirada da mesma com papel toalha
- Colocar o hipoclorito de sódio 1% no local onde estava a secreção. Aguardar 10 minutos e proceder à limpeza conforme descrito acima.

Execução da equipe de enfermagem e demais técnicos da saúde

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO:

- Preparar o material de acordo com o procedimento (balde, água, sabão e etc.)
- Calçar as Luvas para borracha
- Umedecer um pano limpo em solução de água e sabão e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo
- Umedecer um pano limpo em água limpa e realizar a retirada do sabão respeitando as orientações acima
- Realizar a secagem com um pano limpo e seco.

Referências:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO - RDC № 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, 2012. Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7599770043e684468b198f45f4f7d4e4/rdc0015 15 03 2012.pdf?MOD=AJPERES

São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p.



NR Número 10 - Descarte de materiais de uso descartável

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Apresentar medidas preventivas ao risco de acidente ocupacional envolvendo material de uso descartável.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO:

- Utilizar EPIs; (Conforme Capitulo 2/ POP 6)
- Ter os cuidados abaixo citados durante o acondicionamento temporário interno:
- Os recipientes estejam tampados para que não haja vazamentos e possuam acionamento em pedal;
- O saco plástico deve ter sua abertura amarrada com nó. Ao fechar o saco, retirar o excesso de ar e atentando para que esse ar não seja inalado;
- Após fechamento dos recipientes encaminhá-los para sala de armazenamento interno ou externo, organizando os horários, turnos e a necessidade da remoção dos resíduos;
- O local para a armazenagem interna de descartes, deve ser de fácil limpeza, com boa luminosidade, sem entulhos ou local de alimentação. Deve-se evitar que esse local seja de maior fluxo, e que seja de fácil acesso para que a empresa prestadora de serviço recolha os resíduos em condições seguras tanto para os profissionais quanto para os usuários;
- O local para a armazenagem externa de descartes, deve ser coberto, possuir bombonas com tampas, evitando o acesso de roedores, insetos e animais domésticos.
- Manter a observância frente ao tipo de resíduo e ao recipiente correto ao ser descartado conforme figura



- Não descartar material perfuro cortante em saco de lixo comum;
- Acionar a lixeira de material contaminado através do pedal;
- Solicitar ao higienizador que substitua os sacos de resíduos pelo menos uma vez por turno ou sempre que necessário;
- É proibido o esvaziamento dos sacos ou seu reaproveitamento;
- O preenchimento do saco e da caixa de perfurocortantes não deve ultrapassar 2/3 da sua capacidade máxima, a fim de permitir o fechamento adequado e maior segurança;
- A caixa de perufocortante deve ser vedada com fita adesiva e encaminhá-lo para o local temporário de acondicionamento, até que seja destinado ao serviço de coleta de material ambulatorial.

Referências:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO - RDC Nº 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, 2012. Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7599770043e684468b198f45f4f7d4e4/rdc0015 15 03 2012.pdf?MOD=AJPERES



NR Número 11 - Organização dos Consultórios Clínicos e de Enfermagem e Sala de Procedimentos

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVOS: Manter os consultórios médicos e de enfermagem organizados proporcionando segurança ao profissional e qualidade no atendimento dos usuários do SUS.

Propiciar um ambiente organizado para o atendimento ao usuário;

Contribuir para que os usuários sejam diferenciados de acordo com sua necessidade de atendimento melhorando a qualidade e agilidade do serviço prestado;

Subsidiar para que, através da padronização dos procedimentos, todos os usuários tenham acolhimento adequado aos padrões de qualidade e humanização;

Padronizar as técnicas de avaliação dos sinais vitais a fim de otimizar o serviço e oferecer uma assistência de qualidade ao usuário.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Abaixador de Língua,
- Algodão;
- Álcool;
- Almotolia;
- · Atadura;

- Bandeja Inox;
- · Esfigmomanômetro,
- Estetoscópio;
- · Esparadrapo;
- Fita Crepe;
- Kit curativos;
- Kit retirada de pontos;
- Garrote;
- Lâmina de Bisturi;
- Luva de Procedimento PP, M, G e GG;
- Luva Estéril (diversos tamanhos);
- Scalp nº19, nº21, nº23 e nº25;
- Seringas 1ml, 3ml, 5ml, 10ml e 20ml;
- Abocath (JELCO) nº24, nº22 e nº20;
- Agulha 13x4,5, 25x7,25x8 e 40x12;
- Soro Fisiológico 0,9%,
- · Termômetro,
- Danula;
- Lençol;
- · Escada;
- Maca;
- Almotolias (Álcool; gel condutor; PVPI Tópico e vaselina);
- Sabão líquido (almotolia ou dispenser);
- Papel Toalha;
- Pilhas;
- · Régua;
- Impressos diversos;
- Carbono;
- Computador;
- Lápis,
- borracha e
- Caneta

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO:

- Organizar e repor materiais de consumos e equipamentos.
- Promover a Limpeza das Superfícies e Artigos.
- Realizar reposição de materiais e organização dos consultórios para continuidade dos atendimentos;
- Repor os materiais de consumo: algodão, abaixador de língua, álcool 70%, seringas, material para punção venosa, medicações, SF, diluentes, luvas de procedimentos, impressos;
- Almotolias: datar e lavar a cada 7 dias.
- Solicitar que a equipe de limpeza realize a reposição de papel toalha, sabão líquido, retirada do lixo e limpeza do chão.

Obs: Preferencialmente, nos horários de menor fluxo de atendimento.

Referências:

São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Manual técnico: procedimento e legislação para risco biológico — Biossegurança na saúde nas Unidades Básicas de Saúde. Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. 2. Ed.; São Paulo (SP), 2011. Disponível

em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/Manual Tecnico.pdf



NR Número 12 - Sala de preparo e esterilização de produtos para saúde

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Preparar produtos de uso na saúde dos usuários, para serem inspecionados quanto à integridade, limpeza e funcionalidade, em seguida embalados, esterilizados, estocados e distribuídos.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Papel grau cirúrgico ou crepado, ou manta de polipropileno
- Tesoura
- Indicador químico classe 1 (fita adesiva "zebrada") ou embalagem impregnada ou rótulo impregnado
- Indicador químico a partir da classe 4, para monitorar as condições específicas do ciclo de esterilização
- Indicador: biológico
- Cadernos de registros dos controles de esterilização
- Carimbo de identificação do profissional.

Estrutura fixa da sala:

- Autoclave É necessário sempre ao adquirir uma autoclave, guardar seu manual de instruções, bem como se informar se o fabricante fará manutenção e validação térmica periodicamente.
- Seladora, em caso do papel cirúrgico /polietileno/ propileno
- Armário ou prateleira para armazenamento e estocagem
- Mesa auxiliar e/ou bancada de trabalho
- · Incubadoras para indicador biológico
- Lixeira com pedal
- Mesa tipo escrivaninha (se a área física permitir)
- Cadeira.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO:

- Higienizar as mãos antes de iniciar o empacotamento dos artigos, conforme POP. (Conforme Capitulo 2/ POP4)
- Vestir EPIs conforme indicação. (Conforme Capitulo 2/ POP 6)
- Inspecionar o artigo antes do empacotamento, verificando limpeza integridade e funcionalidade.
- Abrir e desmontar o máximo possível os artigos articulados.
- Colocar o material diagonalmente no centro da embalagem, fechar com seladora.
- Colocar na autoclave os produtos para saúde.
- Dispor os pacotes dentro da câmara, deixando espaço entre eles para facilitar a circulação do vapor e drenagem do ar e do vapor.
- Ordenar os pacotes mais pesados em baixo.
- Utilizar até 70% da capacidade da câmara da autoclave, deixando as paredes da câmara livres sem apoiar os pacotes.
- A utilização de indicadores biológicos deve ser feita no mínimo 1 vez ao dia em centrais de materiais, antes do início das atividades (ANVISA, 2012).
- O monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico, em pacote desafio, deve ser posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, definido durante os estudos térmicos na qualificação de desempenho do equipamento de esterilização.
- Ligar o aparelho conforme instruções do fabricante, fixadas em local de fácil acesso.
- Aguardar o ciclo de esterilização, observando se a temperatura e pressão corretas foram atingidas.
- Ao término do ciclo e, após o manômetro ter indicado ausência total de pressão, entreabrir a porta por 10 minutos para a saída do vapor.
- Higienizar as mãos.
- Verificar a integridade, ausência de umidade e manchas nos pacotes.
- Não colocar os pacotes quentes em superfícies frias, para evitar a condensação do vapor que ainda resta dentro deles.

Observação importante:

- A manutenção da esterilidade do produto depende de condições que não permitam a penetração de micro-organismos em pacotes esterilizados.
- Assim sendo, desde que utilizada uma embalagem apropriada, a validade do material esterilizado está diretamente relacionada com: qualidade e integridade da embalagem, condições de transporte, estocagem e forma de manuseio apropriadas.
- Antes de armazenar novos lotes de produtos esterilizados, verificar as condições de integridade da embalagem dos produtos previamente estocados, removendo para reesterilizar os que estiverem inadequados.
- Se persistir a falha na esterilização de um indicador químico interno, encaminhar um relatório descritivo a apoiadora técnica do seu distrito e abrir SIS solicitando avaliação do equipamento de esterilização a fim de identificar as causas da falha ocorrida.

Técnica de utilização de produto esterilizado

- 1. Higienizar as mãos (Conforme Capitulo 2/ POP4)
- 2. Manusear pacotes esterilizados com cuidado, evitando compressão ou manipulação excessiva
- 3. Verificar a embalagem quanto às condições de integridade: não apresentar umidade, manchas, sujidade, selagem inadequada ou rompida, fissuras, rasgos, perfurações, dobras ou amassamentos.
- 4. Pacotes cuja embalagem não estiver íntegra devem ser considerados contaminados, não utilizados e encaminhados para resterilização.
- 5. Verificar as condições do indicador químico externo: Se a fita zebrada não estiver completamente revelada, não utilizar e encaminhar para a resterilização.
- 6. Abrir a embalagem com técnica asséptica, utilizando o lado apropriado para abertura da selagem ou da abertura da dobra, conforme o tipo de fechamento que o pacote apresentar. Não rasgar ou utilizar tesoura para abertura de pacotes estéreis.
- 7. Remover o produto com técnica asséptica evitando contaminá-lo com as mãos ou com a face externa do pacote ou se o produto for ser transferido para um campo estéril, utilizar técnica asséptica de transferência, impedindo o contato das mãos ou da face externa do pacote no campo estéril.
- 8. Verificar as condições do integrador químico interno (integrador), que deverá estar na posição "esterilizado".
- Caso o integrador indique falha na esterilização ou apresente-se duvidoso, o pacote deverá ser considerado como contaminado o que deverá ser relatado imediatamente para o enfermeiro responsável pela esterilização.
- 10. Verificar as condições do indicador químico externo: Se a fita zebrada não estiver completamente revelada, não utilizar e encaminhar para a reesterilização.
- 11. Verificar as condições do integrador químico interno (integrador), que deverá estar na posição "esterilizado".
- 12. Se persistir a falha na esterilização de um indicador químico interno, encaminhar um relatório descritivo a apoiadora técnica do seu distrito e abrir SIS solicitando avaliação do equipamento de esterilização a fim de identificar as causas da falha ocorrida.

Referências:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO - RDC № 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, 2012. Disponível em:

São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p.



NR Número 13 - Métodos de monitoramento da esterilização

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Realizar o controle de qualidade da esterilização.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

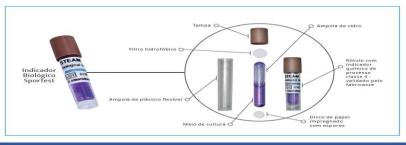
Monitoramento Biológico: É realizado por meio de indicador biológico contendo uma população de micro-organismos esporulados, comprovadamente resistentes ao agente esterilizante a ser monitorado.

- 1. Identificar cada indicador biológico, com data, identificação da autoclave (para serviços que tenha mais de uma autoclave), hora do processamento, lote, posição do pacote (ex.: porta, meio e fundo)
- 2. Colocar o indicador biológico no meio do maior "pacote desafio" das cargas processadas na UBS, identificando no lacre.
- 3. Esterilizar a carga de maneira usual
- 4. Ao término, deixar esfriar por 10 minutos antes de retirar o indicador biológico.

Incubadora:

- 1. Ligar a incubadora e deixá-la aquecer por 1 hora.
- 2. Colocar o tubete de plástico no local indicado na incubadora para que a ampola de vidro (interna no tubete de plástico) seja quebrada, se necessário apertar manualmente o tubete de plástico antes de colocar na incubadora.
- 3. Manter a tampa da incubadora sempre fechada para manutenção da temperatura apropriada para a incubação.
- 4. Proceder da mesma forma com um indicador que não tenha sido submetido ao processo de esterilização. Este indicador servirá como controle positivo e testará a incubadora, verificando se esta apresenta as condições ideais de temperatura e se os esporos daquele lote de indicadores são viáveis.
- 5. Incubar o indicador biológico por até 48h, verificando periodicamente se houve crescimento bacteriano.
- 6. A cor do meio de cultura permanecerá violeta (negativo) ou amarela (positivo).
- 7. O tempo de leitura do indicador biológico poderá ser menor, de acordo com a recomendação do fabricante.
- 8. Retirar as etiquetas identificadas dos tubetes de plástico para colar no livro de controle.

Obs.: Atentar ao modelo da incubadora, tempo de leitura -> antes de colocar em uso ler orientação do fabricante.



Monitoramento químico:

O indicador/integrador químico

Os testes químicos podem indicar uma falha potencial no ciclo de esterilização pela mudança na coloração dos indicadores, ou então por outros mecanismos como a fusão de sólidos à temperatura e tempo de exposição pré-determinados.

Integrador químico: É um indicador químico que, quando colocado no pacote a ser esterilizado, detecta se o agente esterilizante (vapor) atingiu o interior de cada um deles

- 1. Colocar um indicador/integrador químico no meio do maior "pacote desafio" das cargas processadas na UBS identificando no lacre
- 2. Processar a carga de acordo com procedimento estabelecido e armazenar o material
- 3. Abrir o pacote desafio, retirar o integrador, realizar a leitura individual





Anexar e fazer a anotação no caderno próprio

Obs.: Os pacotes (que poderão ser definidos previamente por cada Unidade para receber de rotina ou eventualmente o integrador) abertos nos setores (consultório de odontologia, sala de PCG /colocação de DIU, sala de curativo), retirar o integrador, realizar a leitura individual e anexar ou anotar no livro de registro.

Monitoramento físico: É realizado por meio da verificação da temperatura da autoclave.

• Utilização da impressão dos parâmetros da autoclave

Registro:

- 1. Registrar em ficha registro o resultado da leitura dos controles (biológico, químico e físico) com a data e nome do profissional que realizou a leitura (Anexo 1 e Anexo 2)
- 2. Colar a etiqueta do indicador biológico e do indicador químico
- Registrar os lotes de esterilização
- 4. Registrar eventos de manutenção da autoclave

Obs. : Manter em local visível as instruções de funcionamento da autoclave.



Referências:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO - RDC Nº 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, 2012. Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7599770043e684468b198f45f4f7d4e4/rdc0015_15_0
3 2012.pdf?MOD=AJPERES

São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p.



NR Número 14 - - Conduta imediata em casos de acidente com material biológico

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Fornecer suporte ao profissional acidentado, direcionando-o imediatamente a tomar a conduta mais apropriada para o caso.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO

- Água
- Sabão
- Álcool 70%
- · Papel toalha.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

Lesões decorrentes de acidente com exposição a material biológico: limpar imediatamente o local com água corrente e sabão, secar com papel toalha e aplicar álcool a 70%; em pele não íntegra evitar álcool ou outros antissépticos; avaliar a situação vacinal (Hepatite B e Antitetânica).

Notificação de acidente: Imediatamente após o acidente, a chefia imediata deverá ser informada, a qual notificará e encaminhará o acidentado ao Pronto Socorro Municipal, UBAI ou SAE com maior brevidade possível (entre duas e 72 horas no máximo).

Observação

São considerados acidentes biológicos:

Ferimentos com objetos perfurocortantes: quando houver a penetração da pele com agulhas, semelhantes e ou material médico cirúrgico contaminado com sangue ou outros fluídos corporais humano;

Respingo de sangue ou outros fluídos corporais humanos em mucosas: compreende o contato direto da mucosa ou pele com solução de continuidade, sangue, líquido orgânico contendo sangue visível ou outros líquidos orgânicos potencialmente infectantes;

Contato com pele íntegra: todo o contato com material biológico com pele integra não constitui situação de risco para o HIV, caso a exposição envolva um grande volume com carga viral em área extensa de pele, deverá ser avaliado pelo médico.

Registro

 Na UBS deverá ser preenchido o Relatório Individual de Notificação de Agravo (RINA) e encaminhado para a Saúde do Trabalhador/SMS.

Referências

CARMAGNANI, M. I. S. *et al*. **Procedimentos de Enfermagem**: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2017. 330 p.

PERRY, A.G.; POTTER, P.P.; ELKIN, M.K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.



CAPÍTULO 3

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS -POPS DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NA APS





POP Número 01 - Frequência Cardíaca

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Aferir a frequência e o ritmo do pulso do paciente.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO: Relógio com segundeiro, caneta e papel.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- · Reunir os materiais necessários;
- Explicar ao paciente sobre o procedimento de verificação do pulso periférico
- Aquecer as mãos, realizando fricção;
- Posicionar o paciente de maneira confortável
- Optar pela verificação: artéria radial, braquial, poplítea, pediosa, temporal, carótida ou femoral;
- Colocar a ponta dos dedos médio e indicador sobre uma artéria superficial escolhida comprimindo-a levemente;
- Contar as pulsações durante 1 minuto;
- Repetir o procedimento, quando necessário;
- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Comunicar ao Enfermeiro ou ao Médico, em caso de alterações;
- Registrar no prontuário o valor e o encaminhamento realizado no caso de alterações encontradas.

Observação

- Evitar a verificação de pulso se o paciente estiver visivelmente em um momento de estresse e/ou ansiedade;
- Verifique também o ritmo e a amplitude (cheio ou filiforme) do pulso.
- Valores de referência:
 - Menores de 7 anos: 80 a 120 bpm (normosfigmia)
 - Maiores de 7 anos: 70 a 90 bpm (normosfigmia)
 - Adolescentes: 80 a 95 bpm (normosfigmia)
 - Adultos:
 - 60 a 100 bpm (normosfigmia)
 - < 60 bpm (bradisfigmia)
 - 100 bpm (taquisfigmia).

Registro

- Registrar no prontuário do paciente a frequência, o ritmo e a amplitude da pulsação periférica;
- Assinar e carimbar.

Referências

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed. 2019. 482 p.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem**: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2017. 330 p.



POP Número 02 - Frequência Respiratória

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Caracterizar a frequência, a profundidade e o ritmo da respiração identificando a normalidade (eupnéia) ou alterações (dispnéia, ortopneia, taquipneia, bradipneia, apneia).

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO

Relógio com segundeiro, caneta e papel.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- · Reunir os materiais;
- Posicionar o paciente de maneira confortável;
- Observar os movimentos respiratórios do paciente através da subida e descida do tórax no intervalo de 1 (um) minuto. Em pacientes conscientes, você pode colocar os dedos no pulso radial, como se fosse aferir pulsação periférica, e realizar a contagem dos movimentos respiratórios sem que o paciente se dê conta.
- Ao contar os movimentos respiratórios, observe a profundidade da respiração e se o paciente apresenta alguma dificuldade para respirar (dispnéia);
- Questionar se o paciente está sentindo falta de ar (dispnéia);
- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Comunicar ao Enfermeiro ou ao Médico, em caso de alterações;
- Registrar no prontuário o valor e o encaminhamento realizado no caso de alterações encontradas.

Observação

- Procurar realizar a verificação da frequência respiratória quando o paciente esteja tranquilo e em silêncio;
- Se o paciente apresentar respirações superficiais e de difícil detecção, observar o apêndice xifóide, pois é o local onde a respiração é mais aparente.
- Valores de referência para frequência respiratória (mrpm movimentos respiratórios por minuto):
 - Adultos:
 - 12 a 22 mrpm (eupneia)
 - > 22 mrpm (taquipneia)
 - < 12 mrpm (bradipneia)
 - Crianças:
 - 20 a 25 mrpm (eupneia)
 - RN: 30 a 60 mrpm (eupneia).

Registro

- Registrar no prontuário do paciente a frequência respiratória, a profundidade da respiração e as alterações apresentadas (por exemplo: dispnéia, bradipneia, etc);
- Assinar e carimbar.

Referências

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem**: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2017. 330 p.

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed. 2019. 482 p.



POP Número 03 - Glicemia Capilar Periférica - HGT

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Controlar índice glicêmico do usuário de acordo com a prescrição médica e ou conforme avaliação da necessidade.

Terminologia: hipoglicemia (< 70 mg/dL) ou hiperglicemia (> 100 mg/dL).

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja
- Luvas de procedimento
- Algodão embebido com álcool 70%
- Aparelho
- Fita reagente específica do aparelho
- Lanceta ou agulha 13x4,5 mm.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- · Explicar procedimento ao usuário;
- · Reunir material;
- · Retirar apenas 01 tira reagente, fechando o frasco imediatamente;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar antissepsia do local com álcool 70% e esperar secar;
- Ordenhar o dedo e lancetar a extremidade lateral do dedo com lanceta própria ou agulha 13x4,5 mm, manter o dedo abaixo do nível do coração com a área lancetada voltada para baixo para facilitar a formação de uma gota suficiente;
- Encostar a tira reagente na gota para transferi-la rapidamente para a fita, n\u00e3o tocar a fita com os dedos;
- Introduzir a fita no aparelho para leitura (em alguns aparelhos a fita é introduzida antes);
- Informar resultado ao paciente;
- Retirar a fita reagente e desprezá-la no lixo;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- · Anotar os resultados.

Observação

É importante controlar o tempo de reação do sangue com a fita para não haver erro nos resultados.

Registro

- Registrar data, horário e valor da verificação;
- Assinar e carimbar.

Referências

OLIVEIRA, R. G. Blackbook Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook Editora. 1 ed. 2016. 816 p. SOUZA, M. H. S. Hospital: manual do ambiente hospitalar. Curitiba: Divulgação cultural. 4 ed. 2015. SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020. São Paulo: Clannad: 2019.



POP Número 04 - Aferição da Pressão Arterial

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Identificar o valor pressórico arterial (sistólica/diastólica).

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja, esfigmomanômetro e estetoscópio higienizados e algodão e álcool 70%
- Caneta e papel.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

- Identificar o paciente;
- Informar ao paciente sobre o procedimento;
- Deixar o paciente em repouso de 3 a 5 minutos antes da aferição;
- Orientar que o paciente n\u00e3o converse durante a aferi\u00e7\u00e3o, manter o ambiente tranquilo e silencioso;
- Assegurar-se que o paciente não esteja com a bexiga cheia, que não tenha praticado exercícios físicos nos últimos 60 minutos, que não tenha feito uso de bebidas alcoólicas, café, alimentos ou que não tenha fumado nos últimos 30 minutos;
- Higienizar as mãos; (Capitulo 3/POP 1)
- · Reunir materiais na bandeja;
- Selecionar o manguito com tamanho adequado ao braço do paciente (circunferência do braço no ponto médio entre o acrômio e o olécrano);
- Realizar desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido com álcool 70%;
- Posicionar o paciente confortavelmente, sentado com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão e dorso recostado na cadeira;
- Se necessário, retirar a manga do braço do paciente;
- Posicionar o braço na altura do coração, apoiado com a palma da mão voltada para cima e cotovelo fletido;
- Colocar o manguito 2 a 3cm da fossa cubital, sem deixar folgas;
- Posicionar o centro da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
- Palpar a artéria radial e insuflar o manguito até o desaparecimento do pulso, este será o valor estimado da PAS (Pressão Arterial Sistólica), após deve-se desinflar o manguito rapidamente;
- Palpar a artéria braquial na fossa cubital e posicionar o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
- Inflar rápidamente ultrapassando de 20 a 30 mmHg o valor estimado da PAS obtido pela palpação;
- Realizar lentamente a deflação (2 mmHg/segundo);

- Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som;
- Aumentar a velocidade de deflação e determinar a PAD (Pressão Arterial Diastólica) no desaparecimento dos sons;
- Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmação do seu desaparecimento e enfim realizar rapidamente a deflação completa;
- Se os sons persistirem até o nível zero, determinar a PAD ao abafamento dos sons e anotar os valores da PAS/PAD/Zero;
- Realizar pelo menos duas medições, com intervalo de 1 minuto; na primeira aferição do indivíduo medir em ambos os braços (se possível). Usar como referência o valor do braço onde foi encontrada maior pressão;
- Informar o valor da PA ao indivíduo;
- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Anotar os valores exatos e o braço em que a PA foi aferida.

Observação

- Assegurar-se que a pessoa não tenha realizado mastectomia (remoção cirúrgica da mama), que não possua fístula arteriovenosa (acesso vascular permanente), lesões, queimaduras, hemiparesia ou hemiplegia no membro em que a PA será aferida;
- Devem ser considerados aspectos como: ansiedade, dor, estresse, doença, febre, idade, sexo, ingestão de cafeína, drogas, fumo;
- Valores de normalidade em adultos ou em crianças:
- Adultos:
 - Normotenso: Sistólica: 90 a 130 mmHg e Diastólica: 60 a 85 mmHg
 - Hipotenso: PA < ou = 90/60 mmHg
 - Hipertenso: PA > ou = 140/90 mmHg
- Crianças:
 - Normotenso: Sistólica: 60 a 90 mmHg e Diastólica: 30 a 60 mmHg

Registro

- Registrar dia e horário em que foi realizado o procedimento, valores exatos e o braço em que a PA foi aferida;
- Não arredondar valores pressóricos;
- Assinar e carimbar.

Referências

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed. 2019. 482 p.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem**: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2017. 330 p.



POP Número 05 - Aferição de Temperatura

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Verificar a temperatura obtendo valores fidedignos embasando as intervenções de enfermagem e condutas médicas.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja, termômetro digital, álcool 70% e algodão
- · Caneta e papel.

Passo a passo do procedimento

Confirmar identidade do paciente;

Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)

- · Reunir o material;
- Testar o equipamento;
- · Explicar o procedimento ao indivíduo;
- Posicionar o paciente confortavelmente com exposição das axilas;
- Fazer a desinfecção do equipamento com álcool 70%;
- Posicionar a extremidade do termômetro no centro da axila e solicitar que o paciente baixe o braço e o mantenha junto ao corpo;
- Manter o termômetro nessa posição até escutar o sinal "beep" e depois retirá-lo;
- Observar a temperatura que estiver indicada no monitor do termômetro;
- Informar resultado ao paciente;
- Fazer desinfecção do termômetro com álcool 70% após o contato com o paciente;
- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Anotar o valor exato e o local onde a temperatura foi verificada.

Observação

- A temperatura axilar é a mais utilizada na prática clínica, seguida da oral e da retal. Mas também pode ser utilizada a aferição timpânica e a frontal (com utilização de termômetros com sensores infravermelhos);
- A temperatura corporal média em adultos saudáveis varia conforme o local de aferição:

Oral: 33,2°C - 38,2°C

Retal: 34,4°C - 37,8°C

Axilar: 35,5°C - 37°C

• Timpânica: 35,4°C - 37°C

Frontal: 34,4°C - 38°C

Terminologia:

○ Hipotermia: < 35°C

Febril ou hipertermia: > 37,8ºC

Afebril 36°C a 37,5°C.

Registro

- Registrar os valores exatos da temperatura do paciente e o local onde foi medida a temperatura;
- Assinar e carimbar.

Referências

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed. 2019. 482 p.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem**: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2017. 330 p.



POP Número 06 - Avaliação da DOR

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Avaliação da dor através da aplicação de escala numérica associada à intensidade da dor autorreferida.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem **MATERIAL NECESSÁRIO**

Caneta e papel.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

- Realizar coleta de dados sobre a história clínica detalhada da dor, englobando os seguintes aspectos:
- Início da dor (quando): perguntar ao indivíduo quando a dor iniciou (se foi de início súbito, gradual ou rápido). É importante para poder diferenciar a dor em aguda e crônica.
- Período e duração dos episódios: perguntar ao indivíduo se a dor se manifesta mais em algum período específico do dia. Questionar se a dor é contínuo ou acontece em episódios e durante quanto tempo do dia ela aparece. Essas características são importantes pois podem auxiliar no diagnóstico da causa da dor e os mecanismos envolvidos.
- Qualidade da dor (como): auxiliam para determinar o tipo de dor (neuropática, visceral, mista ou somática) e contribuir no direcionamento do tratamento. Por exemplo, a dor pode ser sentida na forma de queimação ou choque.

Intensidade da dor: como a dor é subjetiva, deve-se utilizar a *Escala de categoria numérica*. É amplamente utilizada na prática clínica para avaliação da intensidade da dor. O paciente refere sua dor numa escala de 0 a 10, como sugestão de pergunta: *Em uma escala de zero a dez, onde zero é a ausência de dor e dez a pior dor que você já sentiu em sua vida, como classificaria a dor que está sentindo agora?*

A classificação deve ser feita conforme descrito abaixo:

0 = ausência de dor

1 - 3 = dor leve

4 - 6 = dor moderada

7 - 1 = dor intensa

Local da dor: pedir para o indivíduo indicar o local onde sente a dor, apontando onde exatamente ele sente a dor, seja no próprio corpo ou em um diagrama conforme a Figura 1, que pode ser preenchido pela própria pessoa, por um familiar ou pelo profissional que está realizando a anamnese.

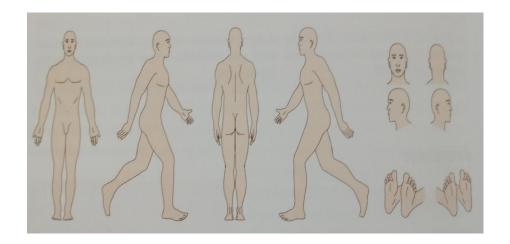


Figura 1: Diagrama corporal. Fonte: BARROS, 2016.

Sinais e sintomas associados: questionar o indivíduo quanto ao impedimento de utilizar algum membro devido a dor e alterações como edema, na cor, temperatura e disfunções intestinais ou vesicais.

Fatores que pioram ou melhoram a dor: perguntar sobre fatores ou ações que pioram a dor ou que melhoram a dor. Com isso, é possível explicar os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na dor sentida pelo indivíduo, bem como identificar opções não farmacológicas para seu alívio ou medidas a serem evitadas para não piorar a dor.

Tratamento prévio: questionar sobre tratamentos realizados para o alívio da dor e avaliar se estão ou estavam sendo efetivos para o alívio da mesma. Obter informações sobre efeitos adversos sentidos, fármacos utilizados, doses administradas e duração do tratamento. Não esquecer de questionar também sobre medidas não farmacológicas utilizadas, como: plantas medicinais, acupuntura e outras Práticas Integrativas e Complementares (PICs);

Outros: obter relatos sobre o sono, hábitos (se fuma, se consome bebidas alcoólicas, alimentação, dependência de substâncias psicoativas, etc), questionar sobre alterações e/ou doenças que possam influenciar na ocorrência de eventos dolorosos. Perguntar também se os períodos de dor afetaram nas atividades de vida diária (como afastamento do trabalho).

Observação

Padrões mínimos a serem considerados na avaliação da dor:

- Quando a dor teve início? Como ela apareceu?
- A dor acontece de forma contínua? Ou tem períodos em que ela não aparece?
- Qual o período do dia em que ela fica pior?
- Como é a dor? É na forma de queimação? De choque?
- Qual local do seu corpo dói?
- O que você faz para aliviar a dor?
- O que faz com que a dor piore?
- → Ressalta-se que a dor não deve ser apenas um registro numérico no prontuário, toda queixa de dor deve ser considerada e, quando necessário, realizar os encaminhamentos necessários para que a queixa seja resolvida.

Registro

- Registrar no prontuário do paciente todos os dados obtidos;
- Assinar e carimbar.

Referências

BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e Exame Físico**: Avaliação diagnóstica de Enfermagem no adulto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed. 2016. 471 p.

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed. 2019. 482 p.



POP Número 07 - Curativos

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Jamile Lais Bruinsma

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Realizar a técnica de curativo em todos os tipos de feridas.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja;
- Kit de curativo (tesoura e pinças);
- Luvas de procedimentos e estéreis;
- Frasco de Solução Fisiológica (SF) 0,9% (volume de acordo com o tamanho da ferida), preferencialmente morna;

- Agulha 40x12 mm;
- Pacotes de gaze estéril;
- Equipamentos de Proteção Individual (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, gorro);
- Esparadrapo, fita microporosa ou fita crepe;
- Acrescentar, caso seja necessário: lâmina de bisturi; bacia ou cuba estéril e atadura de crepe.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

- Higienização das mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Reunir o material, observando validade e integridade;
- Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado;
- Colocar o usuário em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- Remover o curativo anterior com luva de procedimento ou pinça, de forma não traumática, utilizando solução fisiológica se houver aderência;
- Observar as características do exsudato: quantidade, cor, consistência e odor.
- Trocar/calçar as luvas de procedimentos e se necessário a estéril; (Conforme Capitulo 2/ NR 6)
- Se ferida fechada: realizar a limpeza começando pelo local da incisão utilizando a pinça hemostática;
- Se ferida aberta: realizar irrigação com solução fisiológica 09% morna (em torno de 37°C), utilizando seringa de 20ml e agulha 40x12 ou frasco de SF 0,9% perfurado com agulha. A pressão de irrigação deve ser suficiente para limpar a ferida sem danificar o tecido;
- Secar a pele ao redor da ferida com gaze;
- Realizar avaliação da ferida: pele e adjacências, tamanho da ferida, aparência das bordas, quantidade, cor e tipo do exsudato, tipo de tecido, presença de eritema ou edema ao redor da ferida:
- Aplicar a cobertura apropriada para o tipo de tecido da lesão;
- Ocluir a ferida com gaze estéril, chumaço ou compressa (cobertura secundária) e fixar com esparadrapo, micropore ou atadura de crepe, quando necessário;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Realizar orientações gerais ao usuário e agendar retorno, caso seja necessário.

Observações:

- A troca do curativo será prescrita de acordo com a avaliação da ferida e o tipo de cobertura utilizada;
- A escolha pela técnica estéril ou limpa deve ser realizada considerando as características da ferida e os riscos de contaminação;
- A remoção de tecidos desvitalizados (necrose e esfacelo) com bisturi assume características de desbridamento instrumental, tornando-se um procedimento especializado cabível ao enfermeiro (COFEN, 2018) ou ao médico;
- Não desbridar necroses estáveis, duras e secas em membros isquêmicos e calcâneos;
- Identificar e controlar as causas da lesão (doenças crônicas, traumas, posicionamento);
- Orientar o usuário para não umedecer o curativo nem a ferida durante o banho.

Registro

• Registrar no prontuário do usuário o aspecto da ferida (tipo de secreção, quantidade e característica do tecido) e o procedimento executado.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 567/2018. Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018 60340.html. Acesso em: 16 mai 2021.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE (EPUAP/NPIAP/PPPIA). Prevenção e tratamento de lesões/úlceras por pressão. Guia de consulta rápida. NPUAP: São Paulo, 2019. SÃO PAULO. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Padronização de Curativo. São Paulo, 2021.

PERRY, A.G.; POTTER, P.P.; ELKIN, M.K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

DADOS DA VERSÃO

Jamile Lais Bruinsma Enfermeira. Coren- RS: 417348



POP Número 08 - Administração de Medicamentos - Geral

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Administrar substâncias químicas que modificam o funcionamento corporal de modo a obter um efeito terapêutico.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO

- EPIs: luvas de procedimentos e avental
- Pia para higienização das mãos
- Papel toalha
- Álcool 70%
- Lixo comum, contaminado e perfuros cortantes
- Bancada para preparo da medicação
- · Soro fisiológico e água destilada
- Equipo para instalação de soro
- Maleta com medicamentos que julguem necessários para emergência
- Copinhos plásticos
- Agulhas (40 x 1,2, 30x0,8, 30x0,7, 25x0,8, 25x0,7, 13x0,45, 8x0,30)
- Maca para melhor posicionamento do usuário durante a administração de medicamentos, se caso necessário.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

- Receber o usuário com sua receita ou prescrição médica e acomodá-lo em local apropriado para realização do procedimento. Logo após reunir os materiais necessários;
- Preencha o registro da sala de medicação e prontuário do usuário;
- Observe antes de preparar a medicação: dose, via de administração, diluição, data e se o usuário é o que consta na receita.
- Realize a lavagens das mãos, separe os materiais e medicações a serem utilizados no procedimento. (Conforme Capitulo 2/ NR 4)

- Administre o medicamento em via correta conforme prescrição médica.
- Registre na receita com data, hora do procedimento, nome, assinatura e carimbo.
- Observe alterações do estado geral do usuário durante procedimento e oriente possíveis reações adversas pós administração medicamentosa.
- · Despreze perfuro-cortante no Descartex;
- Inicie a limpeza da bancada com álcool, 70% e realize a lavagem das mãos.
- Reponha os materiais diariamente preenchendo o formulário de materiais da sala de medicação.
- Registre todos os procedimentos executados pela equipe no prontuário.

CONFIRA OS 10 CERTOS DA MEDICAÇÃO

- **1. Usuário Certo**: Certificar-se de que a prescrição e ou receita médica corresponde ao usuário que será atendido, preferencialmente pelo nome completo.
- 2. Medicamento Certo: Consiste em ler o rótulo da medicação e comparar com a prescrição, certificando-se que o medicamento preparado corresponde ao prescrito e que o usuário não possui alergia a medicação prescrita; solicitar nova prescrição em caso de ilegibilidade; certificar-se que o medicamento prescrito terá a ação necessária de acordo com condição do usuário;
- **3. Dose certa:** Certificar-se que está preparando a dosagem prescrita e que esta não está superior ou inferior a recomendada para a idade ou condição do usuário;
- **4. Via Certa:** certificar-se que está preparando o medicamento para a via prescrita e que o mesmo pode ser administrado pela via solicitada, atentando-se para que a condição do usuário permita a administração pela via prescrita;
- 5. Hora Certa: Certificar-se que está preparando o medicamento para a hora aprazada.
- **6. Tempo Certo:** Certificar-se que a administração está ocorrendo no tempo recomendado para o medicamento e a condição do usuário, a exemplo das infusões contínuas.
- **7. Validade Certa:** Certificar-se que o medicamento não está com a validade expirada e **descartá- lo** caso haja dúvidas de sua validade ou integridade.
- 8. Abordagem Certa: Certificar-se que o usuário não possui mais dúvidas sobre o tratamento que será executado, respeitar o direito de recusa do usuário; esclarecer ao usuário sobre a medicação que será administrada via principal, a ação do medicamento, e como será feita a administração, sobretudo medicações que exijam colaboração e ação do cliente como as sublinguais, a explicação deverá ser dada. Explicar sempre de maneira clara e objetiva.
- **9. Previsão certa:** Certificar-se da ação da droga e possíveis efeitos colaterais e reações adversas. Certificar-se da disponibilidade do medicamento de antídotos/medicação necessários ao atendimento de emergência em caso de reações anafiláticos;]

10. Registro Certo: Certificar-se de checar o medicamento administrado ou circular o medicamento não administrado, realizar anotações de enfermagem pertinentes ao procedimento incluindo classe do medicamento, via, local de administração, efeitos colaterais e reações adversas, dentre outros, além de assinar e colocar o carimbo profissional com o número do registro do COREN.

Observação

Em caso de dúvida na administração e prescrição de qualquer medicamento deve-se procurar orientação médica ou de farmacêutico responsável.

Observação

Tabela de agulhas e seringas de acordo com a via de administração

VIA DE ADMINISTRAÇÃO	AGULHA	SERINGA
Intramuscular	25x7; 25x8 30x7;30x8	3ml e 5ml
Intradérmica	13x4,5	1ml
Subcutânea	13x4,5	1ml e 3ml

Atenção: as medicações por via endovenosa deverão ser administradas por dispositivo específico de acordo com a anatomia do usuário, sendo necessário mantê-lo em observação após administração.

Registro

- Registrar no prontuário do paciente a medicação administrada de acordo com a prescrição médica.
- Assinar e carimbar.

Referências

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed. 2019. 482 p.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem**: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2017. 330 p.

SILVA, R. C. da, Torres, A. A. P., ROSA, S. V. da. **Simulação do cuidado:** Guia prático em enfermagem – Fen UFPel. 2ed. – Pelotas: Gráfica Santa Cruz, 230p., 2016.



POP Número 09 - Administração de Medicamentos – Via Intramuscular

Versão 2/2021

Versão Elaborada por Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Padronizar rotinas de execução de procedimentos de enfermagem obtendo resposta farmacológica adequada. Utilizar o tecido muscular como via de administração de medicamentos, facilitando a rápida absorção de substâncias por esse tecido.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO

- Terapia medicamentosa prescrita;
- Medicamento;
- Luva de procedimento;
- Agulha para preparo da medicação (40x12) e agulha de tamanho adequado ao usuário (25 x 7, 30 x 7, 25 x 8, 30 x 8, etc);
- Seringa (de 1, 3 ou 5ml);
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Algodão seco;
- Bandeja

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Conferir prescrição medicamentosa: "10 certos";
- Reunir o material necessário;
- Preparar o medicamento de forma asséptica de acordo com a prescrição;
- Realizar a identificação do medicamento com os 10 certos;
- Explicar procedimento ao usuário;
- Posicionar o usuário confortavelmente, expondo a região de aplicação;
- Realizar a delimitação do local adequado para introdução da agulha;
- Realizar a antissepsia da pele com algodão embebido em álcool a 70%;
- Segurar com firmeza o músculo, com a mão não dominante;

- Introduzir a agulha em um ângulo de90º;
- Tracionar o êmbolo da seringa (conferir se não atingiu algum vaso sanguíneo);
- Na ausência de retorno de sangue, injetar lentamente a medicação;
- Retirar a agulha e fazer uma leve pressão com o algodão;
- Deixar o usuário confortável;
- Desprezar material conforme rotina da unidade;
- Retirar as luvas;
- Higienizar a bandeja;
- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Realizar os registros pertinentes.

Observação

Receitas ou prescrições médicas ilegíveis, ou fora do prazo de validade deverão ser atualizadas para posterior administração.

Locais de aplicação:

- Região do deltoide: 4 cm abaixo do acrômio.
- ➤ Região ventroglútea ou rochstetter: no centro do V delimitado pelos seguintes vértices palma da mão direita no grande trocânter esquerdo (base do V), dedo indicador na espinha ilíaca ântero-superior e dedo médio deslizando sobre a crista ilíaca no máximo de abertura possível.
- Região dorsoglútea: quadrante superior lateral.
- > Face ântero-lateral da coxa (FALC): terço médio da coxa na face ântero lateral.
- **Volume tolerado:** deltóide de 2a 3 ml; face ântero lateral da coxa até 4 ml, ventroglútea até 4 ml e dorsoglútea até 5 ml.
- Contraindicação: Processos inflamatórios locais. Medicação trazida em mãos (externas) pelo usuário e fora das especificações técnicas (imunoglobulinas, termolábeis, etc).
 Distúrbios graves de anticoagulação.



Recomendações:

- > Na criança menor de 2 anos, o local indicado para administração intramuscular é a FALC.
- Caso o volume a ser administrado ultrapasse o volume tolerado pelo músculo, dividir a dose e aplicar em mais de um local.
- Trocar sempre a agulha que preparou a medicação quando neste processo a agulha atravessou uma barreira, como nos casos de preparo de medicação contida em frasco-ampola.

Seleção do Local de Aplicação de IM e Volume máximo a ser administrado

Idade	Deltéide	Ventro glúteo	Dorso glúteo	Vasto lateral
Prematuro	1980	Sec	-	0,5
Neonatos	-	700	-	0,5
Lactentes	1990	1348	39	1,0
3 a 6 anos	-	1,5	1,0	1,5
6 a 14 anos	0,5	1,5-2,0	1,5-2,0	1,5
Adolescen te	1,0	2,0-2,5	2,0-2,5	1,5-2,0
Adulto	1.0	4.0	4.0	4.0

Registro

 Registrar no prontuário do paciente a medicação administrada de acordo com a prescrição médica e o local da aplicação do medicamento.

Print Brd Disease Waleson

• Assinar e carimbar.

Referências

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed. 2019. 482 p.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem**: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2017. 330 p.

SILVA, R. C. da, Torres, A. A. P., ROSA, S. V. da. **Simulação do cuidado:** Guia prático em enfermagem – Fen UFPel. 2ed. – Pelotas: Gráfica Santa Cruz, 230p., 2016.



POP Número 10 - Administração de Medicamentos - Via Subcutânea

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Padronizar rotinas de execução de procedimentos de enfermagem obtendo resposta farmacológica adequada. Utilizar o tecido subcutâneo como via de administração de medicamentos, facilitando a absorção lenta do medicamento administrado.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO

- Terapia medicamentosa prescrita.
- Medicamento.
- Luva de procedimento.
- Agulha (10x6, 13x4,5, 20x6) e agulha para preparo da medicação (40x12).
- Seringa de 1 ou 3 ml.
- Algodão seco.
- Bandeja.
- Álcool 70%.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Conferir prescrição medicamentosa: "10 certos";
- Reunir o material necessário;
- Preparar o medicamento de forma asséptica de acordo com a prescrição;
- Realizar a identificação do medicamento com os 10 certos;
- Explicar procedimento ao usuário;
- Posicionar o usuário confortavelmente sentado ou deitado, expondo a região de aplicação;
- Calçar as luvas;
- Realizar a antissepsia da pele com algodão embebido em álcool a 70%;

- Fazer uma prega com os dedos indicadores e polegar da mão não dominante;
- Introduzir a agulha em um ângulo de 45º a 90º, conforme espessura do tecido adiposo do usuário e tamanho da agulha que esta sendo utilizada;
- Soltar a prega e tracionar o êmbolo da seringa (conferir se não atingiu algum vaso sanguíneo);
- Na ausência de retorno de sangue, injetar lentamente a medicação;
- Retirar a agulha e fazer uma leve pressão com o algodão;
- Deixar o usuário confortável;
- Desprezar material conforme rotina da unidade;
- · Retirar as luvas;
- Higienizar a bandeja;
- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Realizar os registros pertinentes.

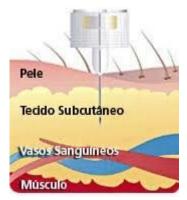
Recomendações:

- Sempre realizar rodízio nos locais de aplicação.
- Nunca tracionar o êmbolo da seringa previamente a administração de heparina (causa hematomas).
- Não massagear o local de aplicação, pois acelera a absorção.

Disposição quanto à aplicação de insulina:

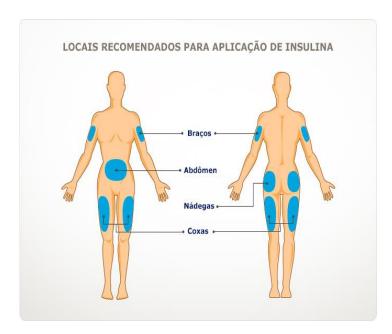
- Atentar para a apresentação da seringa cuja escala graduada pode diferenciar-se de acordo com a capacidade de unidades de insulina: 100U, 50U ou 30U;
- Se mantida conservada sob refrigeração, a insulina deverá ser retirada da geladeira de 15 a 30 minutos antes da aplicação, para evitar dor e risco de irritação no local de aplicação;

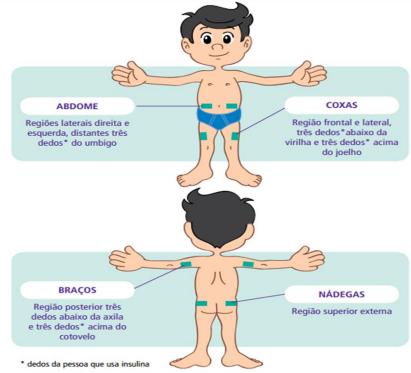




As seguintes regiões são recomendadas para aplicação de insulina:

- Braços: face posterior, três a quatro dedos abaixo da axila e acima do cotovelo (considerar os dedos da pessoa que receberá a injeção de insulina);
- · Nádegas: quadrante superior lateral externo;
- Coxas: face anterior e lateral externa superior, quatro dedos abaixo da virilha e acima do joelho;
- Abdome: recomendam-se região lateral direita e esquerda, distante três a quatro dedos da cicatriz umbilical;





Planejamento de rodízios nos pontos de aplicação:

- Para que cada região possa ser dividida em pequenas áreas (quadrantes), com uma distância de 1 cm entre elas, sempre movendo em sentido horário;
- Administrar num ponto diferente a cada aplicação. Aplicar no mesmo ponto preferencialmente após 14dias, tempo necessário para a cicatrização, prevenindo lipohipertrofia.



Ângulo de aplicação – recomenda-se: Ângulo de 90º, quando o comprimento da agulha for de 4mm ou 5mm

Registro

- Registrar no prontuário do paciente a medicação administrada de acordo com a prescrição médica e o local da aplicação do medicamento.
- Assinar e carimbar.

Referências

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed. 2019. 482 p.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem**: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2017. 330 p.

SOUZA, M. H. S. Hospital: manual do ambiente hospitalar. Curitiba: Divulgação cultural. 4 ed. 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual:** Procedimentos Operacionais Padrão - POPs / Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Ribeirão Preto:Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 523 p., 2020.



POP Número 11 - Administração de Medicamentos - Via Intravenosa

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Padronizar rotinas de execução de procedimentos de enfermagem obtendo resposta farmacológica adequada. Permitir absorção rápida do medicamento, administrando doses elevadas de medicamentos e soros. Manter/ reestabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO

- Medicamento.
- Luva de procedimento.
- Abocath, agulha ou scalp.
- · Garrote.
- Algodão embebido em álcool 70%.
- Seringa ou equipos macrogotas e/ou microgotas.
- Álcool 70%
- Algodão seco.
- Esparadrapo ou micropore.
- Solução conforme prescrição médica
- Bandeja.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Conferir prescrição medicamentosa: "10 certos";
- Reunir o material necessário:
- Preparar o medicamento de forma asséptica de acordo com a prescrição;
- Realizar a identificação do medicamento com os 10 certos;
- Explicar procedimento ao usuário;
- Posicionar o usuário confortavelmente, expondo a região de aplicação;
- Introduzir a medicação ou solução;
- Observar sinais e sintomas de infiltração ou de quaisquer alterações no usuário, caso ocorram interromper a infusão e comunicar o médico responsável;
- Deixar o usuário confortável;
- Desprezar material conforme rotina da unidade;
- Retirar as luvas;
- Higienizar a bandeja;
- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Realizar os registros pertinentes.

Observação

- Para escolha da veia levar em consideração: as condições da veia; tipo de solução a ser infundida; tempo de infusão; prefira veias calibrosas para administração de fármacos irritantes ou muito viscoso;
- Se possível escolha o membro superior não dominante.
- **Contraindicação:** Lesões de pele. Esclerose venosa e edema no local de punção. Membro com déficit motor e sensitivo ou fístula arteriovenosa. Membro superior com esvaziamento linfático. Distúrbios graves de coagulação.

Punção com dispositivo de infusão intravenoso (Scalp):

- Realizar a punção com o bisel do scalp voltado para cima;
- Observar se há retorno venoso, se sim, soltar o garrote;
- Conectar o equipo, se for o caso, e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;
- Fixar o dispositivo com micropore ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso.

Punção com cateter intravenoso periférico (Abocath):

- Realizar a punção com o bisel do abocath voltado para cima;
- Observar se há retorno venoso no dispositivo, se sim, introduzir o cateter, remover a agulha ou acionar o dispositivo de recolhimento automático;
- Soltar o garrote;
- Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;
- Fixar o dispositivo com micropore ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso;
- Administrar o medicamento no tempo correto, conforme prescrição ou indicação do fabricante, observando atentamente o retorno venoso, o paciente, e as reações apresentadas (dor, incômodo ou mal estar).

Cálculos relativos à administração de medicamentos

- 1 ml = 20 gotas = 60 microgotas;
- 1 gota = 3 microgotas;
- 1microgota/min = 1 ml/h

Fórmulas

OBS: A regra de 3 também é muito utilizada para calcular doses e volumes relativos à administração de medicação.

Registro

- Registrar no prontuário do paciente a medicação administrada de acordo com a prescrição médica e o local da aplicação do medicamento.
- Assinar e carimbar.

Referências

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed. 2019. 482 p.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem**: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2017. 330 p.

SOUZA, M. H. S. Hospital: manual do ambiente hospitalar. Curitiba: Divulgação cultural. 4 ed. 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual:** Procedimentos Operacionais Padrão - POPs / Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Ribeirão Preto:Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 523 p., 2020.



POP Número 12 - Administração de Medicamentos - Via Intradérmica

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Padronizar rotinas de execução de procedimentos de enfermagem obtendo resposta farmacológica adequada.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO

- Terapia medicamentosa prescrita.
- · Medicamento.
- Luva de procedimento.
- Agulha 13x4. 5.
- · Algodão seco.
- Bandeja.

PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Conferir prescrição medicamentosa: "10 certos";
- Reunir o material necessário;
- Preparar o medicamento de forma asséptica de acordo com a prescrição;
- Realizar a identificação do medicamento com os 5 certos;
- Explicar procedimento ao usuário;
- Posicionar o usuário confortavelmente sentado ou deitado com a face anterior do antebraço despida e voltada para cima;
- Calçar as luvas;
- Fixar a pele com a mão não dominante;
- Introduzir a agulha lentamente, com o bisel voltado para cima, em um ângulo de 10 a 15º, progredindo em até 3mm sob a epiderme;
- Injetar lentamente a medicação e observar a formação de uma pápula;
- Retirar a agulha e fazer uma leve pressão com o algodão;
- Orientar o usuário para não coçar e não esfregar o local;
- Deixar o usuário confortável;

- Desprezar material conforme rotina da unidade;
- Retirar as luvas;
- Higienizar a bandeja;
- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Realizar os registros pertinentes.

Observação

- Administrada entre a derme e a epiderme. Todos os locais da derme são propícios a essa aplicação, entretanto o local ideal deve ser pouco pigmentado, com poucos pelos, pouca vascularização e de fácil acesso. Assim a região preferencial é a face anterior do antebraço. Utilização da via: teste de sensibilidade, reação de hipersensibilidade, prova tuberculínica e vacina BCG. Quantidade aconselhável: 0,1ml.
- Não é necessário aspirar antes de administrar o medicamento.
- Não massagear o local após aplicação.

Registro

- Registrar no prontuário do paciente a medicação administrada de acordo com a prescrição médica e o local da aplicação do medicamento.
- Assinar e carimbar.

Referências

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed. 2019. 482 p.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem**: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2017. 330 p.

SOUZA, M. H. S. Hospital: manual do ambiente hospitalar. Curitiba: Divulgação cultural. 4 ed. 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual:** Procedimentos Operacionais Padrão - POPs / Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Ribeirão Preto:Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 523 p., 2020.



POP Número 13 - Administração de Medicamentos - Via Oral

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Padronizar rotinas de execução de procedimentos de enfermagem obtendo resposta farmacológica adequada. Utilizar a via oral para a administração de medicamentos orais tais como drágeas, cápsulas, comprimidos, xaropes e suspensões.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL

- · Terapia medicamentosa prescrita.
- · Medicamento.
- Luva de procedimento.
- Dosador ou seringa
- · Copo com água
- Bandeja.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Conferir prescrição medicamentosa: "5 certos";
- Reunir o material necessário:
- Realizar a identificação do medicamento com os 5 certos;
- Explicar procedimento ao usuário;
- Posicionar o usuário sentado ou em Fowler;
- Calçar luvas conforme necessidade;
- Administrar o medicamento entregando-o ao usuário para que ele leve-o a boca, ou colocar diretamente na cavidade oral de usuários impossibilitados, e oferecer um pouco de água;
- Verificar se o usuário deglutiu o medicamento;
- Deixar o usuário confortável;
- Desprezar material conforme rotina da unidade;
- Retirar as luvas;
- Higienizar a bandeja;
- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Realizar os registros pertinentes.

Observação

Contraindicação: Pacientes com incapacidade de deglutição ou com rebaixamento₉₀ significativo do nível de consciência.

Registro

- Registrar no prontuário do paciente a medicação administrada de acordo com a prescrição médica e o local da aplicação do medicamento.
- Assinar e carimbar.

Referências

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed. 2019. 482 p.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem**: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2017. 330 p.

SOUZA, M. H. S. Hospital: manual do ambiente hospitalar. Curitiba: Divulgação cultural. 4 ed. 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual:** Procedimentos Operacionais Padrão - POPs / Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Ribeirão Preto:Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 523 p., 2020.



POP Número 14 - Retirada de pontos de sutura

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Retirada de fios cirúrgicos com técnica asséptica, proporcionando um melhor processo de cicatrização da ferida.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL

- EPIs: luvas de procedimentos e avental
- Pacote de retirada de pontos: Tesoura de Íris, pinça Kelly, pinça anatômica, dente de rato ou Kocker
- · Gaze estéril;
- Solução fisiológica 0,9%;

- · Lâmina de bisturi;
- · Cabo de bisturi;
- Fita adesiva;
- · Cuba rim;
- Solução antisséptica;
- Saco plástico para resíduos.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Preparar o material;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Expor a área;
- Realizar antissepsia do local de retirada dos pontos (umedecer a gaze com com SF 0,9%, fazer a limpeza do local a partir da incisão cirúrgica - área menos contaminada e após umedecer outra gaze com SF 0,9% promovendo a limpeza da forma como explicada anteriormente); Se a ferida estiver limpa, deverá ser iniciada a limpeza no sentido de dentro para fora;
- Segurar com a mão dominante o ponto cirúrgico, cortando-o com a mão não dominante;
- Tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo, com a tesoura de Íris, em um dos lados junto à pele;
- Colocar os pontos, já cortados, sobre uma gaze e desprezá-los na bandeja auxiliar ou saco de lixo branco leitoso;
- Fazer leve compressão no local com gaze seca;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar EPI e Higienizar as mãos.

Registro

• Registrar o procedimento no prontuário que deverá conter: a data e horário, assinatura e carimbo do profissional, características, local, aspecto da lesão, material utilizado, orientações ao usuário, intercorrências, e se houver providências adotadas.

Referências

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 0514/2016, de 5 de maio de 2016. Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do usuário, com a finalidade de nortear os profissionais de enfermagem. Disponível em:http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html . Acesso em: 16 de mai de 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Manual de Procedimentos Operacionais padrão (POP) de Enfermagem - 3ª edição. Campinas/SP, 2020. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/POP Enfermagem 2020.pdf Acesso em: 16 de mai de 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Manual de Procedimentos Operacionais padrão (POPs) - versão 7. Ribeirão Preto/SP, 2020. Disponível em:<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/m-pop.pdf> Acesso em: 16 de mai de 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem — Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2015.Dísponivel em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/legislacao/NormaseRotinas02102015.pdf Acesso em: 16 de mai de 2021.

SÃO PAULO. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem, 2017. Disponivel 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: 16 de mai de 2021.



POP Número 15 - Atendimento na Sala de Inalação

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Melhorar a oxigenação e tratar inflamações e infecções respiratórias;

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Bandeja;
- Fonte de O² ou ar comprimido;
- Intermediário de O²
- Solução nebulizadora conforme prescrição médica;
- Nebulizador com máscara;
- Recipiente para expectoração;
- Lenço de papel;
- Monômetros de O² ou ar comprimido;

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO:

- Identificar-se ao usuário, e verificar se é o paciente correto;
- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Checar a prescrição médica;
- Reunir o material sob a bandeja;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Pôr a solução prescrita no reservatório com o auxílio da seringa e conectar a máscara;
- Separe e monte o kit de inalação conforme faixa etária do usuário (pediátrico ou adulto) assim como medicação a ser utilizada conforme prescrição ou receita médica;
- Manter o paciente em posição semi-fowler ou sentado; para manter postura adequada mantendo vias aéreas permeáveis;
- Fixar o fluxômetro na fonte de O² ou ar comprimido;
- Fixar o intermediário ao reservatório do inalador, e conectar à fonte de O² ou ar comprimido;
- Ofertar o nebulizador ao paciente e verificar a adaptação no rosto;
- Ligue o fluxômetro (acionar o registro de O² ou ar comprimido entre 3 e 6 l\m) e observe possíveis alterações e/ou queixas do usuário durante realização do procedimento;
- Solicite presença do enfermeiro ou médico em caso de possíveis alterações com o usuário;
- Posicionar a máscara de nebulização no rosto (nariz e boca do paciente), pedir para inspirar profundamente para total efeito do procedimento, e manter a boca aberta;
- Salientar do paciente manter a máscara posicionada até finalizar o líquido no reservatório da máscara;
- Após o término, descartar corretamente o material utilizado, conforme pop;
- Desligue o fluxômetro, observe estado geral do usuário e avalie possíveis queixas.
- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Anotar o procedimento no prontuário do paciente;





Registro:

 Registrar o procedimento realizado, orientações ao paciente, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário.

REFERÊNCIAS:

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Manual de procedimentos operacionais padrão (POP). 3ª edição. Campinas\SP, 2020. Acesso em: 16 mai 2021. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/POP_Enfermagem_2020.pdf

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Manual de procedimentos operacionais (POP). 7º edição. Ribeirão Preto\SP, 2020. Acesso em: 16 mai 2021. Disponível em: http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/m-pop.pdf>

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Procedimento operacional padrão (POP). Cuidados com Oxigenação por Nebulização - Hospital Escola da Universidade Federal de Santa Catarina 2017-2019, EBSERH, 2017. Acesso em: 16 mai 2021. Disponível em:



POP Número 16 - Coleta Teste Imunológico de Gravidez Urinário

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVOS: Acolher o mulher com escuta ativa, visando atender suas necessidades básicas, a continuidade do cuidado e a constituição de vínculo;

Detectar a presença ou ausência do hormônio gonadotrofina coriônica liberado na implantação do embrião.

Detectar precocemente a gravidez para início do pré-natal em tempo oportuno.

Identificar situações oportunas para uso de anticoncepção de emergência para possível encaminhamento médico.

Conduzir a organização familiar produtiva.

Propor alternativas contraceptivas hormonais ou não.

Observar e constatar situações de violência sexual.

Localizar episódios de risco para gestação indesejada.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Luvas de procedimento
- Frasco coletor (plástico ou vidro, limpo e seco, sem conservantes)
- Tiras reagentes para teste rápido HGT reagentes
- Etiqueta ou fita para identificação;
- Prontuário da usuária

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO:

- Identificar-se a usuária, e verificar se é a usuária correta;
- Escutar atentamente respeitando ao direito de decidir de mulheres e homens, adolescentes e jovens, assim como o acesso à assistência e a resolutividade do serviço, é essencial nesse primeiro momento.

Identificar qualquer sinal que configure a suspeita de violência sexual.

Identificar o período de amenorreia;

- Deve ser realizado preferencialmente com a primeira urina do dia, se não for possível coletar a última micção no mínimo há 03 horas.
- Reunir o material necessário para realização do teste;
- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Explicar o procedimento que será realizado;
- Questionar a usuária se ela possui dúvidas sobre o procedimento;
- Perguntar a usuária acerca de amenorreia e sinais, e registrar no questionário
- Pôr as luvas de procedimento;
- Oferecer frasco específico do teste, ou copo descartável e levá-la ao sanitário, aconselhando a coletar uma pequena quantidade de urina;
- Registrar o lote e validade do teste rápido no prontuário da usuária e abrir a embalagem do teste;
- Obter a amostra de urina e iniciar a realização do teste, inserir a tira em posição verticalizada com as setas para baixo;
- Imergir até a linha "Mark line", e após 10 a 15 segundos posicionar a tira sob o frasco ou em superfície limpa e seca;
- Esperar as linhas coloridas surgirem e esperar o tempo de reação, ou seja, 05 minutos;

Interpretar o resultado (Seguir as instruções do fabricante para interpretar o resultado): Geralmente, o padrão de interpretação, se apresenta da maneira a seguir:

- Negativo: apenas uma linha colorida;
- Positivo: duas linhas coloridas, uma lateral à outra;
- Esclarecer o resultado à usuária;
- Se negativo: Realizar orientação imediata de planejamento reprodutivo, facilitando o acesso à consulta médica
- Se positivo: Vincular ao pré-natal, se ela assim o desejar.
- Iniciar a rotina de pré-natal e reforçar a participação do parceiro sexual durante as consultas, favorecendo o engajamento do parceiro em ações educativas e preventivas.



Em caso de resultado positivo cadastrar imediatamente como gestante no E-SUS e seguir fluxo a seguir:



Nas consultas subsequentes de PN basta clicar no botão de habilitar campos de prénatal que automaticamente o CIAP2 W78 será adicionado no campo Problema e/ou condição detectada.



PRÉ- NATAL - FLUXO DE ACOLHIMENTO DA GESTANTE

OBSERVAÇÃO 1

Quando a gestação é confirmada o profissional que acolher deve informar um ACS para incluir como gestante do cadastro, se não a gestante não conta para o cálculo dos indicadores da APS

OBSERVAÇÃO 2

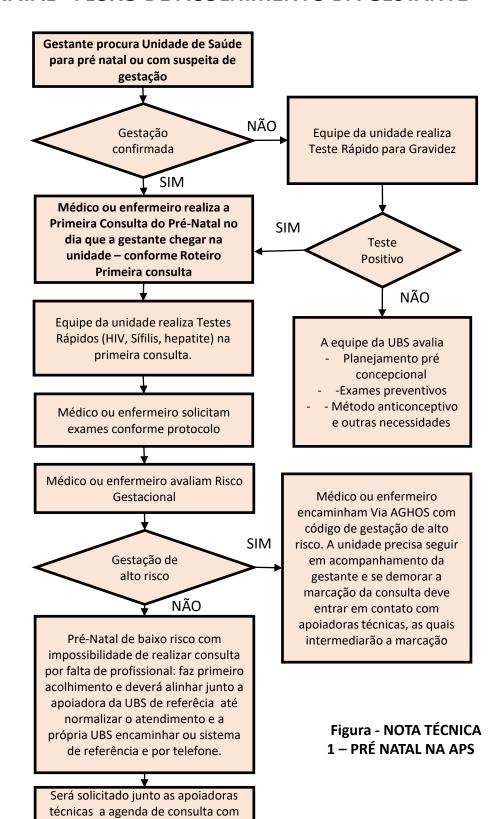
O atendimento deve ser lançado no e-sus com código da Pré-natal. Os exames solicitados e seus resultados, assim como os testes rápidos precisam ser lançados no e-sus com os códigos corretos

OBSERVAÇÃO 3

Conforme protocolo municipal o enfermeiro está habilitado a realizar a prescrição de medicamentos de rotina no pré-natal, solicitar exames, inclusive o ultra som obstétrico e encaminhar para o pré-natal de alto risco

OBSERVAÇÃO 4

As dificuldades de acesso tanta para planejamento familiar, exames e pré-natal de alto risco poderão ser informados as apoiadoras e para a rede materno infantojuvenil a fim de avaliar e qualificar o serviço.



local, data e horário para o

profissional que solicitou, o qual avisará a gestante



Preencher Caderneta da Gestante e realizar Teste Rápidos conforme fluxos e POP de Testes Rápidos

Se gravidez indesejada: Orientar sobre os direitos acerca da gestação. Ofertar mediação de conflitos familiares decorrentes da gravidez não planejada.

Informar acerca do risco de práticas caseiras para a interrupção da gravidez.

Desprezar adequadamente os materiais utilizados, nos lixos corretos na unidade conforme POP Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos; Efetuar o registro do procedimento e do atendimento; Conservar o ambiente de trabalho limpo e organizado;

Registro:

 Registrar o procedimento realizado, técnicos em enfermagem e auxiliares em enfermagem necessitam do apoio do enfermeiro, orientações à gestante, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Teste Rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico./Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Brasília, 2014. Acesso em: 15 mai 2021 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste-rapido-gravidez-guia-tecnico.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. PARECER COREN-SP 031/2013 – CT. Realização de teste de gravidez e informação do resultado. Secretaria de Atenção à Saúde. São Paulo, 2013. Acesso em: 15 mai 2021. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/Parecer%20031.2013.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. PARECER COREN-SP 031/2013 – CT. Realização de teste de gravidez e informação do resultado. Secretaria de Atenção à Saúde. São Paulo, 2013. Acesso em: 15 mai 2021. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/Parecer%20031.2013.pdf

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 545/2017. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Manual de procedimentos operacionais padrão (POP). 3ª edição. Campinas\SP, 2020. Acesso em: 16 mai 2021. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/POP_Enfermagem_2020.pdf

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Parecer de câmara técnica nº 07\2014. Atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem. 2017. Acesso em: 16 mai 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-n-072014cofenctln 50330.html>



POP Número 17 - Coleta de Citologia Oncótica (Papanicolau)

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Adriane Calvetti Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Realizar o rastreamento do câncer de colo de útero, para mulheres que já iniciaram a atividade sexual e estão na faixa etária de 25 a 64 anos. No entanto, consiste em detectar lesões sugestivas de câncer, através da raspagem das células endocervicais e ectocervicais, para assim investigar, tratar e evitar a progressão do câncer.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro.

CAMPO DE APLICAÇÃO: Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Socorro (PS), Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI) e Hospitais.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Espéculos de tamanhos variados descartáveis
- · Lâminas de vidro com extremidade fosca
- Espátula de Ayre
- Escova endocervical
- · Pinça de Cheron
- · Luvas descartáveis
- Solução fixadora spray
- Frasco porta-lâmina
- Formulário de requisição do exame citopatológico
- Solução de Lugol
- Lápis grafite preto nº 2HB
- Avental descartável
- Lençol descartável
- EPIs

ESCOLHA DO ESPÉCULO

Espéculo Pequeno (nº 1): utilizado para mulheres jovens ou nulíparas ou após a menopausa;

Mulheres jovens podem oferecer alguma resistência apesar da boa elasticidade e lubrificação vaginal – isso ocorre por medo, desconforto ou vaginismo;

Mulheres maduras o desconforto resulta por hipotrofismo da falência ovariana.

Espéculo Médio (nº 2): utilizado para mulheres em idade fértil e que tenham tido partos vaginais;

- <u>Espéculo Grande (nº 3)</u>: utilizado em mulheres obesas, em que a adiposidade da vulva prolonga o canal vaginal ou quando a flacidez vaginal interpõe suas paredes laterais pela luz do espéculo, impedindo a visão completa do colo uterino

Borboleta Plgmentada Poliestireno Auto Impacto Bordas Anti-traumáticas Encaixe Sistema Gaveta Poliestireno Cristal Tamanhos (P) (M) (G) Efeito

PROCEDIMENTO DE COLETA

Posicionamento da paciente:

Para a coleta do exame a mulher deverá ficar em posição de litotomia, com as nádegas mais próximas da borda da mesa ginecológica;

- O profissional deve se posicionar sentado, de frente para a mulher;
- Para melhor visualização, posicionar o foco de luz para a genitália da mulher.



Exame físico externo

- Buscar por lesões macroscópicas, úlceras, pintas, áreas vermelhas e verrugas;
- ➤ A presença de algumas alterações deve indicar o encaminhamento para o médico ginecologista;

Atenção para o exame clínico das mamas

Introdução do Espéculo

- Introduza o espéculo na posição longitudinal ou levemente oblíqua em relação à fenda vulvar e gire-o delicadamente até ficar na posição transversa em relação à fenda vulvar;
- ➤ Posicionar o espéculo de forma a possibilitar a completa observação do colo uterino, das paredes vaginais laterais e do conteúdo vaginal;
- Quando perceber maior relaxamento, termine de abrir o espéculo e localize o colo.
- ➤ O exame especular tem por objetivos realizar a exposição do colo do útero, permitindo a sua visualização completa e a coleta adequada de material para o exame citológico, bem como permitir a visualização do conteúdo e da mucosa vaginal (o que só pode ser feito no momento da retirada do espéculo).
- Não utilizar lubrificantes oleosos

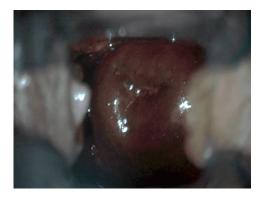
Realizar Teste de Schiller:

É um teste complementar ao ciotopatológico e deve ser realizado sempre que disponível. Em casos onde a mulher seja alérgica ao iodo, pode-se utilizar o teste com ácido acético.

➤ Preparar a pinça sheron com uma gaze na ponta e embebê-la em solução iodada (Lugol), pressionar a gaze delicadamente contra o colo uterino e proceder à leitura do exame:



Positivo - quando a reação com o iodo for negativa, ou seja, quando não houver coloração do colo uterino. Resultado Alterado.



Negativo - quando houver fixação do iodo nas células e o colo se apresentar colorido após aplicação do lugol. Resultado Normal.

EXAME ESPECULAR NORMAL



Nulípara: Colo róseo, sem ectopia, óstio puntiforme, leucorréia fisiológica.



Colo róseo, ectopia discreta periorificial, óstio puntiforme, presença de fios do DIU no óstio externo.



Colo róseo, ectopia extensa, presença de sangramento ativo em óstio externo, óstio em fenda, leucorréia fisiológica.



Multípara: Colo corado, ectopia presente, óstio em fenda sugestivo de laceração cervical prévia, leucorréia fisiológica.



Climatério/menopausa: Colo hipocorado, sem ectopia, óstio puntiforme com atrofia, muitas vezes apresenta petéquias e/ou é friável.

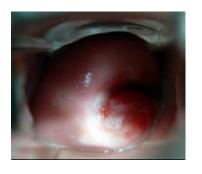


Cistos de Naboth: achados normais no exame especular.

EXAME ESPECULAR ALTERADO



Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com presença de leucorréia em grumos brancos (aspecto de leite qualhado) sugestivo de colpite por *Candida Albicans*.



Colo com lesão macroscópica, provável lesão condilomatosa saliente.



Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com aspecto framboesa sugestivo de colpite por *Trichomonasvaginalis*. *Tratar e coletar CP*



Colo com presença de pólipo exteriorizado através do óstio externo.

Encaminhar para ginecologia, se queixa de sangramento vaginal e/ou dispaurenia.



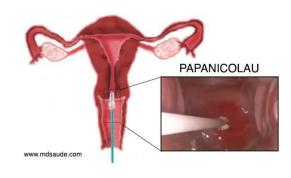
Colo com presença de muco/pus em óstio externo sugestivo de cervicite por *Neisseriagonorrhae* ou *Chlamydiatrachomatis*.

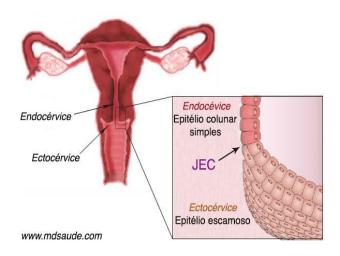
Tratar mulher e parceiro conforme protocolo IST.

Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical:

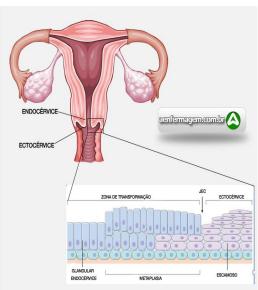
- Células escamosas
- Células glandulares
- Células metaplásicas

A junção escamocolunar - JEC, deverá estar representada nos esfregaços cervicovaginais, pois é nesse local que se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero.





A ausência de representatividade da JEC pode diminuir o benefício do rastreamento.



Junção escamocolunar JEC

Amostra Insatisfatória

É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada por fatores de natureza técnica e outros de amostragem celular:

- Material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço);</p>
- Leitura prejudicada (>75% do esfregaço) por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos ou intensa superposição celular.

O exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.

Endocérvice - canal cervical, que comunica a cavidade uterina com a vagina. É formado por uma camada de células cilíndricas e que em alguns pontos formam as criptas cervicais produtoras de muco (colunar ou glandular).

Ectocérvice - a parte visível na vagina e é constituído de várias camadas de células planas, formando um epitélio escamoso e estratificado.

Metaplasia escamosa do colo uterino - indica a substituição fisiológica do epitélio colunar da ectocérvix por um epitélio escamoso recém-formado de células subcolunares de reserva.

Zona de trasformação - região do colo uterino onde ocorre a metaplasia escamosa.

- A lâmina com bordas lapidadas e extremidade fosca é de uso obrigatório;
- Caso necessário, deve ser limpa com uma gaze e posteriormente identificada:
- As iniciais do nome da mulher
- O número de registro da lâmina
- O código da unidade (CNES)



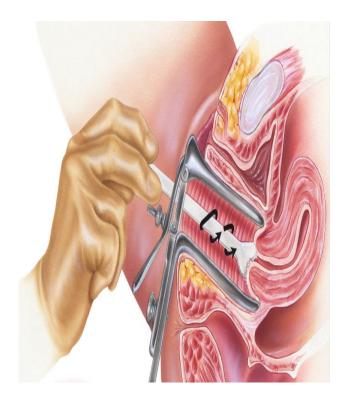
Utilizar LÁPIS preto nº 2HB ou grafite na extremidade fosca.

PROCEDIMENTO DE COLETA - Ectocérvice

Utilizar a espátula de Ayre, do lado da reentrância;

Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício do colo, apoiando-a firme e delicadamente para fazer o raspado celular na mucosa ectocervical, em movimento rotativo de 360º.

- Se houver grande quantidade de muco ou secreçã secar com a pinça e gaze.
 - Não esfregar a gaze
 - ➤ Não usar algodão





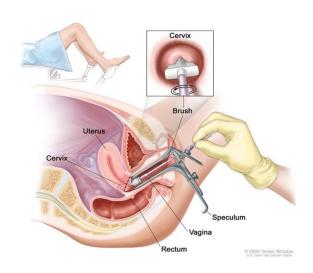




www.mdsaude.com

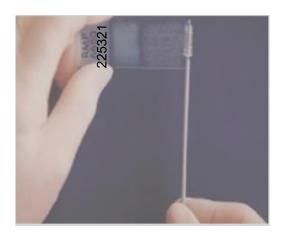
PROCEDIMENTO DE COLETA - Endocervical

Introduzir a escova no orifício do colo e fazer rotação completa (360°) e delicada no canal, procurando evitar sangramentos.

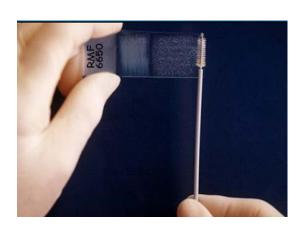








Esfregaço Endocérvice



Estender o material rolando a escova de cima para baixo, no 1/3 restante da lâmina;

Fixar o esfregaço imediatamente após a coleta.

Fixação

Propriedade:

Conservar e preservar a morfologia celular.

Cuidados básicos:

- Fixar a amostra imediatamente a pós a coleta para evitar o dessecamento do material;
- Observar o prazo de validade do fixador;
- Manter o frasco sempre tampado para evitar a evaporação;
- Cobrir totalmente o esfregaço.

Borrifar a lâmina, imediatamente após a coleta, com spray fixador, a uma distância de 20cm.

Acompanhar procedimento pós coleta na Nota Técnica 2-COLETA DE CITOPATOLÓGICO NA APS

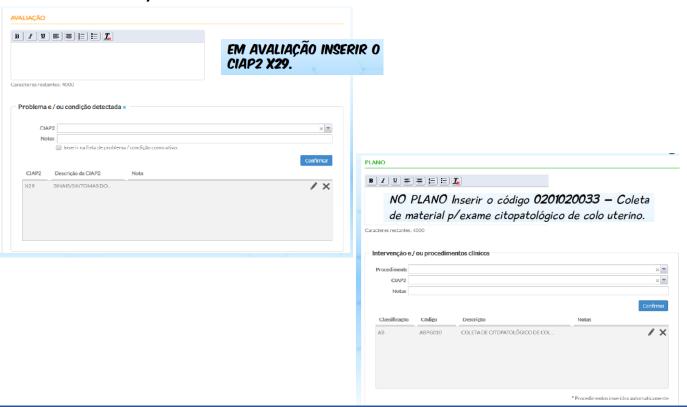


RESPONSABILIDADE: Enfermeiro(a) e Médico(a). E técnico de enfermagem somente quando treinados, em locais que seja necessário ampliar o acesso da população-alvo para a realização do exame.

REGISTRO

 Registrar o procedimento, os achados durante a coleta, as orientações, informar as intercorrências e as condutas efetivadas e ou encaminhamento no prontuário da mulher Registar sempre o procedimento e código do exame no E-SUS e preencher corretamente no SISCAN (conforme Nota técnica N2, 2021) os dados nos formulários para requisição de exames, pois dados incompletos ou ausentes podem comprometer a análise do material e rejeição da lamina pelo laboratório.

REGISTRO E-SUS/PEC



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_utero_2013.pdf. Acesso em: 13 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica:** Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 13 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Sistema de Informação do Câncer - SISCAN (colo do útero e mama)**. Brasília, DF: 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Câncer — SISCAN. **MÓDULO 1** - **Apresentação, Controle de acesso, Fluxo de informação, Integração com outros sistemas, Vinculação**. Versão revisada e atualizada em 09/2020. - Rio de Janeiro: INCA, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Maria Beatriz Kneipp Dias; Caroline Madalena Ribeiro (organizadores). - Rio de Janeiro: Inca, 2019.

RIO GRANDE DO SUL (estado), Secretaria Estadual de Saúde. **Nota técnica de fluxo com orientações por níveis de atenção sobre a coleta de citopatológico**. - Porto Alegre, 2020.



POP Número 18 - Medida de Estatura

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Avaliar a estatura de crianças e adultos utilizando equipamentos e técnica corretamente.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

CAMPO DE APLICAÇÃO: Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Básica de Atendimento Imediato (Ubai),

Material

- Antropômetro horizontal e vertical;
- Papel toalha

PROCEDIMENTO

Avaliação de estatura de crianças menores que 2 anos

- Acolher criança e responsável, informando sobre o procedimento a ser realizado;
- Realizar higiene das mãos; (Conforme Capitulo 2/NR 4)
- Estender papel toalha no local de medição, sendo superfície plana, firme e lisa para o melhor conforto da criança;
- · Apoiar o antropômetro na superfície;
- Com a criança sem adornos de cabeça e sapatos, posiciona-la no centro do antrômetro;
- Com ajuda do responsável manter a criança em posição:
 - 1. a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do antropômetro;
 - 2. com o pescoço reto e o queixo afastado do peito, no plano de Frankfurt;
 - braços estendidos ao longo do corpo;
 - 4. as nádegas, ombros e os calcanhares em contato com a superfície escolhida;
- Cuidadosamente, unir os pés da criança e com uma das mãos pressionar levemente os joelhos da criança para baixo, de modo que eles fiquem estendidos, fazendo um ângulo reto com as pernas;
- Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam, realizando a leitura quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;
- Orientar o responsável que pode retirar a criança e vesti-la novamente;
- Registrar os valores encontrados na caderneta da criança e no prontuário;
- Retirar e desprezar o papel lençol no lixo apropriado.

Avaliação de estatura de crianças maior que 2 anos, adolescente e adultos

- Acolher o paciente e o acompanhante/responsável, informando sobre o procedimento a ser realizado:
- Solicitar que o paciente ou responsável retire sapatos e adornos de cabeça;
- Colocar papel toalha sobre o antropômetro

- Orientar que o paciente fique no centro do antropômetro em posição adequada, se possível encostado no antropômetro ou parede.
 - 1. Em pé com o tronco ereto,
 - 2. os braços estendidos ao lado do corpo;
 - 3. com a cabeça erguida posicionada no plano de Frankfurt, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;
 - 4. as pernas devem estar paralelas, com os pés formando um ângulo reto.
- Abaixar a parte móvel do dispositivo, comprimindo o cabelo, fixando-o em contato com a cabeça;
- Orientar ao paciente que pode colocar seus calçados
- Registrar os valores encontrados no prontuário e carteirinha da criança se necessário;
- Retirar e desprezar o papel toalha no lixo apropriado.

RESPONSABILIDADE: Equipe de enfermagem

REGISTRO

• Profissional responsável pelo procedimento, registrando data e hora, orientações feitas, providencias adotadas, nome completo e registro no coren.

RFFFRÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília -DF, 2011.



POP Número 19 - Medida de Peso

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Avaliar o peso de crianças e adultos utilizando equipamentos e técnica corretamente.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

CAMPO DE APLICAÇÃO: Unidade Básica de Saúde (UBS)

MATERIAL

- Balança pediátrica (manual ou digital)
- · Balança balança mecânica ou digital
- Folha de Papel toalha ou lençol

PROCEDIMENTO

Avaliação de peso de crianças menores que 2 anos com balança manual

- Acolher criança e responsável, informando sobre o procedimento a ser realizado;
- Realizar higiene das mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Estender papel toalha no local de medição;
- Destravar a balança,
- Verificando se a mesma está calibrada, se necessário calibrar;
- Solicitar a mãe ou responsável que retire as roupas e adornos da criança;
- Deitar a criança no centro do prato espalhando igualmente o peso;
- Guiar o responsável que se mantenha próximo, preservando a criança o mais parada possível, sem tocar na balança ou criança;
- Mover o peso maior sobre a escala numérica verificando os quilos;
- Mover o peso menor sobre a escala numérica verificando as gramas;
- Aguardar até que a agulha do braço e o fiel estejam em paralelo;
- Travar a balança, evitando o desgaste da mola, assegurando o funcionamento adequado do equipamento;
- Fazer a leitura dos valores apresentados pelos cursores (mantendo os olhos na altura da escala numérica);
- Orientar o responsável que pode retirar a criança e vesti-la novamente;
- Registrar os valores encontrados na caderneta da criança e no prontuário;
- Retirar e desprezar o papel lençol no lixo apropriado;

Avaliação de peso de crianças menores que 2 anos com balança digital

- Acolher criança e responsável, informando sobre o procedimento a ser realizado;
- Realizar higiene das mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Ligar a balança aguardando que zere;
- Estender papel toalha no local de medição;
- Solicitar a mãe ou responsável que retire as roupas e adornos da criança;
- Deitar a criança no centro do dispositivo espalhando igualmente o peso;
- Guiar o responsável que se mantenha próximo, preservando a criança o mais parada possível, sem tocar na balança ou criança;
- Esperar que o valor do peso esteja definitivo no visor e realizar a leitura;
- Orientar o responsável que pode retirar a criança e vesti-la novamente;
- Registrar os valores encontrados na caderneta da criança e no prontuário;
- Retirar e desprezar o papel lençol no lixo apropriado.

Avaliação de peso de crianças maior que 2 anos, adolescente e adultos em balança manual

- Acolher o paciente e/ou responsável, informando sobre o procedimento a ser realizado;
- Realizar higiene das mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Estender papel toalha no local de medição;
- Destravar a balança;
- Verificando se a mesma está calibrada, se necessário calibrar;
- Solicitar que o paciente fique com a menor quantidade de roupa possível e retirar adornos;

- Auxiliar o paciente a subir na plataforma de pesagem e ficar em posição adequada:
- Colocar o indivíduo de costas para a balança, descalço, no centro do equipamento, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição.
- Mover o peso maior sobre a escala numérica verificando os quilos;
- Mover o peso menor sobre a escala numérica verificando as gramas;
- Aguardar até que a agulha do braço e o fiel estejam em paralelo;
- Travar a balança, evitando o desgaste da mola, assegurando o funcionamento adequado do equipamento;
- Fazer a leitura dos valores apresentados pelos cursores (mantendo os olhos na altura da escala numérica);
- Auxiliar o paciente a descer da plataforma e vestir-se;
- Retornar os cursores ao zero na escala numérica;
- Registrar os valores encontrados na caderneta da criança e no prontuário
- Retirar e desprezar o papel lençol no lixo apropriado.

Avaliação de peso de crianças maior que 2 anos, adolescente e adultos em balança digital

- Acolher o paciente e/ou responsável, informando sobre o procedimento a ser realizado;
- Realizar higiene das mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Estender papel toalha no local de medição;
- Ligar a balança;
- Solicitar que o paciente fique com a menor quantidade de roupa possível e retirar adornos;
- Auxiliar o paciente a subir na plataforma de pesagem e ficar em posição adequada:
- Colocar o indivíduo de costas para a balança, descalço, no centro do equipamento, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição.
- Esperar que o valor do peso esteja definitivo no visor e realizar a leitura
- Auxiliar o paciente a descer da plataforma e vestir-se;
- Registrar os valores encontrados na caderneta da criança e no prontuário;
- Retirar e desprezar o papel lençol no lixo apropriado.

RESPONSABILIDADE: Equipe de enfermagem

REGISTRO:

• Profissional responsável pelo procedimento, registrando data e hora, orientações feitas, providencias adotadas, nome completo e registro no coren.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília -DF, 2011.

PROCEDIMENTOS de enfermagem para a prática clínica. Porto Alegre ArtMed 2019

POP Número 20 - Coleta de Teste do Pezinho



Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Realizar a coleta por punção do calcâneo de recém nascidos utilizando a técnica correta, com o objetivo de identificar doenças como: Hipotireoidismo congênito; Fenilcetonúria; Hemoglobinopatias; Fibrose cística; Hiperplasia adrenal congênita; Deficiência de biotinidase.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

CAMPO DE APLICAÇÃO: Unidades Básicas de Saúde

MATERIAL

- Luvas de procedimento;
- Algodão ou gaze esterilizada;
- Álcool 70%
- Lanceta
- Cartão de coleta específico
- Planilha de registro da coleta
- Caixa adequada para descarte de perfuro cortantes

PROCEDIMENTO

- Acolher e orientar o responsável, esclarecendo sobre o procedimento que irá ser executado, assim como da finalidade do teste e da necessidade da retirada do resultado;
- Sugerir que, se possível, a mãe inicie aleitamento materno ao recém-nascido em torno de cinco minutos antes do procedimento ou o responsável realize o contato pele a pele a fim de promover alívio da dor ao bebê;
- Caso não seja possível realizar o aleitamento e o contato pele a pele, o responsável deverá ficar em pé, segurando a criança com a cabeça encostada no seu ombro;
- Preencher corretamente todo cartão de coleta, a planilha de registro e demais formulários. Atualizando endereço e telefone, tendo pelo menos 2 contatos;
- Para assegurar uma coleta adequada, o calcanhar da criança deve estar abaixo do nível do coração para que haja sangue suficiente para a coleta;
- O coletor deverá permanecer em posição que possibilite visualização e condições de manusear com segurança o pezinho da criança;
- Realizar a higienização das mãos;
- Verificar as condições de temperatura do pé da criança. Caso haja necessidade aqueça-o com bolsa de água quente (máximo 44 ºC), por cinco minutos, sobre o pé coberto com meia ou outro tecido fino e limpo, para evitar o contato direto com a pele;
- Firmar o pé e o tornozelo da criança com o dedo indicador e polegar, facilitando assim a punção, de forma a imobilizar mas não prender a circulação ;
- Massagear bem o local, ativando a circulação e certificar-se de que o calcanhar esteja avermelhado;
- Fazer antissepsia do local com algodão ou gaze estéril levemente umedecida com álcool 70%, a punção só deverá ser realizada com a secagem completa do álcool;
- Realizar a punção com movimento firme e contínuo;



- Realizar a punção com movimento firme e contínuo;
- Atentar ao desprezar a lanceta no lixo para perfurocortantes;
- Desprezar a primeira gota, limpando-a com gaze ou algodão secos;
- Evitar o sangramento abundante, pois este resulta em uma camada excessiva (coleta ineficaz). Neste caso limpe e aguarde o sangramento lento e contínuo;
- Aproximar o papel filtro na direção do calcâneo a partir da segunda gota e fazer movimentos circulares com o cartão, até o preenchimento de todo o círculo;
- Deixe o sangue fluir naturalmente e de maneira homogênea, constituindo uma camada fina e sem excesso (extravasamento ou manchas), não permitindo que ele coagule nem no papelfiltro nem no pé do bebê;
- Só desencoste o papel-filtro do pé quando o círculo estiver todo preenchido;
- Repetir o procedimento preenchendo os cinco círculos;



- Após a coleta, comprimir levemente o local da punção com algodão ou gaze até que o sangramento cesse. Se preferir, utilize curativo;
- Prosseguir a secagem da amostra em temperatura ambiente (15° a 20°C por cerca de 3 horas) até que o sangue escureça, sem exposição ao sol, em dispositivo próprio ou superfície plana, isolada, de maneira que não haja contato entre as áreas coletadas;
- Acondicionar as amostras em envelopes posicionando os papéis filtro de maneira que não haja contato entre as áreas coletadas;
- Os testes serão recolhidos através da rota da pela Vigilância Epidemiológica.

Recomendações

- A coleta deverá ser realizada entre o 3º e o 5º dia de vida da criança;
- Se houver interrupção no sangramento, o momento de troca de círculo deve ser otimizado para massagear novamente a região do calcanhar. Passe um algodão ou gaze com firmeza no mesmo local da punção para retirar o tampão de fibrina e plaquetas que foi formado no processo de coagulação, isso irá ativar novamente a circulação;
- Não retorne um círculo já coletado para completar áreas mal preenchidas;
- Se houver alguma dúvida, repita todo o procedimento em novo papel-filtro;
- Atentar para o uso de corticóide materno durante a gestação, em caso afirmativo, orientar a recoleta entre 15º e o 28º dias de vida do RN;
- Identificar se RN recebeu transfusão sanguínea, se recebeu orientar para a recoleta (90 dias após a data da transfusão);

- Quando for recoletar identificar sempre no papel filtro o motivo da recoleta e se possível colocar o número da etiqueta;
- Observar a data de validade do cartão filtro.

Os profissionais devem assinar e carimbar o cartão filtro em local visível e os responsáveis devem assinar no verso.

Registro

• Profissional responsável pelo procedimento, registrando data e hora, orientações, registro do profissional e informar as intercorrências e as condutas efetivadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Triagem neonatal biológica:** manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Dor em recém-nascidos:** como avaliar, prevenir e tratar. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2017.



POP Número 21 - Cateterismo Vesical de Alívio

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Promover o esvaziamento da bexiga em casos de retenção urinária.

Acolher o usuário com escuta ativa, visando atender suas necessidades básicas, a continuidade do cuidado e a constituição de vínculo;

Executar a técnica de cateterismo vesical de forma segura para o usuário;

Adequar à conduta técnica asséptica em caso de realização do procedimento no domicílio.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro

MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja;
- Kit estéril de cateterismo urinário (cuba rim, cuba redonda, pinça, torundas, campo fenestrado);
- Gazes estéreis;
- Solução antisséptica aguosa de PVPI tópico ou clorexidina a 0,2%;
- Cateter urinário adequado ao usuário;
- Pinça hemostática;
- Seringa de10ml;
- · Luvas estéreis;
- Luvas de procedimento;
- Gel lubrificante hidrossolúvel ou anestésico gel a 2% (uso único);

Passo a passo do procedimento

Procedimento em Mulher:

- Realizar higienização das mãos; (Conforme Capitulo 2/NR 4)
- · Reunir material necessário na bandeja;
- · Explicar procedimento à paciente;
- Posicionar a paciente em posição ginecológica;
- Abrir saco de lixo sobre o leito;
- Calçar luvas de procedimento e avaliar situação de higiene, utilizar compressa úmida para limpeza, se necessário;
- Retirar luva e descartá-la no saco de lixo;
- Abrir campo estéril entre as pernas da paciente próximo ao glúteo;
- Abrir o material estéril sobre o campo (gazes, sonda, cuba rim, cúpula e pinça);
- Adicionar a solução antisséptica na cúpula;
- Abrir o gel lubrificante e despejar uma pequena quantidade sobre uma gaze;
- Calçar as luvas estéreis; (Conforme capitulo 2/ NR 6)
- Realizar trouxinhas de gaze com o auxílio da pinça e mergulhá-las no PVPI;
- Expor o meato uretral separando os grandes lábios com a mão não dominante e realizar a antissepsia com a mão dominante. A antissepsia deve ser realizada do meato uretral em sentido ao períneo, trocando a gaze a cada novo movimento e descartando no lixo.
- Aproxime a cuba rim do glúteo da paciente;
- Com a mão dominante, pegue a sonda e lubrifique de 2 a 5 cm;
- Avise a paciente sobre a introdução da sonda e a peça para relaxar os músculos do quadril;
- Introduza a sonda lentamente, certificando-se que a proximidade distal esteja dentro da cuba rim até que a drenagem seja observada;
- Aguarde o fim da drenagem e retire a sonda lentamente;
- Recolha os materiais utilizados e retire as luvas;
- Deixe o paciente confortável;
- Mensure o volume urinário com o cálice graduado;
- Higienize as mãos e registre o procedimento no prontuário do paciente. (Conforme Capitulo 2/ NR 4)

Procedimento em Homem:

- Realizar higienização das mãos; (Conforme Capitulo 2/NR 4)
- Reunir material necessário na bandeja;
- · Explicar procedimento à paciente;
- Posicionar a paciente em decúbito dorsal;
- Abrir saco de lixo sobre o leito;
- Calçar luvas de procedimento e avaliar situação de higiene, utilizar compressa úmida para limpeza, se necessário;
- Retirar luva e descartá-la no saco de lixo;
- Abrir campo estéril entre as pernas da paciente próximo ao glúteo;
- Abrir o material estéril sobre o campo (gazes, sonda, cuba rim, cúpula e pinça);
- Adicionar a solução antisséptica na cúpula;
- Abrir o gel lubrificante e despejar uma pequena quantidade sobre uma gaze;
- Calçar as luvas estéreis; (Conforme capitulo 2/NR 6)
- Realizar trouxinhas de gaze com o auxílio da pinça e mergulhá-las no PVPI;

- Realizar antissepsia ao longo do corpo do pênis, tracionando o prepúcio e expondo a glande com a mão não dominante. A antissepsia deve ser realizada do meato uretral ao longo do pênis, trocando a gaze a cada novo movimento e descartando no lixo.
- Aproxime a cuba rim do glúteo da paciente;
- Com a mão dominante, pegue a sonda e lubrifique-a;
- Com a mão não dominante posicione o pênis perpendicularmente ao corpo;
- Avise o paciente e introduza a sonda lentamente, certificando-se que a proximidade distal se encontre dentro da cuba rim;
- · Aguarde o fim da drenagem e retire a sonda lentamente;
- Recolha os materiais utilizados e retire as luvas;
- Deixe o paciente confortável;
- Mensure o volume urinário com o cálice graduado;
- Higienize as mãos e registre o procedimento no prontuário do paciente. (Conforme Capitulo 2/ NR 4)

Registro

 Registrar tipo de sondagem vesical realizada, calibre da sonda utilizada, aspecto e coloração da urina, volume urinário e orientações realizadas ao paciente.

Referências

CARMAGNANI, M. I. S.; FAKIH, F. T.; CANTERAS, L. M. S. et al. **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. 2ª ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; ELKIN, M. K. **Procedimentos e intervenções de enfermagem**. 9ª ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.



POP Número 22 - Cateterismo Vesical de Demora

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO

- Acolher o usuário com escuta ativa, visando atender suas necessidades básicas, a continuidade do cuidado e a constituição de vínculo;
- Monitorar o volume urinário e facilitar a eliminação em pacientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução, em pós-operatório de cirurgias urológicas.
- Executar a técnica de cateterismo vesical de demora de forma segura para o usuário;
- Promover a descompressão da bexiga em usuários com retenção urinária, quando há necessidade de uso por período prolongado (cateterismo vesical de demora) conforme a prescrição médica;
- Adequar à conduta técnica asséptica em caso de realização do procedimento no domicílio.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro.

Material

- Bandeja;
- Kit estéril de cateterismo urinário (cuba rim, cuba redonda, pinça, torundas, campo fenestrado);
- Gazes estéreis;
- Solução antisséptica aquosa de PVPI tópico ou clorexidina a 0,2%;
- Sonda Foley nº 16, 18 ou 20;
- Bolsa coletora de urina de sistema fechado;
- · Pinça hemostática;
- Agulha 40mm X 12 mm;
- · Seringa de10ml;
- Água destilada;
- Micropore.
- · Luvas estéreis;
- Luvas de procedimento;
- Gel lubrificante hidrossolúvel ou anestésico gel a 2% (uso único);
- Saco para lixo;
- · Mesa auxiliar.

Procedimento

PROCEDIMENTO EM MULHER

- Confirmar o paciente e o procedimento certo a ser realizado;
- Realizar a higienização das mãos; (Conforme capitulo 2/ NR 4)
- Reunir o material na bandeja;
- Explicar o procedimento à paciente e ao acompanhante;
- Proporcionar privacidade à paciente;
- Posicionar a paciente em posição ginecológica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a higiene intima;
- Retirar o material utilizado na higiene intima;
- Retirar as luvas de procedimento e descartá-las no lixo;
- Higienizar as mãos novamente; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Abrir o campo estéril entra as pernas da paciente, deixando uma das pontas próxima à região glútea;

- Abrir o material descartável com técnica estéril sobre o campo (sonda Foley, Seringas, agulhas, gaze estéril, pinça e bolsacoletora fechado);
- · Colocar o antisséptico tópico na cúpula;
- · Colocar o gel lubrificante sobre uma gaze estéril;
- Calçar as luvas estéreis; (Conforme capitulo 2/ NR 6)
- Aspirar a água destilada na seringa e realizar o teste do cuff (balonete) da sonda de acordo com a especificação do fabricante;
- Conectar a sonda Foley à bolsa coletora de urina;
- Realizar a antissepsia com auxílio da pinça homeostática e torundas de estéreis embebidas no antisséptico, iniciando pelo meato uretral, orifício vaginal, pequenos lábios e grandes lábios, com movimentos da parte superior para o períneo em sentido único, trocando a gaze a cada etapa;
- Afastar os grandes lábios com o dedo indicador e o polegar da mão não dominante, para visualizar o orifício uretral;
- Lubrificar a sonda utilizando o gel lubrificante sobre a gaze;
- Introduzir a sonda no meato uretral até observar a drenagem de urina;
- Preencher o balonete da, utilizando a seringa com água destilada;
- Tracionar a sonda para confirmar posicionamento;
- Prender a sonda na face interna da coxa, com micropore;
- Retirar as luvas estéreis;
- Identificar a bolsa coletora quanto à data de colocação e tamanho da sonda;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher o material;
- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- · Registrar o procedimento;

PROCEDIMENTO EM HOMEM

- Confirmar o paciente e o procedimento certo a ser realizado;
- Realizar a higienização das mãos; (Conforme capitulo 2/NR 4)
- Reunir o material na bandeja e leve até o paciente;
- Explicar ao paciente e ao acompanhante o procedimento que será realizado;
- Proporcionar privacidade do paciente;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;

- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a higiene intima;
- · Retirar o material utilizado na higiene intima;
- Retirar as luvas de procedimento e descarta-las no saco de lixo;
- Higienizar as mãos novamente; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Abrir o campo estérilentra as pernas do paciente, deixando uma das pontas próxima à região glútea;
- Abrir o material descartável, com técnica estéril, sobre o campo (sonda Foley, seringas, agulhas, gaze estéril, pinça e sistema coletor fechado);
- Colocar a solução antisséptica na cúpula;
- Calçar as luvas estéreis; (Conforme capitulo 2/NR 6)
- Testar o *cuff* (balonete) e a válvula da sonda utilizado seringa de 10 ml e água destilada, no volume recomendado conforme o número de sonda;
- Conectar a sonda na bolsa coletora de urina de sistema fechado;
- Colocar a lidocaína gel a 2 % na seringa (15 a 20ml) com a ajuda de um colega;
- Realizar antissepsia ao longo do corpo do pênis, tracionando o prepúcio e expondo a glande com a mão não dominante. A antissepsia deve ser realizada do meato uretral ao longo do pênis, trocando a gaze a cada novo movimento e descartando no lixo.
- Posicionar o pênis perpendicularmente ao corpo e injetar o gel lubrificante lentamente no meato uretral com uma seringa;
- Introduzir a sonda Foley no meato urinário até observar o retorno de urina;
- Encher o *cuff* da sonda vesical de demora, utilizando a seringa com água destilada. O volume a ser injetado está impresso na extensão distal da sonda;
- Fixar a sonda em região suprapúbica com micropore;
- Retirar as luvas estéreis;
- Rotular bolsa coletora com a data e nº da sonda;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher o material;
- Higienizar as mãos; (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Registrar o procedimento;

RETIRADA DA SONDA VESICAL DE DEMORA

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

- Explicar o procedimento ao usuário;
- · Preservar a privacidade do paciente;
- Higienizar as mãos; (Conforme capitulo 2/NR 4)
- Calçar as luvas de procedimento;
- Remover a fixação da sonda;
- Desinflar o balonete com o auxílio de uma seringa de 20mL;
- Retirar lentamente a sonda;
- Realizar a higiene do local;
- Deixar o paciente confortável;
- Descartar os materiais e retirar as luvas;
- · Registrar o procedimento realizado;

Registro

 Registrar e relatar o motivo do cateterismo, tipo e tamanho da sonda utilizada, volume de líquido utilizado para insuflar o balão, características e volume urinário, resposta do paciente ao procedimento realizado e orientações dadas ao paciente. Assinar e carimbar.

Referências

CARMAGNANI, M. I. S.; FAKIH, F. T.; CANTERAS, L. M. S. et al. **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. 2ª ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; ELKIN, M. K. **Procedimentos e intervenções de enfermagem**. 9ª ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.



POP Número 23 - Coleta de Escarro para Baciloscopia de Tuberculose

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO

- Acolher o usuário com escuta ativa, visando atender suas necessidades básicas, a continuidade do cuidado e a constituição de vínculo;
- Identificar usuários sintomáticos respiratórios através da demanda espontânea, visita domiciliar ou encaminhamento de outros serviços;
- Atentar para grupos de populações mais vulneráveis para a tuberculose (profissionais de saúde, pessoas vivendo com HIV/AIDS, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, indígenas e/ou contatos de casos de tuberculose drogarresistente);
- Realizar 1º coleta de baciloscopia na Unidade de Saúde.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem).

MATERIAL NECESSÁRIO

Pote descartável de plástico transparente com capacidade de 35-50 ml, etiqueta identificadora.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

- Explicar o procedimento ao paciente;
- Higienizar as mãos; (Conforme capitulo 2/ NR 4)
- O Profissional deverá registrar no livro Verde de Sintomáticos Respiratórios;
- Solicitar Baciloscopia;
- Manter condições de biossegurança (POP n°10 e n°11);

- Usar pote descartável de plástico transparente;
- Devem ser coletados 5 a 10ml de escarro através de esforço de tosse. O aspecto ideal da amostra é mucopurulento;
- Serão necessárias duas coletas:
- Identificar os potes com uma etiqueta, nome do usuário e a data da coleta;
- Entregar ao usuário os potes devidamente identificados;

<u>Preparo para coleta</u>: O usuário deverá lavar as mãos, higienizar a cavidade oral com água (sem utilizar creme dental ou soluções antissépticas para gargarejo), inclusive removendo próteses dentárias, antes de higienizar a cavidade oral; É importante que não haja na amostra resíduos alimentares e/ ou de medicamentos e/ ou substâncias químicas, pois eles prejudicam a qualidade da amostra.

Observação

- A 1ª coleta deverá ocorrer na Unidade de Saúde sob a supervisão do profissional (se não for possível, orientar coleta no domicílio assim que retornar da UBS); Orientar o usuário para a coleta: inspirar profundamente, reter o ar por alguns instantes (segundos) e expirar. Após repetir esses procedimentos três vezes, tossir; imediatamente após o ato da tosse produtiva, o usuário deverá abrir o pote e expectorar a secreção dentro dele sem encostar os lábios no pote ou tocar a parte interna com os dedos, pois há o risco de contaminação da amostra; logo após, fechar novamente o frasco rosqueando firmemente a tampa.
- Recomendações para a 2° coleta: Orientar o usuário a ingerir o maior volume possível de água durante a noite anterior ao dia da coleta. Preparo para coleta: coletar o escarro, em jejum (para evitar resíduos alimentares na amostra de escarro) permitida ingestão de água durante o período do jejum; aos usuários que já estão em tratamento da TB, medicamentos após a coleta de escarro; higienizar as mãos com água e sabão antes de os pote; higienizar cavidade oral suavemente manipular com com água (sem creme dental ou soluções escova umedecida antissépticas), após retirar as próteses dentárias, caso faça uso destas; ao término da coleta, o usuário deve colocar o pote num saco plástico transparente e fechá-lo com um nó, tomando o cuidado para não virar os potes.
- A 1º amostra deverá ser acondicionada na geladeira até a entrega no laboratório, juntamente após a coleta da 2º amostra; Os potes com o escarro deverão ser protegidos da luz solar.

Registro

- Registrar no livro Verde de Sintomáticos Respiratórios
- Assinar e carimbar.
- A UBS deverá encaminhar para consulta médica e após inseri-lo ao serviço de referência para tratamento e acompanhamento da tuberculose*; Acompanhar o usuário através de visitas domiciliares e das visitas mensais do ACS sob a supervisão do Enfermeiro.
- Realizar Notificação SINAN;
- Registrar no Livro de Registro e Acompanhamento de usuários portadores de tuberculose;
- Identificar os contatos do usuário, identificando os sintomáticos e não sintomáticos;
- Acompanhar o usuário através de visitas domiciliares e das visitas mensais do ACS sob a supervisão do Enfermeiro.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Guia de orientações para coleta de escarro Saúde. Brasília, 2014. Disponível em:

http://www.lacen.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Manuais/Coleta Escarro.pdf



POP Número 24 -Testes Rápidos para Hepatite B e C, Sífilis e HIV por Punção Digital

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO

- Acolher o usuário com escuta ativa, visando atender suas necessidades básicas, a continuidade do cuidado e a constituição de vínculo; Ampliar o uso de testes rápidos nas Unidades de Saúde do município; Detectar precocemente a sorologia de IST/HIV;
- Inserir o usuário nos serviços de referência para o adequado tratamento para sua sorologia; Promover a melhoria da assistência nos serviços de saúde.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiros da unidade básica de saúde responsáveis pela análise **MATERIAL NECESSÁRIO**

Fita de teste rápido, agulha ou lanceta e algodão.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

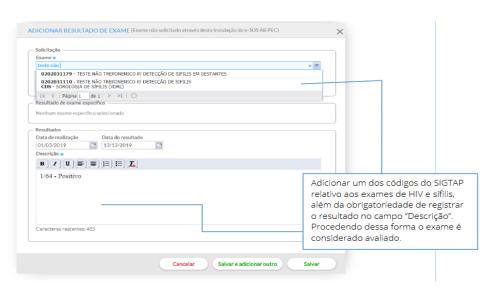
- Perfurar a ponta do dedo do indivíduo;
- · Aplicar a gota de sangue na fita teste;
- Acrescentar o reagente conforme orientação do fabricante e aguardar o resultado.

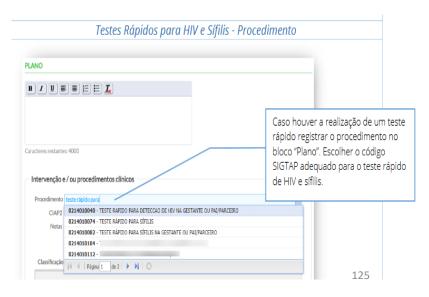
Observação

- Ampliar a testagem nos serviços de saúde do município, inclusive em regiões de difícil acesso, atentando para: relação sexual desprotegida;
- segmentos populacionais flutuantes e segmentos populacionais mais vulneráveis;
- parceiros de pessoas vivendo com HIV/AIDS;
- acidentes biológicos ocupacionais, para teste no usuário fonte;
- gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto;
- parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto;
- abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;
- Situações especiais definidas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
- Enviar relatório mensal dos testes rápidos para o Programa Municipal de IST até o dia 15 de cada mês.
- Em caso de teste reagente, que de acordo com a Portaria nº264/2020 do Ministério da Saúde que trata da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional (em anexo), a comunicação de casos de Hepatites virais, HIV/AIDS-Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV, Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Sífilis Adquirida, Congênita e em gestante e Tuberculose no município deve ser realizada com periodicidade semanal.

Registro – E-SUS







SIGTAP para o teste rápido de sífilis 02.14.01.007-4 (TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS) 02.14.01.008-2 (TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO) SIGTAP para o teste rápido de HIV 02.14.01.05-8 (TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO DE HIV) 02.14.01.004-0 (TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO Referências BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Biossegurança. Diagnóstico e Monitoramento das DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília, 2010. Disponível em:http://telelab.aids.gov.br/media/joomdle/videos/5/manualBiosseguranca.pdf . Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº29, de 17 de Dezembro de 2013. Aprova o manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/prt0029 17 12 2013.html .Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.Portaria № 34, de 28 de julho de 2005. Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/123737/DLFEespeciais. Brasília: 2005. 1641.pdf/diaglab consenso 2008.pdf

.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

2012.

Nota Técnica Conjunta nº391. Realização do teste rápido da sífilis na Atenção Básica no âmbito da

Brasília:

http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/redecegonha/nt n391 sifilis.pdf

Rede

Cegonha.

em:

Disponível



POP Número 25 - Exames de Eletrocardiograma Telecardiologia

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVO: Realizar eletrocardiograma de maneira segura e eficaz.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO

Água destilada; Agulhas 40x12; 25X7; Cânula de Guedel; Cateter de 02; Luvas; Eletrodos; Gazes; Soro Fisiológico 0,9%; SG5%; Abocaths; Scalps; Seringas; Gel; Toalhas de papel:

Passo a passo do procedimento

- Organizar a sala;
- Alertar para os cuidados durante o exame de tele- ECG;
- Enviar exame;
- Receber Prover caixa de emergências;
- Identificar as necessidades É referências do usuario;
- · diagnóstico;
- · Marcar situação do exame;
- Finalizar o atendimento.

Observação

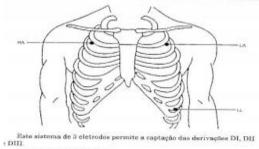
- A sala deverá ser organizada de maneira que tenha: Acessibilidade; Agilidade e Posicionamento adequados. Deverá conter: Maca; ECG; Computador com internet;
- Atropina 0,5; Adrenalina; Água destilada; Agulhas 40x12; 25X7; Cânula de Guedel; Cateter de 02; Luvas; Eletrodos; Gazes; Soro Fisiológico 0,9%; SG5%; Abocaths; Scalps; Seringas;
- Os usuários que fazem parte da UBS e que forem indicados pelo médico da unidade;
- Usuários que trouxerem solicitação médica serão agendados;
- Terão indicação <u>emergencial</u>: Pacientes com histórico de bradi arritmias; Taqui arritmias; Pós-Parada cardiorrespiratória; Suspeita de IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) e Risco iminente de Vida.
- Certificar-se de que os fios e cabos estão todos conectados;
- Cuide para que não haja rompimentos, quebras, torções que possam inviabilizar o funcionamento dos sistemas;
- A sala não deverá ser iluminada por lâmpadas fluorescentes devido a interferência eletromagnética;
- Manter a privacidade do usuário; lençol e a porta fechada;
- Proporcionar ambiente aquecido (Inverno);
- Deixar próximo ao paciente: Gel; Toalhas de papel:
- Colocar o usuário posicionado adequadamente na maca;
- Posicionar corretamente os eletrodos;

Passo a passo do procedimento

- Orientar a paciente sobre o procedimento.
- Realizar higienização das mãos (Conforme capitulo 2/ NR 4)
- Posicionar a paciente em decúbito dorsal.
- Ligar o monitor.
- Caso necessário, realizar antissepsia no local de adesão do eletrodo com algodão e gaze embebida com álcool 70%.
- Conectar os cabos ao monitor cardíaco multiparâmetro.
- Conectar os cabos aos eletrodos.
- Ligar os alarmes do monitor (ver parâmetros em observações).
- Realizar higienização das mãos. (Conforme Capitulo 2/ NR 4)
- Registrar o procedimento, anotando data e hora na prescrição de enfermagem.

OBSERVAÇÕES:

- Posicionamento do cabo com três eletrodos, este sistema permite a captação das derivações DI, DII, DIII: o
 - RA Braço direito: amarelo
 - LA Braço esquerdo: verde
 - LL Perna: preto
- Cabo com cinco eletrodos. Este sistema permite a captação das derivações das 12 derivações (DI, DII, DIII, AVR, AVL, AVF - derivações periféricas e V1,V2,V3,V4,V5,V6 derivações precordiais).
 - RA Braço direito: vermelho
 - LA Braço esquerdo: amarelo
 - RL Perna direita: preto,
 - LL Perna esquerda: verde
 - C Central paraesternal direita (qualquer cor).



Sistema com 5 eletrodos

- Posicionar corretamente os eletrodos;
- Após o término do exame, o funcionário deverá enviar o ECG on-line pela WEBECG, para a
 Central Médica de plantão, os quais conforme a necessidade (<u>emergência ou não</u>) terão até
 um turno para enviar o diagnóstico. Todos os passos para enviar o exame on-line estão no
 Guia ICARE para realizar exames de eletrocardiograma (deixados na UBS);
- Após o exame ser laudado, estará disponível para ser visualizado (02 clicks) e Impresso (botão imprimir).
- Caso deseje marcar o exame como visto dê um click em SIM. Caso contrário, ficará na lista de exames pendentes para impressão.
- Encaminhar o resultado ao médico e ou encaminha o usuário conforme avaliação do resultado.

Referências

CARMAGNANI, M. I. S. *et al*. **Procedimentos de Enfermagem**: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2017. 330 p.

PERRY, A.G.; POTTER, P.P.; ELKIN, M.K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Monitorização Cardíaca em Adulto POP № 63. REV 3, 2020. Disponível em:

http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop 63 monitorizacao cardiaca adulto.pdf Acessado em 17/08/2021



POP Número 26 - Organização e Funcionamento da Sala de Vacina

Versão 2/2021

Versão Elaborada por: Caroline Vasconcelos Lopes Luciana Nunes Soares

Revisado e Aprovado por: Luciana Nunes Soares

OBJETIVOS: Preconizar as ações do Programa Nacional de Imunizações (PNI);

Padronizar a organização e funcionamento da sala de vacinação, **exclusiva** para a administração de imunobiológicos, a fim de aperfeiçoar o atendimento e o acolhimento aos usuários; Imunizar com segurança, prevenindo as infecções nas crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes e imunodeprimidos; de acordo com o calendário Nacional de Vacinação. Ministério da Saúde/Programa Nacional de Imunizações.

Manter diariamente as condições de higiene e limpeza.

Manter atualizado o sistema de informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) bem como a consolidação e a avaliação da qualidade dos dados.

PROFISSIONAL EXECUTANTE: Equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem).

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Uso permanente

- · Termômetro de máxima e mínima
- Refrigerador partir de 280 litros
- · Caixa térmica
- Gelo reciclável (gelox ou bobinas com água)

Impressos e Manuais Técnicos e Operacionais

- Cartão da criança;
- Modelos para registro da vacinação em outros grupos da população (cartão do adulto);
- Cartão de controle ou ficha espelho de registro;
- Relatório Mensal de Vacinação (SINPI);
- Relatório de Campanha de Doses Aplicadas de Vacina;
- Mapa para controle diário da temperatura do refrigerador;
- Ficha de Investigação dos Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- Ficha de Fluxo imediato de Eventos Adversos Pós-vacinação;
- Outros impressos, como o boletim de perdas e gráficos para acompanhamento da cobertura vacinal;
- Manual de Normas de Vacinação;
- Manual de Procedimentos para a vacinação;
- Manual de Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- Manual de gerenciamento da rede de frio;
- Quadro com o esquema básico de vacinação.

PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

Preparo do ambiente para o início das atividades

- Verificar a temperatura e organização do refrigerador e anotar no mapa de controle diário de temperatura;
- Verificar a limpeza e a organização da sala;
- Verificar impressos e manuais técnicos e operacionais;
- Verificar prazo de validade dos imunobiológicos (priorizar aqueles que estiverem com prazo mais próximo de vencimento);
- Retirar do refrigerador de estoque a quantidade de vacinas e diluentes necessários à jornada de trabalho;
- Preparar a caixa térmica (gelo reciclável ou gelo em sacos plásticos com termômetro.

Triagem

- Identificar se é a primeira vez na sala de vacina ou retorno (em caso de primeira visita, abrir o documento de vacinação criança ou adulto);
- Retorno (verificar quais vacinas deverá ser administrada, de acordo com o cartão vacinal);
- Orientar sobre a importância da imunização e seu esquema básico;
- Obter informações sobre o estado de saúde objetivando identificar as indicações e possíveis contraindicações à administração dos imunobiológicos;
- Registrar a vacina ou soro em documento próprio de vacina com carimbo, data, lote e assinatura legível;
- Registrar em mapa diário de vacinação;
- Aprazar nova data de retorno em caso de nova dose de vacina ou reforços, dependendo do caso;
- Buscar os faltosos.

Caixas Térmicas

- Proporção adequada entre quantidade de imunobiológicos e quantidade de gelo reciclável;
- · Organizar os imunobiológicos nas caixas, circundados pelo gelo reciclável;
- Controlar a temperatura da caixa térmica com o termômetro de cabo extensor (preferencialmente) ou linear, mantendo a temperatura interna entre +2° e +8º C;
- Verificar constantemente a temperatura da caixa térmica;
- Manter a caixa térmica fora do alcance da luz solar direta;
- Manter a caixa térmica distante de fontes de calor (aquecedores, estufas);
- Antes e depois de todos os procedimentos proceder a lavagem correta das mãos conforme protocolo.

Organização do Refrigerador

- Utilizar geladeiras, com capacidade a partir de 280 litros, exclusivas para o Programa Nacional de Imunizações, devem ser organizadas de acordo com as seguintes recomendações.
- no evaporador (congelador) colocar gelo reciclável (gelox ou bobinas com água) na posição vertical. Esta norma contribui para a elevação lenta da temperatura, oferecendo proteção aos imunobiológicos na falta de energia elétrica ou defeito do equipamento;
- Colocar na prateleira central, ou seja, segunda prateleira, o termômetro de máxima e mínima, de pé; o bulbo do termômetro deve estar suspenso entre a primeira e a segunda prateleira/grade da geladeira. Arrumar os imunobiológicos em bandejas plásticas perfuradas ou em porta-talher de plástico adaptado;

- Nos refrigeradores domésticos, os imunobiológicos devem ser organizados por tipo (viral ou bacteriano) e acondicionados nas 2ª e 3ª prateleiras
- Não acondicione imunobiológicos na 1º prateleira nem no compartimento inferior (gaveta) desses equipamentos.
- Coloque garrafas preenchidas com água misturada a um corante (azul de metileno, anil, violetade genciana) na gaveta da parte de baixo do refrigerador, ocupando todo o espaço.

Notas:

- As garrafas devem ser dispostas de maneira a permitir a circulação do ar frio entre elas. Não substitua as garrafas por bobinas reutilizáveis.
- retirar todas as gavetas plásticas e suportes que existam na parte interna da porta.
- Essa providência é de vital importância para manter a temperatura da geladeira entre +2°C e +8°C quando ocorrer falta de energia ou defeito no equipamento.
- Manter as prateleiras limpas e organizadas, retirando os vidros e as caixas vazias;
- Colocar na frente os produtos com prazo de validade mais próximo do vencimento, para que sejam utilizados antes dos demais.
- Colocar o equipamento distante de fonte de calor, como estufa e autoclave, e fora do alcance dos raios solares;
- Deixar o refrigerador perfeitamente nivelado;
- Afastar o refrigerador da parede, pelo menos 20 cm, de modo a permitir a livre circulação do ar no condensador;
- Usar tomada ou conexão com a fonte de energia elétrica exclusiva para o refrigerador, evitando ligá-lo junto com outros equipamentos na mesma tomada, usando "T" ou benjamim;
- Regular o refrigerador de forma que a temperatura interna permaneça entre +2°C e +8°C;
- Ajustar o termostato de modo a encontrar o ponto ideal que vai permitir a manutenção da temperatura do refrigerador entre +2°C e +8°C;
- Verificar a temperatura, pelo menos, duas vezes ao dia, registrando-a no formulário de Controle de Temperatura afixado na porta do refrigerador;
- Usar o refrigerador única e exclusivamente para conservar imunobiológicos, não permitindo a guarda de outros produtos, como medicamentos, material de laboratório, material odontológico, alimentos e bebidas;
- A limpeza da geladeira conforme Manual do MS 2014 é quinzenal ou quando houver 5 cm de gelo no congelador.

Administração dos imunobiológicos

- Verificar o imunobiológico a ser administrado, conforme a indicação;
- Lavar as mãos com água e sabão; (Conforme Capitulo 2, NR 4)
- Preparar e administrar o imunobiológico de acordo com normativa específica;
- Observar a solução, estado da embalagem, prazo de validade, via de administração, número do lote e dose;
- Observar rigorosamente as reações imediatas;
- Rubricar no documento de registro, em local reservado, com aprazamento;
- Reforçar as orientações, sobretudo quanto ao aprazamento e retorno;
- Desprezar o material descartável em recipiente adequado;
- Lavar as mãos. (Conforme Capitulo 2, NR 4)

						CALEN	IDÁRIC	NACIO	NAL DE	VACINA	ÇÃO 20	20					
Grupo alvo	idade	BCG	Hepatite B	Penta/DTP	VIP/NOP	Pneumo 18	Rotavirus	Meningo C	Meningo ACWY	Febre Amarela	Triplice viral	Tetra viral	Varicela	Hepatite A	Dupla adulto	HPV	dTpa adulto
	Ao nascer	Dose únice	Dose ao nascer														
	2 meses			1ª Dose	(com VIP)	17 Dose	18 Dose										
	3 meses							1º Dose									
	4 meses			2º Dose	(com VIP)	24 Dose	2* Dose										
	5 meses							2* Dose									
Criança	6 meses			37 Dose	3# Dose (com VIP)												
	9 meses									14 dose							
	12 meses					Buforço		Reforço			Does unica						
	15 meses			1º reforço (com OTP)	18 Reforço (com VOP)							Dose única		Dose única			
	4 anos			27 reforço (com DTF)	21 Reforço (com VOP)					Reforço			Dose única				
	9 anos																
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses ⁽¹⁾						Dose única (11 e 12 anos)	Dose única ⁽⁸⁾	2 doses ⁽¹⁾ (até 29 anos)				Reforço a cada 10 anos ^(N)	2 doses ⁽⁴⁾	
Adulto	20 a 59 anos		3 doses ⁽¹⁾							Dose única (8)	1 dose ⁽¹⁾ (30 a 59 anos)				Reforço a cada 10 anos ^(h)		
ldoso	60 anos ou mais		3 doses ⁽¹⁾							Dose única ^(1,2)					Reforço e cede 10 anos ^(b)		
Gestante			3 doses ⁽¹⁾												2 doses ⁽¹⁾		Dose única ⁽⁸⁾

- (1) Se não tiver recebido o esquema completo na infância.

- (2) deverá ser avalisdo o beneficio/risco da vacinação para individuos com 60 anos ou mais.

 (3) Uma dose a cada gestação: a partir da 201 semana de gestação.

 (4) Esquema para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos.

 (5) Se não tiver recebido esquema básico com 3 doses previamente deverá iniciá-lo ou completá-lo.

Grupo alvo	Made		Hepatite 8	Penta/DTP	VIP e VOP	Pneumo 10	Rotavirus	Meningo C	Meningo	Febre Amarela	Triplice viral	Tetra viral	Pneumo 23	Variotia	Hepatite A	dTps adulto	HPV	Ouple adult
	Ac rescer	Dose Grica	Dese se															
	2 meses			1#Dooe	1# Dose (com VIF)	1#Dose	19 Doos											
	3 meses							SPDoce										
	4 mases			2*Dose	2ª Dose (com VIP)	2*Dose	2*Dese											
	S-riveres							21Dose										
Criança	6 meses			34 Dose	3# Dose (com VIP)													
	2 means									14 Dose								
	12 meses					Reforça		Reforço			Dose única							
	15 muses			18 reforço (com DEP)	18 Reforço (com VOF)							Dose Grice			Dose (mice			
	4 areas			24 reforço (com DTF)	24 Reforço (com VDF)					Raforço				Dose única				
	5 area												Dose inicial					
	9 ands																	
Adolescente	10 x 19 anos		3 dries ^{te}						Occaúnica (11 x 12 area)	1.0coe ^{cc}	2 doses ^(b) (até 29 anos)						2 doses**	Reforça a cada 10 anos ³⁰
Adulto	20 a 59 ares		3 doces ⁽¹⁾							1 dess**	1 dose ⁽⁴⁾ (30 a 53 arcs)							Reforço e cede 10 anos ³⁰
ideno	60 ands ou mais		3 doses ^{to}							1 dose*1.11			Reforço					Reforço a cada 10 amos ^{M1}
Gestaine			3 deses to													Dose Grica ^(b)		2 doses ^{to}

- Se não tiver recebido o esquema completo na infância.
 Deverá ser avaliado o beneficio/risco da vacinação para individ
 Uma dose a cada gestação: a partir da 20º semana de gestação.

Finalização diária do trabalho

Desprezar as doses de vacina que ultrapassaram o prazo recomendado após abertura do frasco; Desprezar os frascos de vacina com rótulo danificado;

Verificar e anotar a temperatura do refrigerador no Mapa de Controle Diário de Temperatura; Guardar o material em local limpo e seco;

Deixar a sala limpa e em ordem.

Registrar no sistema de informação.

Finalização mensal do trabalho

Somar as doses administradas, registrar nos espelhos e passar para o sistema de informação. Enviar o relatório para Vigilância Epidemiológica conforme prazo determinado.

Compilação e notificação de efeitos adversos comuns pós-vacinação

Notificar e investigar todo o caso que caracterize sinais e/ou sintomas de eventos adversos pós imunização, associados eventualmente a erros de técnicas ou lote vacinal;

Preencher a ficha de notificação contemplando todos os campos e após remeter para o setor de vigilância Epidemiológica do Município.

Seguir as orientações do Manual de Eventos Adversos Pós Vacina, 2020.

Referências:

BRASIL. Manual de Rede de Frio / elaboração de Cristina Maria Vieira da Rocha et al. - 3. ed. - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2001. 80p. il

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. — Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual procedimentos vacinacao.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 340 p. Disponível em:

Rio Grande do Sul. Instrução normativa calendário nacional de vacinação adaptação: núcleo de imunizações/DVE/CEVS/SES. Porto Alegre, 25 de setembro de 2020.

Anexos

Anexo 1- FICHA DE REGISTRO DE RESULTADOS DOS TESTES BIOLÓGICOS (Modelo)

, c	22			0.07			
Unidade de s	aúde:						
Marca autoc	lave:	Número de registro da autoclave :					
Semana de:_	aa						
Data de avaliação	Indicador biológico teste	Indicador biológico controle	Resultado	Assinatura e Carimbo			
	Cole aqui a etiqueta do Indicador	Cole agui a etiqueta do Indicador	() Anroyado				

Data de avaliação	Indicador biológico teste	Indicador biológico controle	Resultado	Assinatura e Carimbo
	Cole aqui a etiqueta do Indicador biológico Teste	Cole aqui a etiqueta do Indicador biológico Controle	() Aprovado	
	Negativo (roxo) () Positivo (amarelo) ()	Negativo (roxo) () Positivo (amarelo) ()	() Reprovado	
	Cole aqui a etiqueta do Indicador biológico Teste	Cole aqui a etiqueta do Indicador biológico Controle	() Aprovado	
	Negativo (roxo) () Positivo (amarelo) ()	Negativo (roxo) () Positivo (amarelo) ()	() Reprovado	
	Cole aqui a etiqueta do Indicador biológico Teste	Cole aqui a etiqueta do Indicador biológico Controle	() Aprovado	
	Negativo (roxo) () Positivo (amarelo) ()	Negativo (roxo) () Positivo (amarelo) ()	() Reprovado	
	Cole aqui a etiqueta do Indicador biológico Teste	Cole aqui a etiqueta do Indicador biológico Controle	() Aprovado	
	Negativo (roxo) () Positivo (amarelo) ()	Negativo (roxo) () Positivo (amarelo) ()	() Reprovado	
	Cole aqui a etiqueta do Indicador biológico Teste	Cole aqui a etiqueta do Indicador biológico Controle	() Aprovado	
	Negativo (roxo) () Positivo (amarelo) ()	Negativo (roxo) () Positivo (amarelo) ()	() Reprovado	

ATENÇÃO: O teste biológico é considerado aprovado quando a cor da ampola **teste** permaneça **roxa** e a cor da ampola **controle** fique **amarela**.

Observações:		
Ciclo 1:	 	
Ciclo 2:		
Ciclo 3:		
Ciclo 4:		
Ciala F.		

Anexo 2- FICHA DE REGISTRO DE RESULTADOS DOS TESTES Químicos (Modelo)

Unidade de saúde:							
Marca autoclave:		Número de registro da autoclave :					
Semana de:	_ a	_					

Data de avaliação	Etiqueta do indicador Químico (Enulador, Integrador)	Tipo de ciclo	Resultado	Assinatura e Carimbo
	Cole aqui a etiqueta do indicador Químico (Enulador, Integrador)		() Aprovado	
	Cole aqui a etiqueta do indicador Químico (Enulador, Integrador)		() Aprovado	
	Cole aqui a etiqueta do indicador Químico (Enulador, Integrador)		() Aprovado	
	Cole aqui a etiqueta do indicador Químico (Enulador, Integrador)		() Aprovado () Reprovado	
	Cole aqui a etiqueta do indicador Químico (Enulador, Integrador)		() Aprovado () Reprovado	

Observações:		
Ciclo 1:	·	
Ciclo 2:		
Ciclo 3:		
Ciclo 4:		
Ciclo 5:		