



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCol)
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

FRANCIELLE LAZZARIN DE FREITAS GAVA

**MANUAIS DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÕES E NORMAS E
ROTINAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

CRICIÚMA

2021

FRANCIELLE LAZZARIN DE FREITAS GAVA

**MANUAIS DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÕES E NORMAS E
ROTINAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Luciane Bisognin Ceretta

Co-orientadora: Prof. Dra. Fabiane Ferraz

**CRICIÚMA
2021**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

G279m Gava, Francielle Lazzarin de Freitas.

Manuais de procedimentos operacionais padrões e normas e rotinas de enfermagem na atenção primária à saúde / Francielle Lazzarin de Freitas Gava. - 2021. 778 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2022.

Orientação: Luciane Bisognin Ceretta.

Coorientação: Fabiane Ferraz.

1. Cuidados de enfermagem - Normas. 2. Processo de enfermagem - Normas. 3. Padrões de prática em enfermagem. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Utilização de procedimentos e técnicas. I. Título.

CDD 23. ed. 610.734

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

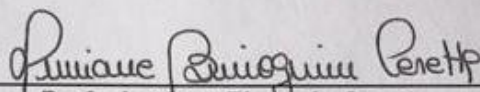
FRANCIELLE LAZZARIN DE FREITAS GAVA

**MANUAIS DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÕES E NORMAS
E ROTINAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 20 de dezembro de 2021

BANCA EXAMINADORA

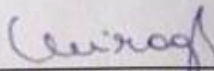


Profa. Luciane Bisognin Ceretta
Doutora – Orientadora
Presidente

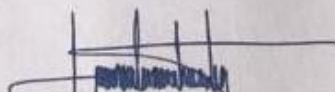
GELSON LUIZ DE
ALBUQUERQUE:3071
3633034

Assinado de forma digital por
GELSON LUIZ DE
ALBUQUERQUE:30713633034
Dados: 2021.12.20 17:53:29 -03'00'

Prof. Gelson Luiz de Albuquerque
Doutor – UFSC
Membro externo



Profa. Valdemira Santana Dagostin
Doutora – UNESC
Membro externo



Prof. Jacks Soratto
Doutor – UNESC/PPGSCol
Membro interno

“Dedico esta dissertação a todos os meus colegas de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma, grandes companheiros de jornada. Em especial as enfermeiras atuantes na Atenção Primária em Saúde: Daiane Mendes de Assis Réus, Gabriele de Carvalho, Cecília Rios dos Reis Freitas, Patrícia Araújo Burato Miguel, Marília Lodetti e Larissa Alves pela excepcional fonte de apoio técnico durante todo o processo de elaboração dos manuais aqui apresentados. Obrigada por tudo!”.

AGRADECIMENTOS

A Santíssima Trindade que se faz presente em minha vida e é a razão da minha existência.

A minha família pela paciência e apoio em todos os momentos.

A Secretaria Municipal de Saúde por ter permitido e incentivado a realização deste estudo.

As Professoras Luciane Bisognin Ceretta e Fabiane Ferraz, orientadora e co-orientadora, obrigada pelo apoio, incentivo, amizade, confiança na minha capacidade e pelo estímulo em aprimorar o processo de trabalho da Enfermagem; pelos ensinamentos, pelo exemplo de ética e cidadania, por acreditar e valorizar a profissão da Enfermagem e a Atenção Primária em Saúde.

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que o melhor fosse feito. Não
sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não
sou o que era antes”.*

Marthin Luther King

RESUMO

Para a efetivação do cuidado de Enfermagem como ciência é necessária a estruturação e incorporação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas organizações/serviços de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem (PE). Assim, a utilização de ferramentas de gestão do cuidado, tais como os Procedimentos Operacionais Padrões (POPs) e as Normas e Rotinas (NRs) tornam-se importantes à organização dos serviços e à prática segura do cuidado. Nesse sentido, o presente trabalho tem por objetivos: estruturar os Procedimentos Operacionais Padrão, Normas e Rotinas para as equipes de Enfermagem que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS) da Secretaria Municipal de Saúde; e, criar a Comissão Permanente de Atualização (CPA) para revisão dos POPs e NRs. Trata-se de um produto, do tipo manual, do subtipo Procedimento Operacional Padrão e Normas e Rotinas. Os cenários de construção foram os serviços de Enfermagem ligados a APS da rede municipal de saúde do município polo da macrorregião sul de Santa Catarina. A construção do produto ocorreu em quatro etapas operacionais distintas. Na Etapa I: realizou-se as pactuações com a SMS, a Coordenação de APS e alinhamento das propostas com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU), a fim de estabelecer a criação do Grupo de Trabalho (GT) com profissionais de Enfermagem que atuam na APS. Na Etapa II, foi realizado reconhecimento, discussão e apropriação das demandas, levantamento das necessidades de cada cenário. Na Etapa III ocorreu a produção e estruturação dos POPs e das NRs a partir do GT formado. Na Etapa IV ocorreu a apresentação e validação do produto final à SMS, ao NEPSHU, as responsáveis técnicas (RTs) e Enfermeira fiscal do COREN/SC, lotada na subseção de Criciúma. Como resultado se constituiu a elaboração de dois manuais que possibilitaram estreitar a comunicação com a equipe de Enfermagem da SMS. Ao total um manual possui 122 POPs, organizados em 14 áreas de cuidado, e, 62 NRs expressas em um outro manual com 11 capítulos. Estes produtos revelam potencial de transformação junto à SMS no momento em que a gestão atendeu à solicitação do termo de auto composição expedido pelo órgão de classe diante da ausência destes manuais no município antes da realização do presente trabalho. À equipe de Enfermagem, motivada e com sentimento de pertencimento por ver ferramentas de gestão e assistência atualizadas e formalizadas, ao mesmo tempo que aumentou a responsabilidade da gestão em manter a CPA que buscará ferramentas de socialização do produto promovendo novas habilidades na assistência de enfermagem em todos os serviços da APS. Em relação ao resultado do produto, destacamos que visto o município ser polo na região, é de grande relevância a implementação de melhorias no desenvolvimento das práticas de Enfermagem por meio da implantação e implementação de tais manuais. Conclui-se que os manuais são instrumentos de gestão do cuidado que buscam excelência na prestação dos serviços, procurando minimizar erros nas ações dos profissionais de forma dinâmica, passível de evolução e transformações no trabalho, na instituição, nos aspectos técnicos, políticos e institucionais.

Palavras-chave: Normas Básicas de Atenção à Saúde; Normas de Prática de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; em Saúde

ABSTRACT

For the effectiveness of Nursing care as science, it is necessary to structure and incorporate the Systematization of Nursing Care (SAE) in Nursing organizations/services and the implementation of the Nursing Process (NP). Thus, the use of care management tools, such as Standard Operating Procedures (SOPs) and Norms and Routines (NRs) become important for the organization of services and the safe practice of care. In this sense, the present work aims to: structure the Standard Operating Procedures, Norms and Routines for the Nursing teams that work in Primary Health Care (PHC) of the Municipal Health Department; and, create the Permanent Commission for Updating (CPA) to review POPs and NRs. It is a manual-type product, of the Standard Operating Procedure and Norms and Routines subtype. The construction scenarios were the Nursing services linked to PHC of the municipal health network of the center municipality in the southern macro-region of Santa Catarina. The construction of the product took place in four distinct operational stages. In Stage I: agreements were made with the SMS, the PHC Coordination and alignment of the proposals with the Permanent Education Center in Health and Humanization (NEPSHU), in order to establish the creation of the Working Group (WG) with professionals of Nursing who work in PHC. In Stage II, recognition, discussion and appropriation of demands were carried out, as well as a survey of the needs of each scenario. In Stage III, the production and structuring of POPs and NRs took place from the formed WG. In Stage IV, the presentation and validation of the final product were showed to the SMS, NEPSHU, the technical managers (RTs) and the fiscal nurse of COREN/SC, assigned to the Criciúma subsection. As a result, two manuals were created to help strengthen communication with the SMS Nursing team. One manual has 122 SOPs, organized into 14 areas of care, and 62 NRs expressed in another manual with 11 chapters. These products reveal potential for transformation with the SMS at the time when the management complied with the request for the self-composition term issued by the class body in the face of the absence of these manuals in the municipality before the present work was carried out. To the Nursing team, motivated and with a sense of belonging to see management and assistance tools updated and formalized, while increasing the management's responsibility to maintain the CPA that will seek product socialization tools promoting new skills in nursing care in all APS services. Regarding the result of the product, we emphasize that since the municipality is a center in the region, it is of great importance to implement improvements in the development of Nursing practices through the implementation of such manuals. It is concluded that the manuals are care management instruments that seek excellence in the provision of services, seeking to minimize errors in the actions of professionals in a dynamic way, subject to evolution and transformations in the work, in the institution, in the technical, political and institutional aspects.

Key-words: Delivery of Health Care; Practice Patterns, Nurses'; Nursing Care; Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modelo da matriz de elaboração de Procedimento Operacional Padrão	38
Quadro 2 – Procedimentos distribuídos entre os membros do GT, para organização e estruturação do manual.....	39
Quadro 3 - Cronograma de encontros entre os membros do GT	44
Quadro 4 - Proposta de organização didática – formatação – do material elaborado	47
Quadro 5 - Modelo matriz de elaboração das Normas e Rotinas dos serviços da SMS de Criciúma.	53
Quadro 6 - Categorização das Normas e Rotinas da APS, da SMS de Criciúma/SC	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
CF	Constituição Federal
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EA	Eventos Adversos
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GT	Grupo de Trabalho
ICPS	Classificação Internacional de Segurança do Paciente
NEPSHU	Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização
NR	Normas e Rotinas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PMC	Prefeitura Municipal de Criciúma
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPGSCOL	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
RT	Responsável Técnico
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 JUSTIFICATIVA	15
1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA	16
1.3 FINALIDADE DO PRODUTO	16
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 OBJETIVOS GERAIS.....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	18
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	19
3.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	20
3.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM	21
3.5 SEGURANÇA DO PACIENTE	22
3.6 PROTOCOLOS OPERACIONAIS PADRÕES (POPS) DE ENFERMAGEM.....	23
3.7 NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	24
4 MÉTODOS	26
4.1 TIPO DE PRODUTO	26
4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO	26
4.3 PÚBLICO ALVO	27
4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO	27
4.5 ADERÊNCIA DO PRODUTO A LINHA DE PESQUISA	28
4.6 CAPACIDADE DE APLICABILIDADE DO PRODUTO	28
4.7 CARACTERÍSTICA DE INOVAÇÃO DO PRODUTO	30
4.8 POTENCIAL DE IMPACTO DO PRODUTO.....	30
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
5 DESENVOLVIMENTO E RESULTADOS	32
5.1 ESTRUTURAÇÃO DO PRODUTO	32
5.1.1 Etapa I: levantamento das necessidades para estruturação da proposta	32
5.1.2 Etapa II: Reconhecimento, discussão e apropriação das demandas de cada cenário para elaboração do produto	36
5.1.3 Etapa III: produção e elaboração dos POPs e das NRs com o GT da temática.....	36

5.1.4 Etapa IV: Apresentação e validação do produto final à SMS, ao NEPSHU, às RTs e ao COREN/SC	59
5.2 APRESENTAÇÃO DO PRODUTO.....	65
5.3 EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DO PRODUTO.....	68
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICES	77
APÊNDICE 1 - MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÕES DE ENFERMAGEM	78
APÊNDICE 2 - MANUAL DE NORMAS E ROTINA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA.....	4788

1 INTRODUÇÃO

Wanda de Aguiar Horta, reconhecida historicamente como uma das maiores enfermeiras brasileiras, em seu legado técnico-científico, expressou que a prática do cuidado de Enfermagem como ciência, para sua efetivação, exige a aplicação da consulta de enfermagem, considerada a essência da Enfermagem. Ela é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas com o intuito de assistir a vida do ser humano. Esta ação, caracteriza-se pela articulação e dinamismo de suas fases: histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem, plano de cuidados, prescrição de Enfermagem, evolução e prognóstico (DANTAS, SANTOS e TAURINHO, 2016).

A consulta de Enfermagem apresenta a cientificidade do trabalho dessa profissão, além de respaldar a tomada de decisão (COFEN, 2009). Logo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) significa organização do trabalho da Enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos, a partir desta organização é que ocorre a aplicação do Processo de Enfermagem (PE), por meio do qual a assistência de Enfermagem é desenvolvida em cinco fases, nas quais a enfermeira coleta os dados, desenvolve raciocínio clínico e elabora diagnósticos de enfermagem para planejar, intervir, avaliar e registrar o quadro e a evolução do processo de saúde doença da pessoa por ela cuidada (COFEN, 2009).

Em relação a esse tema, a Lei nº 7.498/1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências; define que em seu art. 11 que o Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- (...)
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

Ainda neste sentido, de sistematização e organização do processo de trabalho, o Processo de Enfermagem (PE) é definido como instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem (SILVA *et al.*, 2011; COFEN, 2009; DINIZ, 2015).

A organização do processo de trabalho de Enfermagem deve se utilizar de ferramentas adequadas para o desenvolvimento do Cuidado de Enfermagem, além de auxiliar na tomada de decisão, na definição do seu espaço de atuação, do seu desempenho na gestão em saúde e em Enfermagem (SOARES *et al.*, 2015) (COFEN, 2009).

A sistematização e organização do processo de trabalho da Enfermagem, implicam diretamente na segurança do paciente, o que constitui um dos grandes desafios dos cuidados de saúde nos dias atuais. O reconhecimento da ocorrência de erros ou acidentes adversos com consequências graves aos usuários, sinaliza aos profissionais de saúde, que estes devem estar sempre em alerta às medidas pertinentes à segurança do paciente (PEREIRA; SOUZA; FERRAZ, 2014).

É de conhecimento que a inexistência de manuais de POPs e de normas e rotinas, associadas a frágil implantação da SAE, propicia a desorganização do serviço de Enfermagem devido às distintas condutas que cada profissional pode adotar. A aplicação da SAE e a padronização de normas e rotinas, propicia maior segurança na realização dos procedimentos (SALES, 2015).

AS Normas e Rotinas de enfermagem, caracterizam-se por ferramentas que auxiliam na organização do PE, além de auxiliar na segurança do paciente, podem ser definidas da seguinte forma: Normas, consistem em um conjunto de instruções que definem procedimentos, método e organização, orientando os executantes no conjunto de uma atividade. Rotinas: estas, por sua vez, representam técnicas para a execução de uma tarefa específica de assistência de enfermagem (COREN-SE, 2017).

1.1 JUSTIFICATIVA

A motivação para o presente trabalho deriva da experiência profissional da autora como gestora municipal de saúde e como enfermeira da Atenção Primária em Saúde (APS). Ainda ocorreu devido à ausência de manuais de Procedimentos Operacionais Padrão e Normas e Rotinas de Enfermagem no município de Criciúma/SC.

No cotidiano dos serviços de saúde, no encontro com usuários, familiares e trabalhadores da saúde, atuando na organização, funcionamento, qualidade e acesso dos serviços que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), foi possível compreender a necessidade de ferramentas de gestão do cuidado, as quais além de padronizar e sistematizar técnicas e rotinas, organizam os serviços e potencializam ações de segurança do paciente.

Outrossim, ao encontro das motivações ligadas às experiências prévias no campo da gestão e assistência, a Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Criciúma foi notificada pelo COREN - SC, onde recebeu termo de auto composição, solicitando que a mesma protocolasse os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e Normas e Rotinas (NR) estabelecidas pelo município em 2021. Dessa forma, a motivação pela construção deste trabalho justifica sua relevância para o campo da Enfermagem na Saúde Coletiva por se tratar de importante ferramenta de gestão do cuidado para o serviço de enfermagem municipal.

Cabe ressaltar que na Resolução Cofen nº 0509/2016, a qual atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico (RT), o art. 10º estabelece como atribuições do enfermeiro RT "...IX – Elaborar, implantar e/ou implementar, e atualizar regimento interno, manuais de normas e rotinas, procedimentos, protocolos, e demais instrumentos administrativos de Enfermagem" (COFEN, 2016).

1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA

Ausência de Procedimentos Operacionais Padrões de Enfermagem e das Normas e Rotinas da equipe de Enfermagem dos serviços que compõem a Atenção Primária em Saúde, do município de Criciúma – SC.

1.3 FINALIDADE DO PRODUTO

O produto resultado deste estudo tem por finalidade facilitar a sistematização dos procedimentos operacionais das ações de equipes de enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde, bem como estabelecer as Normas e Rotinas das equipes de Enfermagem que compõem os serviços da Atenção Primária em Saúde deste município.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Estruturar os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), Normas e Rotinas (NR) para a equipe de Enfermagem, que atua na Atenção Primária em Saúde (APS), da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma/SC.

Criar a Comissão Permanente de Atualização para revisão dos procedimentos operacionais padrão e das normas e rotinas junto a Secretaria de Saúde de Criciúma/SC.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O direito à saúde no Brasil, está previsto como um direito social na Constituição Federal (CF) de 1988, este direito não foi dado, mas, sim, conquistado a partir de intensa mobilização da sociedade civil, trabalhadores da saúde e estudiosos na década de 70/80. Somente, a partir disto, à saúde passa a ser assegurada pelo Estado de maneira igualitária e universal, por meio do artigo 196 da CF que afirma: “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Desde a sua criação, para a sua implementação, o SUS vem enfrentando o desafio da organização de um sistema de dimensão nacional, de caráter público, com princípios e diretrizes comuns em todo o território nacional, regulados, conforme já exposto, a partir da aprovação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, em 1990 (Lei nº 8.080/90) e sua complementar a Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Estabelecendo os princípios e diretrizes do SUS. Para sua operacionalização foi necessária a criação da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1990).

Assim, pode-se compreender que o direito à saúde no Brasil, como um Sistema de saúde pública que, segue o princípio da universalidade do acesso, integralidade do cuidado e equidade das ofertas, acionando um movimento de produção de saúde em um campo que se organiza com os princípios operacionais da descentralização, territorialização e da participação (BRASIL, 1990).

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

O artigo 1º cita em seu parágrafo único relativo à Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, da qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica: “a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária em Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento” (BRASIL, 2017).

Assim, a APS deve ser compreendida como a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao SUS. Logo, está orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenadora do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade e ordenadora dos serviços da rede (BRASIL, 2017).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017

Art. 2º A Atenção Básica é 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 em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Outro ponto importante, apontado no texto da PNAB 2017, consiste em que todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS atenderem aos seguintes princípios e diretrizes:

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica - Princípios: a) Universalidade; b) Equidade; c) Integralidade. II - Diretrizes: a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; d) cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; i) Participação da comunidade (BRASIL. 2017).

A APS possui a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para sua expansão e consolidação. As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na APS deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e

terapêuticas, além de outras normativas por seus respectivos gestores (BRASIL, 2017).

A Enfermagem na APS, assume importante papel na gerência das equipes de saúde, pois, além de realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes em todos os ciclos de vida, realiza consulta de enfermagem em que efetua procedimentos, bem como, pode solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2017).

Isso faz com que ter POPs e NRs nos municípios são materiais relevantes para a estrutura de autonomia para as atividades realizadas pela enfermagem.

3.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) pode ser compreendida como um método sistematizado de prestação de cuidados de enfermagem, que possui como o objetivo reduzir as complicações durante o tratamento, de forma a facilitar a adaptação e recuperação do usuário. A utilização do método requer do profissional, pensamento crítico, que deve estar focado nos objetivos e voltado para os resultados, de forma a atender as necessidades da vida do sujeito usuário no seu singular e coletividade (SILVA *et al.*, 2011).

Existem distintos modos de sistematizar a assistência de enfermagem, entre os quais se podem citar os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos e o processo de enfermagem. Trata-se de diferentes formas de se organizar e desenvolver o cuidado, caminhos diferentes, com um único objetivo.

Assim, compreende-se que a gerência e a assistência de enfermagem são funções primordiais no agir profissional do enfermeiro, logo, a SAE, como um dos instrumentos do processo assistencial do enfermeiro, contribui para assegurar a qualidade da assistência. Sendo que, soma-se a outras ferramentas de gestão e planejamento, execução, controle e avaliação das ações de cuidados prestados aos usuários (SOARES *et al.*, 2015).

O aperfeiçoamento dos serviços e a qualidade da assistência perpassam por um planejamento e a operacionalização dos cuidados, reforçando a necessidade incontestável de se adotar e consolidar a SAE, reafirmando a necessidade de modificar a prática e o papel do profissional enfermeiro no sentido de imprimir uma nova característica à sua atuação (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

A sae auxilia o profissional de enfermagem na organização dos serviços quanto ao método, pessoal e instrumentos. Enquanto processo organizacional, mostra-se capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias de cuidado. De forma que, uma vez realizada a SAE, torna-se possível a efetivação do processo de enfermagem (COFEN, 2009).

3.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM

Processo de Enfermagem (PE), é o termo utilizado para identificar a organização do trabalho da equipe de Enfermagem. Consiste basicamente na forma de organizar o cuidado no sentido de imprimir qualidade à assistência prestada (HORTA, 1979; AZEVEDO *et al.*, 2019).

Refere-se no desenvolvimento da assistência de enfermagem nas etapas: coleta de dados exame físico e histórico; diagnóstico de enfermagem, raciocínio clínico do enfermeiro relacionadas às respostas do usuário que requerem cuidados de enfermagem; planejamento, que constitui a determinação dos resultados do usuário sensíveis a intervenções de enfermagem; realização das intervenções de enfermagem, onde são efetuadas as ações de cuidados propostas; e avaliação de enfermagem, onde o profissional enfermeiro análise do evolução do usuário em relação aos cuidados propostos (AZEVEDO, *et al* 2019).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução 429/2012, estabelece no seu Art. 1º que

É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (COFEN, 2012).

Segundo Resolução COFEN 429/2012, os registros recomendados compreendem dados pessoais e familiares do usuário, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem realizadas relacionadas aos diagnósticos, resultados decorrentes das intervenções e outras informações relevantes no processo de cuidado (COFEN, 2012).

Assim, o (PE) deve ser compreendido como instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, é imprescindível que a SAE anteceda o Processo de Enfermagem, pois, justamente esta organização é que torna possível a aplicação do Processo de Enfermagem (SILVA *et al.*, 2011; COFEN, 2009; DINIZ, 2015).

3.5 SEGURANÇA DO PACIENTE

Incidentes relacionados à segurança do paciente sempre foram um sério problema à qualidade do cuidado prestado em todo o mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 10% dos pacientes sofrem danos relacionados somente ao cuidado hospitalar em países ocidentais (SIMAN; BRITO, 2017).

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS), proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), define como segurança do paciente a redução de riscos de danos ou lesões, associada ao cuidado em saúde, dentro de uma aceitação mínima; risco como a probabilidade que um incidente ocorra; o erro como a falha, a ação que ocorre fora do planejado ou aplicação incorreta do plano, e ainda, os eventos adversos (EAs), como qualquer dano ou lesão causada ao paciente pela intervenção da equipe de saúde (RUNCIMAN *et al.*, 2009).

É crescente a busca por compreender quais as principais causas de eventos adversos decorrentes do processo de cuidado à saúde, assim como suas possibilidades de barreiras. A todo o momento políticas e procedimentos são adotados para proteger os pacientes de danos. No entanto, deve-se compreender que a cultura de segurança é definida como

o produto de valores, atitudes, percepções e competências grupais e individuais que determinam um padrão de comportamento e

comprometimento de segurança da instituição, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas (LEMOS *et al.*, 2018, p. e2601).

Para a construção de uma cultura de segurança, deve-se trabalhar questões como a compreensão destes valores, além das crenças, das normas e das atitudes sobre o que é importante numa instituição e que costumes e comportamentos relacionados à segurança do paciente devem ser assumidos pela equipe (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; LEMOS *et al.*, 2018).

Considerando o exposto, pensando na segurança do paciente, compreendendo o trabalho da enfermagem como um trabalho em equipe, constituído por distintos sujeitos em sua cultura, valores e suas subjetividades, deve se partir do pressuposto que os profissionais podem desenvolver uma prática fragmentada, assumindo diferentes modos de fazer. Por isso, há necessidade de uma sistematização dos cuidados com os pacientes, baseada nas "ações planejadas estrategicamente para se alcançar os resultados, mantendo ou reformulando os processos de trabalho já estabelecidos, descritos em Procedimentos Operacionais Padrão as Normas e Rotinas, com vistas a minimizar eventos adversos", aumentando assim, a segurança do paciente (GIOVANI, 2014, p. 23).

3.6 PROTOCOLOS OPERACIONAIS PADRÕES (POPS) DE ENFERMAGEM

O Procedimento Operacional Padrão (POP) é um documento que expressa o planejamento e organização do trabalho repetitivo e tem como objetivo padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução da atividade (COREN - GO, 2014). Imprescindíveis para o exercício de qualquer tarefa realizada com qualidade, eficiência e eficácia, obedecendo critérios técnicos e observando normas e legislação das áreas pertinentes. Os POPs devem ser um dispositivo que garanta segurança ao executor durante a atividade a ser executada (EBSERH, 2014).

Com vistas a alcançar metas no trabalho, sem abrir mão da segurança do paciente, qualidade no atendimento e da segurança do profissional. Assim, a melhor forma da padronização de todo o processo, seguindo uma lógica sistematizada pela utilização de POPs, que descreve cada passo crítico e sequencial que deverá ser dado pelo executor para garantir o resultado esperado da tarefa, onde, embora

executados por diferentes atores, se seguidos corretamente, oferecem a garantia de mesmo resultado (BRUNO *et al.*, 2014).

O POP consiste então em uma ferramenta de gestão do cuidado, que busca qualidade e a excelência na prestação do serviço, procurando reduzir ao máximo os erros nas ações rotineiras. Possui uma característica dinâmica, passível de evolução que objetiva padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução de tarefas fundamentais para a qualidade do serviço prestado, funcionamento correto do processo (EBSERH, 2014).

Deste modo, cabe ao enfermeiro como agente transformador e responsável pelo desenvolvimento do processo de trabalho, a responsabilidade por organizar e distribuir e coordenar as atividades executadas por cada indivíduo que compõe a equipe de Enfermagem. Como cada vez mais o enfermeiro assume o gerenciamento, seja do setor ou da instituição, coordenando recursos materiais, humanos e financeiros, cabendo a ele controlar o equilíbrio, a qualidade, a quantidade e o custo. Se faz necessária a padronização dos serviços de Enfermagem para o processo gerencial, pois confere uniformidade às ações, reduz a dispersão, permite a realização dos serviços de forma organizada, orientada, seguindo evidências científicas, justificando a necessidade de criação e implementação dos POPs (RICHA, GUIMARAES, CARDOSO, 2014).

3.7 NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

O profissional enfermeiro, como coordenador e articulador do processo de cuidar, utiliza as bases ideológicas e teóricas de administração clássica e a prática de gerenciamento de recursos na gestão do cuidado. Tendo em vista que contribuem para a organização e avaliação dos serviços de saúde/enfermagem e, em consequência, para a melhoria da qualidade na e da atenção à saúde ofertada aos cidadãos (VALE; OLIVEIRA, 2011).

Assim, como ferramentas de gestão do cuidado, pode-se apontar: escala de trabalho, organização de processo de trabalho, manual de normas e rotinas e informações, protocolos, memorandos e cronogramas, enfatizando uma prática

pautada na lógica da valorização dos processos de trabalho, marca da administração clássica (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Desse modo, as Normas e Rotinas assumem importante papel na sistematização e organização do trabalho de Enfermagem, auxiliando o enfermeiro no gerenciamento do serviço e da equipe, incluindo os especificamente relacionados a APS (LORENZETTI *et al.*, 2014).

O Coren-SE, definiu Normas e Rotinas como sendo, um conjunto de regras e instruções para definir procedimentos, métodos e organização. Estes, devem por sua vez orientar os profissionais executantes no cumprimento de uma atividade. Devem de forma clara e objetiva definir “O QUÊ, COMO E QUANDO FAZER AS TAREFAS”. Devem se fundamentar nos princípios ético-legais. O documento deve ser feito com linguagem clara e objetiva, com divulgação ampla e extensiva a todos os funcionários/colaboradores/servidores (COREN - SE, 2017).

As normas devem ser construídas a partir das características da unidade de saúde e podem ser publicadas isoladamente ou em conjunto com as rotinas. Podemos citar como exemplos de Normas: Jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem; Fardamento dos profissionais de enfermagem; Envio de amostras biológicas ao laboratório; Pedido de materiais e medicamentos (COREN - SE, 2017).

Já as Rotinas de Enfermagem representam as instruções técnicas para execução de uma tarefa específica de assistência de Enfermagem. Estas por sua vez, devem descrever sistematicamente todos os passos para a realização de uma tarefa. Não descrevem procedimentos, pois estes devem ser discriminados nos POPs. Logo, como exemplo de Rotinas podemos citar: registro dos atendimentos de enfermagem; controle do carro de emergência; preparo da sala de vacina, controle de imunobiológicos e notificação de doenças transmissíveis (COREN - SE, 2017).

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE PRODUTO

O presente trabalho, trata-se de um produto do tipo Manual, do subtipo Procedimento Operacional Padrão (POP) e Normas e Rotinas (NR). Os manuais consistem em um conjunto de informações, decisões, normas e regras que se aplica a determinada atividade, uma técnica, um ofício ou procedimento. Pode ser impresso ou digital, que estabelece como se deve atuar em certos procedimentos (PPGSCol, 2019).

4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

A aplicabilidade do produto aconteceu em Criciúma, município brasileiro situado no estado de Santa Catarina, Região Sul do país. Segundo as estatísticas do IBGE de 2021, conta com uma população estimada de 219.233 habitantes, sendo a principal cidade da Região Carbonífera, além de ser a cidade mais populosa do Sul Catarinense, é a sétima maior população do estado de Santa Catarina e a 22ª da Região Sul do Brasil (IBGE, 2021).

Está entre os 100 municípios do Brasil com o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), calculado como de 0.788 em 2010, sendo o 76º município mais bem avaliado do país e o 14º mais bem avaliado de Santa Catarina naquele ano. A cidade é polo industrial em diversos setores, entre eles: confecção, embalagens, cerâmico, plástico e descartáveis, metalmecânico, extração de carvão mineral, construção civil e material gráfico (IBGE, 2021).

O desenvolvimento do produto teve cenários distintos. Para a construção dos POPs considerou-se todos os serviços ligados a SMS que possuem profissionais da Enfermagem, sendo eles: Atenção Primária em Saúde, Saúde Mental, Atenção Especializada, Vigilância em Saúde. Para a elaboração das Normas e Rotinas o cenário abrangeu exclusivamente os profissionais que compõem a rede de Atenção Primária em Saúde do Município de Criciúma, a qual em dezembro de 2021 compreende 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Em 2021, devido a divisão administrativa interna da SMS de Criciúma, a APS está subdividida em seis distritos de saúde, sendo eles: Rio Maina, Próspera, Boa Vista, Quarta Linha, Santa Luzia e Centro. Existem três Gerentes Distritais, cada uma responsável por dois distritos. Todas são enfermeiras de formação, as quais são subordinadas a duas Coordenadoras de APS, também enfermeiras de formação.

4.3 PÚBLICO ALVO

Profissionais que compõem as equipes de Enfermagem dos serviços da rede municipal de saúde de Criciúma - SC

4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

Nesta seção serão apresentados os procedimentos para a construção dos POPs e Normas e Rotinas de Enfermagem da APS dos serviços de Enfermagem do município de Criciúma - SC.

A construção ocorreu em quatro momentos operacionais distintos. Sendo que, no primeiro encontro do Momento I, foi realizada a reunião com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU) do município de Criciúma - SC. Neste encontro foi discutida que o serviço estava com uma grande necessidade de elaboração dos POPs e Normas e Rotinas dos serviços de Enfermagem do município. Frente a importância de integração ensino-serviço que os mestrados profissionais proporcionam, enfatizou-se importância de articular um trabalho de conclusão do mestrado profissional a essa grande demanda que o município estava necessitando.

No segundo encontro do Momento I, foi realizada a reunião entre a pesquisadora, Responsáveis Técnicas (RT), representante do Coren - SC e membros do NEPSHU. Neste encontro, foi expresso à representante do COREN, que o material seria desenvolvido por meio de um trabalho de conclusão de curso de mestrado profissional em saúde coletiva. Nesse encontro, também foi definida a composição do Grupo de Trabalho (GT) que possibilitaria a construção

compartilhada desse produto, na lógica da co-gestão.

O Momento II, ocorreu em três encontros distintos com os grupos de trabalho. No primeiro encontro, foi realizado o estudo detalhado e a apropriação da proposta de construção do produto. No segundo encontro, foram levantadas as necessidades de acordo com a realidade de cada serviço, a partir da visão de cada sujeito participante do GT, com vista a alinhar por eixos temáticos a construção do produto. No terceiro encontro, a pesquisadora apresentou ao GT proposta de projeto com itens e subitens para a construção do conteúdo programático dos POPs e das Normas e rotinas, com o intuito de padronizar a metodologia de construção destas ferramentas.

Pensado para ocorrer em dez encontros operacionais distintos, no Momento III ocorreu a elaboração, discussão, retirada de dúvidas e avaliação do andamento das ações para estruturação dos manuais.

No Momento IV, ocorreu a devolutiva do produto às enfermeiras RTs dos serviços e entrega dos produtos ao COREN/Seção Criciúma/SC para validação a aprovação em setembro de 2021.

4.5 ADERÊNCIA DO PRODUTO A LINHA DE PESQUISA

Este produto se associa a linha de pesquisa Educação e Gestão do Trabalho na Saúde do PPGSCol, pelo fato de assumir por essência as características de ferramenta de gestão de processos que irá auxiliar o enfermeiro na sistematização, organização e gerenciamento de práticas e serviços da equipe de Enfermagem que compõem os serviços municipais de APS.

4.6 CAPACIDADE DE APLICABILIDADE DO PRODUTO

Este produto apresenta grande capacidade de aplicabilidade, uma vez que o mesmo, pode ser empregado em distintos serviços municipais da APS, auxiliando a SMS, a Coordenação de AB, os enfermeiros RT e os enfermeiros gerentes dos distritos e das UBS, pois, se constitui de um conjunto sistematizado de informações que irá ajudar na tomada de decisões e cuidado em enfermagem.

Instruindo de forma técnica atividades de gestão e gerenciamento, de funcionamento e práticas assistenciais.

4.7 CARACTERÍSTICA DE INOVAÇÃO DO PRODUTO

Até setembro de 2021, nos serviços que compõem a rede municipal de saúde de Criciúma, incluindo os da APS, não ocorria a sistematização e a padronização de procedimentos e práticas assistenciais de Enfermagem, pois não havia de forma estruturada e reconhecida pela Coordenação de APS as Normas e Rotina e os POPs de Enfermagem.

Assim, este produto apresenta-se como potencial de inovação local, pois se trata de uma demanda para atender à necessidade dos serviços de enfermagem do município. Ainda, o caráter inovador da proposta em âmbito regional reside no fato, de que em todas as buscas realizadas para estudo, não se encontrou materiais que separassem com exatidão os materiais relativos a NRs e aos POPs, pois a grande maioria estrutura esses materiais juntos num mesmo documento, o que por vezes confunde a função de cada documento.

4.8 POTENCIAL DE IMPACTO DO PRODUTO

A implementação destas ferramentas possui como potencial de impacto nos serviços de saúde a possibilidade de melhoria no desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem; aplicação do Processo de Enfermagem; padronização de procedimentos; estabelecimento de Normas e Rotinas de modo explícito em especial nos serviços da APS; aumento da qualidade do cuidado prestado nos serviços de saúde; otimização dos espaços dos serviços de saúde e aumento da segurança do paciente.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O produto não causa prejuízos pessoais aos participantes, visto que os encontros foram incorporados às atividades institucionais da SMS de Criciúma. Logo, os envolvidos tiveram suas agendas flexibilizadas, com dispensa sem prejuízo ao desempenho laboral ou financeiro para participar dos encontros de estruturação dos manuais.

Logo, o risco foi considerado mínimo aos participantes no desenvolvimento do produto, uma vez que os encontros ocorreram em local protegido, mantendo a confidencialidade e privacidade, sem divulgação de dados pessoais ou das conversas/relatos referentes ao estudo. Todo o material de construção deste produto foi armazenado, garantindo que somente os envolvidos tenham acesso. Em contrapartida, disponibilizamos espaço para acolher as demandas individuais que surgiram no decorrer desta construção relacionada às dúvidas teóricas e técnicas sobre o processo de trabalho, sem fazer nenhum tipo de juízo de valores quanto a capacitação dos participantes para exercer os cargos que ocupam.

Para realização dos encontros presenciais foram tomadas todas as medidas relacionadas à biossegurança dos participantes, com utilização de máscaras, mantendo janelas e portas abertas a fim de garantir circulação de ar, bem como solicitação de uso de álcool em gel para higienização frequente das mãos.

Sobre os benefícios, na aceitação em participar deste produto, todos os sujeitos colaboraram na construção de uma proposta que visou melhorar o processo de trabalho de enfermagem, em especial dos serviços ligados a APS, refletindo na melhora da assistência de enfermagem prestada neste município.

5 DESENVOLVIMENTO E RESULTADOS

5.1 ESTRUTURAÇÃO DO PRODUTO

5.1.1 Etapa I: levantamento das necessidades para estruturação da proposta

O nascimento da proposta de dissertação

O Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN/SC) notificou em 2019, através de um termo de autocomposição, às Responsáveis Técnicas (RT) da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma, sobre a ausência de Normas e Rotinas, Procedimento Operacional Padrão, Regimento Interno e Comissão de Ética de Enfermagem (CEE). O município possuía na época 4 RTs, segundo as áreas de atuação: saúde mental, atenção primária, atenção especializada, urgência e emergência.

Diante desta notificação, as RT procuraram em 2020 o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU) para solicitar colaboração na elaboração destes materiais/documentos. Um membro do NEPSHU que é docente do mestrado profissional em Saúde Coletiva da UNESC, propôs articular essa necessidade a um trabalho de conclusão do mestrado.

Tendo em vista a atualização do pessoal de Enfermagem, bem como, a produção e difusão de procedimentos operacionais que visem padronizar e qualificar o processo de trabalho de enfermagem, procurou-se uma mestrande, enfermeira do quadro do município e que tivesse interesse pela temática, para o desenvolvimento deste projeto.

Após aceite em realizar a proposta, a mestrande agenda horário com a coordenação de Atenção Primária em Saúde (APS) para compreender melhor a notificação do COREN/SC. Nesta data toma conhecimento que o município também fez adesão aos protocolos do COREN, contudo, eles não foram implantados em 2020 em virtude da pandemia, pois necessitaria de treinamento da qual é realizado exclusivamente pelo próprio COREN, sendo que o mesmo estava com esta atividade suspensa. Tais ações foram retomadas no segundo semestre de 2021.

Frente a demanda apresentada pela SMS-Criciúma, em julho de 2020 a docente anuncia ao NEPSHU que a mestranda – autora do presente trabalho – estava assumindo o compromisso de desenvolver a proposta dos manuais, como um trabalho de elaboração de produto para dissertação de mestrado. Sendo que os POPs contemplariam a todas as áreas de atuação da equipe de Enfermagem, mas as Normas e Rotinas seriam elaboradas com foco na APS.

Frente a necessidade do serviço, a mestranda expressou que não poderia assumir a responsabilidade pela demais áreas além da APS, mas estava à disposição para compartilhar conhecimentos, a fim de que os trabalhos fossem realizados com um mesmo alinhamento. Ainda, ficou definido que não assumiria, por meio da dissertação, a estruturação Regimento interno e a eleição da Comissão de ética, mas colaboraria nessa construção, conforme tivesse possibilidade.

No primeiro momento de orientação, ficou pactuado que a mestranda efetuassem a leitura dos protocolos do COREN e fizesse fichamento de todos os procedimentos para que os mesmos fossem contemplados nos POPs. Os protocolos disponíveis em 2020 no site do COREN para consulta foram: Volume 1 – Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares; Volume 2 – Infecções sexualmente transmissíveis e outras doenças transmissíveis de interesse em saúde coletiva (dengue, tuberculose); Volume 3 – Saúde da Mulher, acolhimento as demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida; e, Volume 4 – Atenção a demanda espontânea de cuidados no adulto. Atualmente COREN disponibilizou mais dois protocolos, sendo Volume 5 – Atenção a demanda de cuidados na criança e Volume 6 – Cuidado à pessoa com ferida.

No intervalo das orientações entre os meses de agosto e setembro de 2020 a reunião com as RT foi adiada algumas vezes por diversos motivos: complicações de saúde da mestranda, falecimento de ACS por COVID-19, campanha Outubro Rosa, choques de agenda das RT. Neste espaço a mestranda foi se empoderando da temática e realizou pesquisa de como se faz a estruturação/formatação de POPs e Normas e Rotinas, a partir de exemplos de outros municípios e serviços.

Nesse período, ao realizar o estudo de manuais de outros municípios, a mestranda registrou os procedimentos faltantes, fez pesquisa bibliográfica das

referências, adquiriu a última edição do livro de base “Fundamentos de enfermagem”, de Potter, a fim de buscar informações atualizadas sobre procedimentos de enfermagem, e construiu o layout dos documentos.

Composição do Grupo de Trabalho para estruturação dos produtos

Como expressei, a reunião proposta com as RT ocorreu em 07 de julho de 2020, na qual compareceu apenas a coordenação de APS. Na reunião estruturamos o Grupo de Trabalho (GT) composto por uma enfermeira assistencial por distrito, que exercem atividades laborais na APS. Essa proposta ocorreu a partir da lógica de cogestão, bem como, para facilitar, posteriormente, os processos de condução das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS). Para composição do grupo, foi analisado o perfil para realizar trabalho colaborativo, que exija grande dedicação, bem como, a disponibilidade e o interesse das mesmas em participar do GT.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), estruturar grupos de trabalho (GTs), é um importante mecanismo para mobilizar o envolvimento e a implicação de diferentes pessoas/coletivos para efetivação de propostas que atendem a lógica da cogestão ou gestão compartilhada, logo, trata-se de “um dispositivo criado para o SUS, com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos” (BRASIL, 2008, p. 34). Os GTs que assumem as ferramentas da PNH para sua implementação, podem ser instituídos em qualquer instância do SUS e são compostos por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários (BRASIL, 2008).

Assim, na mesma semana, a mestrande fez contato via telefone com as colegas enfermeiras para explicar a proposta e fazer o convite para participar do GT. Em um primeiro momento todas concordaram, mas após 5 dias, uma colega afastou-se por problemas de saúde. Então foi solicitado a coordenação indicação de mais um nome para substituição, sendo que após o convite, ela aceitou o desafio.

Foi notório perceber que no GT, mesmo ocupando lugares distintos e construindo caminhadas singulares, todos os integrantes do grupo estavam felizes

em fazer parte desse momento de produção de importantes materiais para os profissionais de enfermagem do município.

5.1.2 Etapa II: Reconhecimento, discussão e apropriação das demandas de cada cenário para elaboração do produto

Para elaboração do produto foi necessário como estrutura física assegurar que todos os membros do GT tivessem acesso a computador com webcam, fone de ouvido, microfone, folha A4, impressora com scanner, pasta arquivo, pranchetas, canetas, e recurso para encadernação. Como materiais de apoio operacional, foi imprescindível plataformas online de comunicação por vídeo (Google Meet e WhatsApp).

Também, visto a necessidade de apresentar informações atualizadas nos produtos, a mestranda adquiriu a edição mais atual de um livro altamente recomendado sobre os Fundamentos de Enfermagem, para ser utilizado como materiais didáticos e pedagógicos, também fez uma busca detalhada na internet para analisar manuais de outras cidades e instituições.

Com a seleção de todos os recursos bibliográficos que foram utilizados, em especial, relacionado ao livro de fundamentos de enfermagem, a mestranda iniciou a leitura e anotação das páginas que possuíam procedimentos realizados pela enfermagem dos serviços ligados à SMS de Criciúma. Especificamente em relação ao livro, a mestranda providenciou reprografias dos procedimentos específicos que cada profissional assumiu trabalhar no primeiro encontro.

Além destes dispositivos apresentados, também foi necessário negociar a liberação dos profissionais enfermeiros durante o período de trabalho para a participação dos encontros presenciais e virtuais para estruturação do produto.

5.1.3 Etapa III: produção e elaboração dos POPs e das NRs com o GT da temática

A estruturação do produto ocorreu por meio dos seguintes momentos:

- a) *Momento 1*** – Encontro presencial do GT, em que foram realizadas orientação para elaboração dos manuais, levantamento de procedimentos a serem realizados para construção dos POPs

Na segunda quinzena de novembro de 2020 aconteceu a primeira reunião presencial do GT na sala de reuniões da SMS com as devidas medidas de biossegurança frente a pandemia. Neste encontro a mestranda deu boas vindas a todos e todas, reapresentou o propósito do grupo de trabalho, o tempo que possuíam para conclusão do material e o que ela havia negociado com a gestão para que esse material pudesse ficar pronto. Os membros endossaram o interesse e motivação em participar da proposta, compondo grupo de 7 enfermeiras do quadro efetivo.

Assim, a mestranda apresentou um modelo de estruturação de POP ao GT. Deixou aberto aos participantes que se tratava de um modelo que ela havia estruturado nos últimos meses a partir do que havia estudado e percebido como necessário para compor um POP. Estava aberto nessa reunião para adequações e ajustes, contudo, a partir do momento que saíssem todos terão que seguir esse modelo, a fim de padronizar a construção da ferramenta. Após a manifestação de alguns membros com considerações endossando que percebiam que os itens necessários estavam contemplados, não houve mudança na proposta de estruturação apresentada.

Desse modo, a partir desse modelo apresentado aqui como Quadro 1, estava disposto a estrutura de formatação de base para a construção dos POPs. Ainda, a partir do estudo dos protocolos de Enfermagem do Coren, que foram adotados pela Coordenação de APS, a mestranda propôs ao GT, a estruturação de eixos temáticos para facilitar a organização e distribuição do trabalho de construção dos POPs.

Quadro 1 - Modelo da matriz de elaboração de Procedimento Operacional Padrão

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	NÚMERO: POP –	DATA DA VALIDAÇÃO: Mês /Ano	DATA DA REVISÃO: Mês /Ano
Procedimento: INSERIR EM CAIXA ALTA			
Responsável:			
Quando:			
Monitoramento: Enfermeiro			
Objetivo: • Utilizar verbos no infinitivo: Prevenir, reduzir, garantir, agregar etc • Pode ser mais que 1 objetivo			
Material: Listar tudo que será necessário para realização do procedimento			
Descrição do procedimento: 1. 2. • Se julgar necessário anexar tabelas, imagens, dicas ...			
Referências:			

Fonte: Elaborado pela mestranda e GT, adaptado a partir do exemplo de protocolos pré-existent, 2020.

Como dinâmica de trabalho, os participantes foram convidados pela pesquisadora para assumirem os eixos temáticos considerando sua afinidade ou aproximação com o tema. Nesta conversa as colegas enfermeiras foram lembrando de outros procedimentos que não haviam sido listados e a mestranda foi tomando nota. A visão de cada sujeito participante do GT ajudou a alinhar por eixo temático a construção do produto.

Ficou estabelecido que teríamos a liberação do horário de trabalho para confecção dos POPs uma vez por semana, que cada uma trabalharia no seu ritmo sem atrapalhar o desenvolvimento das atividades na UBS, que a mestranda seria o elo com a coordenação da APS informando as datas que cada colega estaria ausente da UBS para construção dos POPs.

O enfermeiro como agente transformador é responsável pelo desenvolvimento do processo de trabalho. Logo, é de sua responsabilidade organizar e distribuir as informações entre todos os profissionais da área da saúde,

formando uma relação entre estes e os usuários do SUS. As instituições são formadas pela união de recursos humanos e organizacionais e sua estrutura pode ser compreendida pela forma na qual o trabalho é dividido, ou seja, como a coordenação das atividades é executada por cada indivíduo (RICHA, GUIMARAES, CARDOSO, 2014).

Cada vez mais o enfermeiro assume o gerenciamento, seja do setor ou da instituição, coordenando recursos materiais, humanos e financeiros, e, cabe a ele controlar o equilíbrio, a qualidade, a quantidade e o custo. Desta forma, a padronização dos serviços de enfermagem se faz necessária, uma vez que essa é uma ferramenta importante no processo gerencial, pois confere uniformidade às ações, reduz o desperdício, permite a realização dos serviços de forma organizada, orientada e segura, estimula a criatividade e a participação de toda a equipe (RICHA, GUIMARAES, CARDOSO, 2014).

Ainda pensando na dinâmica de interação e comunicação do grupo, a mestranda propôs a criação de um grupo na plataforma de comunicação *WhatsApp* com o intuito de facilitar a comunicação entre os participantes. Todos autorizaram a formação do grupo de *WhatsApp*, sendo que essa foi a principal ferramenta de comunicação do grupo.

Em relação a organização e distribuição dos temas para construção do material entre os membros do grupo, neste primeiro momento, a organização ocorreu por proximidade com o tema conforme expresso no Quadro 2, sendo que os procedimentos sem asterisco foram definidos pela mestranda e com asterisco foram expressos durante os encontros do GT.

Quadro 2 – Procedimentos distribuídos entre os membros do GT, para organização e estruturação do manual (continua)

ASPIRAÇÃO /OXIGENAÇÃO	TÉCNICA DE ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA OU TUBO OROTRAQUEAL
	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS
	ASPIRAÇÃO NASOGÁSTRICA
CATETERISMOS /SONDAGENS/ENEMA	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	SONDAGEM NASOGÁSTRICA
	SONDAGEM NASOENTÉRICA

Quadro 2 – Procedimentos distribuídos entre os membros do GT, para organização e estruturação do manual **(continuação)**

	FLEET ENEMA
	*CISTOSTOMIA
CURATIVOS/RETIRADA DE PONTOS	CURATIVO
	*Com ou sem pinça
	CURATIVO DE FERIDA CIRÚRGICA LIMPA (ABERTO)
	CURATIVO DE FERIDA ABERTA
	RETIRADA DE PONTOS
	*Tipos de suturas
	TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA
	BOTA DE UMA
	DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL CONSERVADOR
	LIMPEZA TRAQUEOSTOMIA
	*TROCA DE CADARÇO TRAQUEO
	*CURATIVO COM DRENO
	*RETIRADA DE DRENO
	TRICOTOMIA
	CUIDADOS COM ESTOMAS
	CURATIVO EM INSERÇÃO CATETER VENOSO CENTRAL
IMUNIZAÇÃO	ATIVIDADES E PROCEDIMENTOS EM IMUNIZAÇÃO
	REMOÇÃO E RECONSTITUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS
	PROCEDIMENTOS SEGUNDO AS VIAS DE ADMINISTRAÇÃO DOS IMUNOBIOLOGICOS
	*TEMPERATURA AMBIENTE X GELADEIRA
COLETA DE MATERIAL/TESTES	TESTE DE GLICEMIA CAPILAR
	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE GESTAÇÃO
	TESTE RAPIDO HIV-1/2
	TESTE RAPIDO PARA TR DPP SIFILIS
	TESTE RAPIDO HEPATITE B
	TESTE RAPIDO HEPATITE C
	ELETROCARDIOGRAMA (ECG)
	COLETA DE TESTE DO PEZINHO
	COLETA DE SECREÇÃO NASOFARÍNGEA
	BACILOSCOPIA TB
	TESTE RÁPIDO COVID
	TESTE MÃE CATARINENSE
	AMOSTRA DE FERIDA

Quadro 2 – Procedimentos distribuídos entre os membros do GT, para organização e estruturação do manual **(continuação)**

	AMOSTRA DE SANGUE -Arterial -Venoso
	AMOSTRA DE FEZES
	AMOSTRA DE URINA
	TESTE DO PEZINHO
EXAME MAMAS/CP	AUXÍLIO DE BIÓPSIA DE MAMA GUIADO POR ULTRASSOM
	COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA
	EXAME CLÍNICO DAS MAMAS
	*CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA
ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS/ INSULINA	NEBULIZAÇÃO
	TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSO
	PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA
	ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENIOTERAPIA
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÃO PARENTERAL (SOROTERAPIA)
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATORIA
	ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRADERMICA
	ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR
	ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA OCULAR
	ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA ORAL
	ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÃO ENTERAL (DIETA)
	ADMINISTRAÇÃO E MISTURA DE INSULINAS
	ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA RETAL
	ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA NASAL
	ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL
	ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA TÓPICA
	ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA OTOLÓGICA
	ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA VAGINAL
	ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR EM Z
	*ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA OCULAR
	*ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR
	*ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA
	*ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA
	*HIPODERMÓCLISE
	*PUNÇÃO VENOSA CENTRAL

Quadro 2 – Procedimentos distribuídos entre os membros do GT, para organização e estruturação do manual **(continuação)**

HIGIENE E CONFORTO	BANHO NO LEITO
	BANHO DE ASPERSÃO
	HIGIENE DO COTO UMBILICAL
	HIGIENE BUCAL PACIENTE ACAMADO
LIMPEZA DESINFECÇÃO / HIGIENE DAS MÃOS	FRICÇÃO ANTISSEPTICA DAS MÃOS
	LAVAGEM SIMPLES DAS MÃOS
	MANEJO DE ARTIGOS SUJOS DA SALA DE RESÍDUOS TEMPORÁRIOS
	TESTE DE ESTERELIZAÇÃO NA AUTOCLAVE
	USO DA SELADORA
	TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA AUTOCLAVE
	TÉCNICA DE LIMPEZA, DESINFECÇÃO E USO DE ALMOTOLIAS
	TÉCNICA DE LIMPEZA, DESINFECÇÃO E USO AMBU
	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES (MÁSCARA, COPINHO, CACHIMBO E TUBO DE CONEXÃO)
	TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE CABOS E LÂMINAS DE LARINGOSCOPIO
	TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE CAIXAS PARA TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO DE MATERIAL BIOLÓGICO
	TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE CONES DE OTOSCÓPIO
	TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES
	TÉCNICA DE LIMPEZA E MANUAL E DESINFECÇÃO DE INSTRUMENTAL.
	TÉCNICA DE PREPARO E ACONDICIONAMENTO E ESTERILIZAÇÃO
	RECOLHIMENTO DOS RESÍDUOS
SINAIS VITAIS	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL
	AFERIÇÃO DE SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO
	AFERIÇÃO DE TEMPERATURA CORPÓREA
	MENSURAÇÃO DA ALTURA
	MENSURAÇÃO DO PERÍMETRO ABDOMINAL
	MENSURAÇÃO DE PERÍMETRO CEFÁLICO
	MENSURAÇÃO DO PERÍMETRO TORÁCICO
	VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA
	VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA
	MENSURAR PESO
	*MENSURAÇÃO DO PERÍMETRO QUADRIL

Quadro 2 – Procedimentos distribuídos entre os membros do GT, para organização e estruturação do manual **(conclusão)**

QUEDAS E CONTENÇÃO	CONTENÇÃO MECÂNICA
	TRANSPORTE SEGURO CADEIRA DE RODAS
	*TRANSPORTE MACA
POSICIONAMENTOS	SENTADO
	SUPINO OU DECÚBITO DORSAL
	DECÚBITO DORSAL RECUMBENTE
	LITOTÔMICA
	POSIÇÃO DE SIMS
	PRONA OU DECÚBITO VENTRAL
	DECÚBITO LATERAL RECUMBENTE
	GENUPEITORAL
USO DE EPI	UTILIZAÇÃO DE AVENTAL DESCARTÁVEL MANGA LONGA
	UTILIZAÇÃO DE GORRO E/OU TOCA
	UTILIZAÇÃO DE MÁSCARA CIRÚRGICA
	UTILIZAÇÃO DE ÓCULOS DE PROTEÇÃO E/OU PROTETOR FACIAL
	REMOÇÃO DE LUVAS DE LÁTEX E ESTÉRIL
	UTILIZAÇÃO DE LUVA ESTÉRIL
	*SAPATOS E BOTAS
OUTROS	REANIMAÇÃO CARDIORESPIRATÓRIA
	- ADULTO
	-PEDIÁTRICA
	CUIDADO CORPO PÓS MORTE

Fonte: Informações recolhidas pela mestranda em reunião GT, 2020

b) Momento 2: Encontros virtuais do GT para estruturação dos POPs

Devido a condição sanitária imposta pela pandemia do Novo Coronavírus, os encontros ocorreram nos meses de novembro e dezembro de 2020, no formato online mediado por tecnologias nas seguintes datas:

Quadro 3 - Cronograma de encontros entre os membros do GT

Enfermeira Distrito Centro	Enfermeira Distrito Rio Maina	Enfermeira Distrito Santa Luzia	Enfermeira Distrito Próspera	Enfermeira Distrito Boa Vista	Mestranda e enfermeira da Rede
27/11/2020	27/11/2020	27/11/2020	27/11/2020		27/11/2020
03/12/2020	03/12/2020	03/12/2020	03/12/2020	03/12/2020	03/12/2020
10/12/2020			10/12/2020		10/12/2020
18/12/2020				18/12/2020	

Fonte: Organização do cronograma de encontros do GT para estruturação, 2020

Foi relevante para o GT vivenciar a experiência do encontro horizontal entre os sujeitos do grupo. Além disso, evidenciou-se que, em um processo no qual há o predomínio da lateralidade das relações, os processos de cogestão passam a ocorrer naturalmente. Interessante perceber a maturidade do grupo nestes encontros, tirando dúvidas, definindo terminologias a serem adotadas, excluindo ou incluindo procedimentos após pesquisa mais detalhada sobre o tema. Extremamente produtiva a construção e a utilização da ferramenta WhatsApp como meio de comunicação do GT; utilizando mensagens de texto, áudios, foto das imagens que desejávamos anexar ao material, compartilhamento de arquivos. Esses encontros endossaram o exposto por Sales *et al.* (2018, p. 128), quando nos diz que

uma ferramenta gerencial que o profissional enfermeiro pode utilizar para melhorar a qualidade da assistência prestada é a padronização das intervenções de enfermagem, por meio dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que deve ser construída juntamente com a sua equipe, levando em consideração a realidade do serviço e estimulando o alcance de melhorias em suas atividades.

Após finalização desta etapa, cada colega enviou o que produziu para a mestranda. Essa passou o período de férias dos membros do GT, realizando a leitura e considerações das informações apresentadas.

c) Momento 3: Reavaliando processos na construção dos produtos

Em fevereiro de 2021 mudou a coordenação de APS do município, frente a isso, na primeira semana de fevereiro de 2021 a mestranda realizou uma reunião

com a nova coordenação para explicar a proposta e em que momento da construção estava a elaboração dos POPs.

Na quinzena de março de 2021 havia sido programada uma reunião presencial entre as enfermeiras, mestranda e as RT para apresentação da primeira versão dos POPs, contudo, foi cancelada em virtude do novo aumento de casos de COVID-19, por conseguinte aumento das demandas nos serviços de saúde do município. Passados alguns dias a mestranda percebeu que seria necessário modificar a proposta de encontro presencial por uma atividade a distância e enviou por e-mail no dia 22 de abril de 2021 as RT para análise.

Após análise definiu-se por chamar uma reunião via meet, a fim de fazer a apresentação e apreciação. A primeira versão foi apresentada à coordenação e RTs e foi aprovada. Logo, poderia ser formatada e enviada à consulta pública.

d) Momento 4: Fortalecendo a Cogestão na elaboração dos POPs

Reconfigurar a gestão por meio da estruturação e organização com comprometimento de trabalhadores e gestores, mobiliza geração de mudanças em prol de uma sociedade mais justa e igualitária, a qual busca alinhar interesses para o bem-estar social, visando à saúde como objeto de ação intencional, com práticas inovadoras, que tornam as experiências vividas uma fonte de recriação do novo (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Dessa forma, como fortalecimento do processo de cogestão, escolheu-se o dia 12 de maio de 2021, por ser data expressiva para a Enfermagem brasileira e internacional, para colocar o material em consulta pública por 30 dias, conforme email descrito abaixo:

Bom dia, nobres colegas da enfermagem!

É com grande alegria e comprometimento que neste dia 12 de maio, Dia Internacional da Enfermagem apresentamos a primeira versão do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da Assistência de Enfermagem do município de Criciúma. Dia marcante para os profissionais de enfermagem da Atenção Básica, Atenção Especializada e da Saúde Mental que até a presente data não possuíam os POPs de Enfermagem institucionalizados.

Como o POP é uma ferramenta de gestão do cuidado, comunicamos que a presente versão estará em consulta pública até o dia 12 de junho de 2021, a

fim de que considerando o construto teórico da cogestão, os profissionais de Enfermagem busquem apontar aspectos que ainda percebiam necessário melhorar. Ressaltamos que o material deve ser compartilhado com todas as categorias profissionais de Enfermagem.

Sendo assim, aguardamos a apreciação dos pares, sendo que as contribuições deverão ser enviadas para o e-mail gerente.santabarbara@criciuma.sc.gov.br aos cuidados da Enf.^a Francielle Gava, que ficará responsável por condensar as sugestões de melhorias e após apresentar e discutir as mesmas com o grupo de trabalho (da qual encontra-se na contra capa os colegas que contribuíram com a elaboração deste material) para fechamento da versão oficial a ser protocolada ao órgão de classe. Solicitamos que ao enviar suas considerações, sempre referencie o número do POP, seu título e página a fim de facilitar a compreensão do que foi sugerido.

Aproveito a oportunidade para expressar minha admiração, meu respeito e minha gratidão por este coletivo que fez esse material ser estruturado.

Att.

Francielle Gava

e) Momento 5: Análise da devolutiva dos profissionais de enfermagem

O processo de cogestão significa a inclusão de novos sujeitos e modos de operar a análise de contexto, de problemas, de processo de tomada de decisão, entre outros. Assim, a cogestão seria exercida não por poucos ou alguns (oligo-gestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que "todos são gestores de seus processos de trabalho" (BRASIL, 2009).

A partir da consulta pública, que ocorreu de 12 de maio a 12 de junho de 2021, os profissionais de Enfermagem fizeram os seguintes apontamentos sobre aspectos que ainda perceberam necessário proceder melhorias:

- Acrescentar POP: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO INTRAMUSCULAR: especificidades sobre as crianças, como os locais preconizados por idade e o volume de medicamento suportada pelo músculo
- Criar POP: RASPADO INTRADERMICO PARA PESQUISA DE BAAR/HANSENÍASE
- Criar POP: LEITURA DA PROVA TUBERCULÍNICA/TEXTE DE MONToux/PPD
- Criar POP: PROVA TUBERCULÍNICA/TEXTE DE MONToux/PPD
- Adequar POP: COLETA DE ESCARRO PARA BACILOSCOPIA
- Acrescentar no POP: COLETA DE AMOSTRA DE SANGUE VENOSO: orientações sobre a técnica do uso do dispositivo a vácuo

- Acrescentar no POP: ELETROCARDIOGRAMA (ECG): orientação ao profissional quando deparar-se com *Situs inversus*, ou seja, quando os órgãos do tórax e do abdômen se situam em uma posição espelhada em relação a topografia habitual.

No dia 15 de julho de 2021 mestranda realiza reunião por meet para socialização das sugestões que foram apontadas pelos colegas da rede ao grupo de trabalho. O material foi revisado pelo grupo responsável, sendo analisado e incorporado as sugestões apontadas.

f) Momento 6: Categorização dos POPs

Mestranda inicia no dia 16 de julho de 2021 a categorização dos POPs por áreas de cuidados, a fim de estabelecer um modo de formatação do produto que possibilitasse aos profissionais encontrarem o que necessitam de modo mais adequado. O quadro 4 foi utilizado como forma de organização didática do manual elaborado, sendo que a proposta foi apreciada e aprovada pelos membros do GT em reunião de trabalho pelo *google meet*.

Quadro 4 - Proposta de organização didática – formatação – do material elaborado (continua)

Parte 1	CUIDADOS COM A PELE
HIGIENIZAÇÃO	Banho de aspersão com auxílio
	Banho de aspersão sem auxílio
	Banho no leito
	Higiene bucal do paciente acamado
	Higiene do coto umbilical
	Higienização das mãos por lavagem
	Higienização das mãos por fricção com solução alcoólica 70%
	Tricotomia facial
CURATIVOS E TRICOTOMIA CIRÚRGICA	Aplicação de bota de UNNA
	Curativo
	Curativo em inserção de cateter venoso central
	Curativo ortopédico com fixadores externos, tração trans-esquelética, talas
	Desbridamento instrumental conservador
	Retirada de pontos

Quadro 4 - Proposta de organização didática – formatação – do material elaborado
(continuação)

	Tricotomia cirúrgica
Parte 2	CUIDADOS NUTRICIONAIS
ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO E SONDAGEM	Cuidados com a pele ao redor da gastrostomia
	Preparo e administração de dietas enterais através de sondas nasoentéricas, de gastrostomia ou jejunostomia
	Sondagem nasoentérica
	Sondagem nasogástrica
Parte 3	CUIDADOS COM ELIMINAÇÕES
ELIMINAÇÕES GASTROINTESTINAIS	Aspiração nasogástrica (lavagem gástrica)
	Enema / lavagem intestinal
	TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA
ELIMINAÇÕES URINÁRIA	Colocação de dispositivo para incontinência urinária masculina
	Sondagem vesical de alívio
	Sondagem vesical de demora
	Troca de sonda vesical de demora em cistostomia
DRENOS	Cuidados com drenos cirúrgicos
	Retirada de dreno
Parte 4	CUIDADOS RESPIRATÓRIOS
ASPIRAÇÃO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS	Aspiração de cânula de traqueostomia (respiração espontânea)
	Aspiração de orofaringe e nasofaringe
	Aspiração de tubo orotraqueal (TOT) ou cânula endotraqueal
	ASPIRAÇÃO NASOTRAQUEAL
TRAQUEOSTOMIA	Fixação da cânula de traqueostomia / troca cadaço
	Higienização do intermediário da cânula de traqueostomia (subcânula)
OXIGENIOTERAPIA	Administração de oxigênio
PARTE 5	CUIDADOS COM PARÂMETROS CLÍNICOS
	Aferição de altura
	Aferição de comprimento
	Aferição de frequência cardíaca (sinais vitais)
	Aferição de frequência respiratória (sinais vitais)
	Aferição de glicemia capilar
	Aferição de peso
	Aferição de pressão arterial (sinais vitais)
	Aferição de perímetro abdominal
	Aferição de perímetro cefálico
	Aferição de perímetro quadril
	Aferição de perímetro torácico

Quadro 4 - Proposta de organização didática – formatação – do material elaborado
(continuação)

	Aferição de saturação de oxigênio
	Aferição de temperatura (sinais vitais)
PARTE 6	CUIDADOS COM PROCEDIMENTOS INTRAVASCULARES
	Punção venosa periférica
PARTE 7	CUIDADOS COM ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
	Administração de medicamentos via enteral
	Administração de medicamentos via inalatória
	Administração de medicamentos via intradérmica
	Administração de medicamento via intramuscular
	Administração de medicamento via intravenosa
	Administração de medicamentos via nasal
	Administração de medicamentos via oftálmica
	Administração de medicamentos via oral
	Administração de medicamentos via otológica
	Administração de medicamentos via retal
	Administração de medicamento via subcutânea
	Administração de medicamentos via tópica
	Administração de medicamentos via vaginal
	Administração e mistura de insulinas
	Administração de soroterapia via subcutânea – Hipodermoclise
	Administração de terapia de reidratação oral
	Cauterização química das lesões condilomatosas
	Nebulização
PARTE 8	CUIDADOS COM EXAMES
COLETA DE EXAMES	Coleta de amostra de ferida
	Coleta de amostra de fezes
	Coleta de amostra de sangue arterial
	Coleta de amostra de sangue venoso
	Coleta de amostra de urina
	Coleta de escarro para baciloscopia
	Raspado intradérmico para pesquisa de BAAR/ Hanseníase
	Prova tuberculina / teste de Mantoux/ PPD
	Leitura da prova tuberculina/ teste de Mantoux/ PPD
	Coleta de exame citológico cervico-vaginal (Papanicolau)
	Coleta de secreção nasofaríngea
	Teste da mãe catarinense
	Teste do pezinho (PKU)

Quadro 4 - Proposta de organização didática – formatação – do material elaborado
(continuação)

TESTAGEM RÁPIDA	Teste rápido COVID 19 – Anticorpo
	Teste rápido COVID 19 – Antígeno
	Teste rápido para detecção de gestação
	Teste rápido para hepatite B
	Teste rápido para hepatite C
	Teste rápido para sífilis
	Teste rápido para HIV ½
OUTROS EXAMES	Auxiliar biopsia de mama guiado por ultrassom
	Eletrocardiograma (ECG)
	Exame clínico das mamas
Parte 9	CUIDADOS DE BIOSSEGURANÇA E PROTEÇÃO INDIVIDUAL
	Utilização de avental descartável manga longa
	Utilização de gorro e/ou touca
	Utilização de luvas de procedimento
	Utilização de luvas estéreis
	Utilização de máscara cirúrgica
	Utilização de máscara PFF2/N95
	Utilização de óculos de proteção ou protetor facial
	Utilização de sapatos e botas
Parte 10	CUIDADOS COM IMUNOBIOLOGICOS
	Procedimento com imunobiológicos
	Remoção e reconstituição de imunobiológicos
Parte 11	CUIDADOS COM POSICIONAMENTOS
	Auxiliar usuário a elevar quadril
	Contenção/restrição mecânica
	Movimentação do paciente em decúbito dorsal no leito para os lados/rolagem
	Movimentação do paciente para cima ou para baixo no leito ou maca
	Posicionamento do paciente em decúbito dorsal ou posição supina
	Posicionamento do paciente em decúbito lateral
	Posicionamento do paciente em Fowler com apoios
	Posicionamento do paciente em posição genupeitoral
	Posicionamento do paciente em posição litotômica
	Posicionamento do paciente em posição de sims (semi pronada)
Parte 12	CUIDADOS COM TRANSPORTE DO USUÁRIO
	Transferência de paciente entre leito e maca de transporte
	Transporte seguro na cadeira de rodas

Quadro 4 - Proposta de organização didática – formatação – do material elaborado

(conclusão)

Parte 13	CUIDADOS COM PROCESSOS DE ESTERILIZAÇÃO
	Manejo de artigos sujos na sala de resíduos temporários
	Técnica de limpeza de equipamentos e desinfecção esterilização de instrumentais superfícies
	Técnica de limpeza e desinfecção da autoclave
	Teste de esterilização na autoclave - indicador biológico
	Uso da cuba de ultrassom Cristófoli
	Uso da seladora
Parte 14	CUIDADOS COM OUTROS PROCEDIMENTOS
AUXÍLIO NA PARADA CARDIORESPIRATÓRIA	Reanimação cardiopulmonar adulto
	Reanimação cardiopulmonar pediátrica
PREPARO DO LEITO	Preparo do leito
	Troca de roupa de cama com o paciente no leito
Parte 15	PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE
	Cuidado com o corpo pós morte

Fonte: Informações recolhidas pela mestranda em reunião GT, 2021.

Para Sales *et al.* (2018, p. 133)

a adoção de protocolos de cuidados pode proporcionar maior satisfação para a equipe de enfermagem e para o paciente, maior segurança na realização dos procedimentos e, conseqüentemente, maior segurança para o paciente, objetivando garantir um cuidado livre de variações indesejáveis na sua qualidade final, assim como implementar e controlar as ações assistenciais de enfermagem permeadas pela visão de integralidade do paciente.

Desse modo, corroboramos com Sales *et al.*, (2018), quando expressa que a padronização dos procedimentos é considerada um instrumento gerencial atual e tem sido amplamente estudada pela enfermagem. Os resultados de sua utilização demonstram que se trata de uma ferramenta moderna, que apoia a tomada de decisão do enfermeiro, possibilita corrigir o que não se encontra em conformidades, permite que todos os trabalhadores prestem cuidado padronizado para o paciente de acordo com os princípios técnico-científicos e, ainda, contribui para dirimir as distorções adquiridas na prática, tendo também finalidade educativa.

g) Momento 7: Encontro virtual do GT - orientação para continuidade na elaboração dos manuais, levantamento dos temas a serem realizados para estruturação das Normas e Rotinas

Finalizado os POPs, iniciamos a construção das Normas e Rotinas (NR) no dia 20 de julho de 2021 da qual o foco do desenvolvimento do presente estudo era a construção das NR da APS. Contudo, as RTs do município indagaram se concomitante a orientação da mestrande ao GT da APS, seria possível compartilhar orientações gerais também a outras colegas que estavam responsáveis pelas NR dos serviços de saúde mental, serviços especializados e serviços de vigilância.

Não negaríamos de forma alguma compartilhar saberes, contudo, a mestrande deixou claro às RT que seu foco de construção era o material específico para a APS. Dessa forma, decidiu-se que cada RT indicaria dois profissionais enfermeiros que acreditassem que tivessem perfil para o desenvolvimento das NR e repassem os nomes e telefones para a mestrande a fim de compor novos grupos de trabalho, a fim de que juntos conseguissem pensar possíveis soluções, considerando limites e possibilidades para o trabalho ocorrer.

De posse das informações sobre como ficou constituído cada GT, optou-se por conduzir o processo no mesmo formato organizado na elaboração dos POPs. Assim, criou-se um grupo de whatsapp da qual foi repassado orientações gerais sobre como deveria ser pensado a construção das NR.

Foi apresentado o modelo (Quadro 5) da ferramenta, definido terminologias a serem aplicadas, como, por exemplo, podemos citar os cargos conforme organograma da SMS de Criciúma e a descrição de cargos nas leis de contratação municipal. Ainda, ficou pactuado que os membros do grupo explicitassem todas as situações que julgassem necessárias elaborar Normas e Rotinas até o último dia do mês de julho de 2021.

Quadro 5 - Modelo matriz de elaboração das Normas e Rotinas dos serviços da SMS de Criciúma.

0Nº da NR..... – TÍTULO.....

	NORMAS Descrever minuciosamente as normas relacionadas ao tema específico, de maneira objetiva e clara. ROTINAS Não existe um número máximo de ações para cada rotina, contudo recomenda-se que seja feita de maneira concisa e exequível PERIODICIDADE: Definir de acordo com a necessidade ELABORAÇÃO: nome do profissional que escreveu a NR DATA: dia da elaboração		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Membro da equipe que deve desempenhar a ação	O ato a ser realizado descrevendo onde, como ...	Pode ser link, telefone de contato do setor, email, número de Lei, o que julgar necessário colocar como “lembrete”
02 e quantas forem necessárias			

Fonte: Elaborado pela mestranda e GT, adaptado a partir do exemplo de protocolos pré-existent, 2021

Importante expressar que o grupo teve mais dificuldade na elaboração das NR, do que em relação aos POPs. Acreditamos que isso se deveu a distintos fatores, ente eles devido a limitação de construto teórico e clareza como de fato ocorre certas ações nos diferentes serviços. Contudo, estávamos aguardando tal dificuldade, visto que se trata da primeira vez que o município realiza a elaboração destes materiais.

Dessa forma, a mestranda propôs que todos compartilhassem seus materiais em drive para que cada área técnica pudesse ler e sugerir alterações previamente a primeira versão que posteriormente seria colocada em consulta pública para toda equipe de enfermagem da rede municipal. Com o material em drive, as demais áreas puderam copiar do arquivo da APS, as Normas e Rotinas que são comuns a todos os serviços. Por exemplo, podemos citar: Manutenção da Unidade de Saúde, impressão de prontuário, remanejamento de servidor, comunicação de acidente de trabalho, sistematização da assistência de

enfermagem, gestão do registro do ponto, gestão de patrimônio, apresentação pessoal do servidor/funcionário, manejo de resíduos sólidos em saúde, entre outros.

Essa forma de condução facilitou a construção, pois a SMS tinha prazo de resposta ao COREN/SC e a dificuldade de elaboração desse material pelos GTs estava aparente. Sendo assim o material de NR da APS contribuiu com o material de NR da saúde mental, atenção especializada e vigilância.

h) Momento 8: Fortalecendo a Cogestão na elaboração das NR

Frente a compreensão do significado de cogestão como sendo o

[...] compartilhamento de poder, constituição de uma rede em que os diferentes espaços convertem-se em instâncias de poder relativo, sujeitos a essas pressões, mas não inteiramente determinados por elas. Poderes parciais na medida em que é reconhecida e legitimada a exigência de considerar outros agrupamentos de interesse, outros projetos, coletivos e sujeitos. [...] (GUIZARDI; CAVALCANTE, 2010, p. 1250).

Ficou decidido no grande grupo que haveria um grande esforço por parte de todos os envolvidos para colocar a versão para consulta pública até o final do mês de agosto de 2021. No dia 30 de agosto de 2021, as RT por cada área, dispararam para todos os serviços, as NRs conforme e-mail descrito abaixo:

As Gerências de Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Saúde Mental e de Vigilância Epidemiológica apresentam as “Normas e Rotinas de Enfermagem” para a rede municipal.

Estas foram elaboradas considerando a complexidade e importância do trabalho da enfermagem na rede bem como procurou estabelecer um direcionamento para as ações de enfermagem. O material foi estruturado em 4 arquivos para facilitar a comunicação e a organização do processo de trabalho da enfermagem de acordo com cada área técnica.

Lembramos que Normas/Rotinas deverão ser revisadas um ano após a validação, de forma a garantir sua atualização contínua e sua adequação aos processos de trabalho e inserção de novas rotinas sempre que necessário.

Comunicamos que as presentes versões estarão em consulta pública até o dia 13 de setembro de 2021, a fim de que considerando o construto teórico da co-gestão, os profissionais de Enfermagem busquem apontar aspectos que ainda percebiam necessário melhorar. Ressaltamos que o material deve ser compartilhado com todas as categorias profissionais de Enfermagem.

Sendo assim, aguardamos a apreciação dos pares, sendo que as contribuições deverão ser enviadas para o e-mail gerente.santabarbara@criciuma.sc.gov.br aos cuidados da Enfª Francielle Gava que ficará responsável por condensar as sugestões de melhorias e após apresentar e discutir as mesmas com o grupo de trabalho (da qual encontra-se na contra capa os colegas que contribuíram com a elaboração deste material) bem como com os RT para fechamento da versão oficial a ser protocolada ao órgão de classe.

Solicitamos que ao enviar suas considerações, sempre referencie o número da Norma e Rotina, seu título e página a fim de facilitar a compreensão do que foi sugerido.

Aproveitamos para externar nossos agradecimentos pelo apoio técnico ofertado a SMS através do PPGSCol- UNESC e do NEPSHU.

Atenciosamente, Grupo Condutor da elaboração das Normas e Rotinas de Enfermagem.

i) Momento 9: Análise da devolutiva dos profissionais de enfermagem

Concluído o prazo de consulta pública não houve considerações de melhoria referente as Normas e Rotinas da APS, foco da presente dissertação. Nas demais áreas, foram indicadas sugestões.

j) Momento 10: Categorização das Normas e Rotinas de Enfermagem na APS para SMS de Criciúma/SC

Novamente chegou o desafio em analisar o modo de apresentar as informações no manual de normas e rotinas. Para tanto, depois de realizando o levantamento de todas as informações que seriam explícitas no manual, se optou pela apresentação em quadro. Tal opção se deu pelo fato do grupo de trabalho corroborar com a compreensão de que a

padronização ou a sistematização da informação em quadros didáticos de procedimentos propicia uma leitura da informação mais agradável e rápida, além de enfatizar as etapas dos processos de trabalho de forma sequencial e clara. Sua utilização também é muito útil no treinamento de novos funcionários e na educação continuada (GOMES e MELANDA, 2012, p. 52).

Assim, a estrutura de formatação do manual das NR da APS ocorreu a partir da categorização organizada em capítulos por proximidade do tema conforme quadro 6:

Quadro 6 - Categorização das Normas e Rotinas da APS, da SMS de Criciúma/SC
(continua)

CAPÍTULO 1	GESTÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
	1.1 ENVIO DE RELATÓRIOS E SUAS RESPECTIVAS DATAS
	1.2 COMUNICAÇÃO ENTRE OS SETORES - REDES DE ATENÇÃO
	1.3 MANUTENÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE
	1.4 INDICADORES PREVINE BRASIL
	1.5 ENCAMINHAMENTOS ATENÇÃO ESPECIALIZADA – SISREG (SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO)
	1.6 IMPRESSÃO DE PRONTUÁRIOS
	1.7 UNIFICAÇÃO DE CADASTROS NO SISTEMA CELK
	1.8 REMANEJAMENTO DE SERVIDOR /FUNCIONÁRIO
	1.9 COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – CAT
	1.10 APRESENTAÇÃO PESSOAL DO SERVIDOR /FUNCIONÁRIO
	1.11 GESTÃO DO REGISTRO DO PONTO
	1.12 GESTÃO DE PATRIMÔNIO
	1.13 ACESSIBILIDADE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
	1.14 GESTÃO DE CONFLITOS/OUVIDORIAS
	1.15 ABERTURA E FECHAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE
	1.16 APOIO E ORIENTAÇÃO PARA ESTRUTURAÇÃO/ FORTALECIMENTO DE CONSELHO LOCAL DE SAÚDE
	1.17 PLANEJAMENTO ANUAL
	1.18 ATUALIZAÇÃO DO PLACAR DA UNIDADE DE SAÚDE – PRODUÇÃO MENSAL
CAPÍTULO 2	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CAPÍTULO 3	ATENÇÃO DOMICILIAR
	3.1 ATENDIMENTO DOMICILIAR
	3.2 VISITAS EM UNIDADES PRISIONAIS

Quadro 6 - Categorização das Normas e Rotinas da APS, da SMS de Criciúma/SC
(continua)

CAPÍTULO 4	ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA
	4.1 ACOLHIMENTO
	4.2 ATENDIMENTO TELEFÔNICO
	4.3 AÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE NA PRÉ E PÓS CONSULTA
	4.4 TRIAGEM COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
	4.5 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA
	4.6 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA – MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR – SISVAN
CAPÍTULO 5	EDUCAÇÃO EM SAÚDE
	5.1 AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM A COMUNIDADE
	5.2 CAMPANHAS DE SAÚDE
CAPÍTULO 6	PROCEDIMENTOS E ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE
	6.1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SALA DE VACINA
	6.2 SALA DE COLETA DE EXAMES
	6.3 SALA DE MEDICAÇÃO E INJETÁVEIS
	6.4 SALA DE INALAÇÃO
	6.5 SALA DE CURATIVOS
	6.6 ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DA UNIDADE DE SAÚDE FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19
	6.7 TESTES PARA DIAGNÓSTICO DE COVID-19
	6.8 REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS DE IST
	6.9 COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO
	6.10 SOLICITAÇÃO DE MAMOGRAFIA
	6.11 SONDAGENS
	6.12. TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ
	6.13 REALIZAÇÃO DE TESTE DA MÃE CATARINENSE
	6.14 REALIZAÇÃO DE TESTE DO PEZINHO

Quadro 6 - Categorização das Normas e Rotinas da APS, da SMS de Criciúma/SC
(continuação)

CAPÍTULO 7	LIMPEZA E PROCESSAMENTO DE RESÍDUOS
	7.1 MANEJO RESÍDUOS SÓLIDOS EM SAÚDE - EMISSÃO DE MTR (MANIFESTO DE TRANSPORTE DE RESÍDUOS)
	7.2. CENTRAL DE MATERIAL LIMPEZA DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO E LAVANDERIA
	7.3 RECOLHIMENTO DE LIXOS
	7.4. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES
CAPÍTULO 8	CONTROLE DE INSUMOS E MEDICAMENTOS
	8.1. BIOSSEGURANÇA – CONTROLE DE EPIS (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)
	8.2 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA FARMÁCIA
	8.3 FARMÁCIA - CONTROLE ESTOQUE E PEDIDO MENSAL E COMPLEMENTAR
	8.4 PEDIDO ESPECIAL
CAPÍTULO 9	PROGRAMAS E SERVIÇOS DE APOIO
	9.1 OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR
	9.2. VIGILÂNCIA SANITÁRIA
	9.3 SERVIÇO SOCIAL
	9.4 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE – PICS
	9.5 GERENCIAMENTO DE CONDUTAS RELATIVAS AO BOLSA FAMÍLIA

Quadro 6 - Categorização das Normas e Rotinas da APS, da SMS de Criciúma/SC
(conclusão)

CAPÍTULO 10	LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO
	10.1 ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL
	10.2 ACOMPANHAMENTO PUERPERAL E PUERICULTURA
	10.3 ALTAS HOSPITALARES
	10.4 MONITORAMENTO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS
CAPÍTULO 11	ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
	11.1 SUPERVISÃO E GERÊNCIA TRABALHO DO ACS
	11.2 TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

Fonte: informações recolhidas pela mestranda em reunião GT, 2021.

5.1.4 Etapa IV: Apresentação e validação do produto final à SMS, ao NEPSHU, às RTs e ao COREN/SC

A fim de garantirmos a qualidade dos produtos e finalização da presente dissertação, informamos como ocorreu e segue programado para ocorrer o monitoramento e a avaliação dos produtos descritos no presente trabalho.

a) Momento 1: apresentação as instâncias internas da SMS de Criciúma

Devido compromisso assumido com as RT, a mestranda organiza e conduz uma reunião *meet* no dia 14 de setembro de 2021 para fechamento dos trabalhos e a devida orientação às RT para protocolarem os materiais junto ao COREN/SC, essa reunião contou com a presença de representantes do NEPSHU Criciúma.

Cabe informar que no dia 02 de setembro de 2021, uma das coordenadoras de APS deixa o cargo, bem como as gerências distritais e a área técnica sofre reformulações em seu organograma, sendo que cada gerente distrital passou a ficar responsável por dois distritos, permanecendo desta forma três gerentes distritais subordinados a uma coordenadora de APS.

Após a finalização dos manuais de modo coletivo, em 20 de setembro de 2021, foi protocolado no órgão de classe (COREN/SC) a estruturação de um manual com 122 Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem e um manual com 62 Normas e Rotinas de Enfermagem na Atenção Primária em Saúde dos serviços ligados a SMS de Criciúma. Ainda forma entregues os demais manuais que não estão diretamente ligados ao escopo da presente dissertação.

b) Momento 2: Devolutiva do órgão de Classe

Segundo site do Coren/SC “cabe ao órgão de classe normatizar, disciplinar e fiscalizar o exercício profissional da Enfermagem, fazendo cumprir a legislação em vigor pertinente à Enfermagem” (COREN/SC, 2021, s/p). Para tanto, os Enfermeiros Fiscais do Conselho fiscalizam diariamente as instituições onde Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem exercem suas atividades laborais para averiguar o cumprimento da legislação da Enfermagem e orientar os profissionais sobre o agir ético-profissional.

Após a entrega dos produtos ao COREN/SC, a mestranda estava ciente da importância de receber devolutiva do Órgão de Classe com a indicação de possíveis correções e/ou adequações que ainda fossem necessárias serem efetuadas. Assim, a mestranda entra em contato com fiscal do Coren/SC para reunião de devolutiva das considerações do Órgão de Classe, a qual agendada para o dia 22 de setembro de 2021.

A reunião procede de forma muito produtiva da qual fiscal repassa as orientações listadas abaixo no quesito Procedimento Operacional Padrão (POP), mas que basicamente refletem a necessidade em adequar a partir das bases legais (Resoluções e Portarias), ou seja, as legislações do órgão de classe. Ainda, ressaltam o limite de atuação profissional frente alguns procedimentos, bem como possibilidades de não deixar o manual engessado, mais flexível para atuação da equipe.

Assim, seguem as considerações emitidas pelo órgão de classe, que foram incorporadas na versão apresentada na presente banca de defesa e entregue para publicização dos documentos junto a SMS de Criciúma/SC:

1. O POP é da Enfermagem, dessa forma devem retirar todas as demais categorias que possam ter sido citadas em procedimentos que são comuns a mais de uma categoria profissional como, por exemplo, aferição da pressão arterial. Sugeriu colocar na introdução que as prescrições e procedimentos são inerentes a responsabilidade de cada categoria profissional.
2. Substituir nos POPs a escrita conforme prescrição médica, por somente conforme prescrição ou requisição nas situações relacionadas a exames. A fiscal orienta que deixa o POP mais flexível, pois em situações que a enfermagem julgar necessária urgência ela pode executar tal procedimento. Também porque os protocolos são dinâmicos e o importante é ter uma prescrição, indiferente, por exemplo, se a administração de um medicamento, ou solicitação de exame for oriunda de uma prescrição do profissional médico, do cirurgião dentista, ou do enfermeiro. Único Procedimento que foi orientado permanecer conforme prescrição médica foi retirada de dreno de acordo com o Parecer COREN/SC nº 007/2015: realização da retirada ou o tracionamento dos drenos portovack e penrose.
3. Citar nos cuidados com drenos o Parecer COREN/SC nº 007/2015: realização da retirada ou o tracionamento dos drenos portovack e penrose, da qual deixa claro que técnico e auxiliares de enfermagem só podem executar os cuidados com orientação e supervisão do enfermeiro, sendo que a retirada do dispositivo deve ser realizada exclusivamente pelo enfermeiro.
4. Na parte de cuidados com a pele (banho, tricotomia facial, higiene bucal) a fiscal alertou que tendo o POP oficializado no município, familiares poderiam exigir que a UBS ofertasse diariamente esses procedimentos, sendo que a APS não tem condições de assumir essas tarefas. Decidiu-se permanecer com a os POPS elaborados em virtude do caráter educativo aos cuidados a serem prestados por familiares ao usuário, mas colocar no início de cada um deles a seguinte frase: O profissional do serviço de saúde municipal orientará familiar ou cuidador em como realizar este procedimento.
5. Na parte de cuidados nutricionais, preparo e administração de dietas enterais foi solicitado adequar conforme Resolução COFEN nº 619/2019 que normatiza a

atuação da equipe de enfermagem na sondagem oro/nasogástrica e nasoentérica.

6. Na parte de aspiração citar e adequar os POPs conforme a Resolução COFEN nº 557/2017 que aprova no âmbito da equipe de enfermagem, o procedimento de aspiração de vias aéreas; deixando claro a atribuição de cada membro da equipe de enfermagem frente este procedimento (auxiliar não pode realizar esta atividade, técnico se o usuário estiver estável após avaliação do enfermeiro, e o enfermeiro na avaliação de nova via aérea ou com instabilidade ventilatória).
7. Referente traqueostomia foi solicitado adequar e citar a Resolução COFEN nº 639/2020 que dispõe sobre as competências do enfermeiro no cuidado aos pacientes em ventilação mecânica no ambiente extra e intra-hospitalar, bem como o Parecer COREN/SC nº 014/CT/2019 que versa sobre Troca da cânula de traqueostomia (metal x metal - ex.: exteriorização acidental) e decanulação após avaliação equipe multiprofissional.
8. Nos cuidados com parâmetros clínicos a fiscal indagou se o município realizava triagem, classificação de risco. Foi respondido que não. Dessa forma foi sugerido substituir a palavra triagem por acolhimento, nos POPs elaborados.
9. Na parte de TR (testagem rápida) citar Resposta Técnica COREN/SC nº 033/CT/2017/RT que versa sobre Testes Rápidos: O Técnico e/ou auxiliar de enfermagem devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar teste rápido para triagem do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, encaminhando prontamente para o enfermeiro, os usuários com resultado reagente; não podendo emitir laudo que é ato privativo do enfermeiro ou profissional de nível superior.
10. Nos cuidados de biossegurança e proteção individual substituir profissionais da equipe de saúde por profissionais que compõem a equipe de enfermagem.
11. Na contenção de pacientes adequar e citar a Resolução COFEN nº 427/2012 que normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Se profissionais de enfermagem estiverem sob situações de urgência e emergência poderão empregar a contenção mecânica ao paciente sob supervisão direta do enfermeiro, sendo que a mesma só poderá ser empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais.

12. Nos cuidados com transporte de usuários adequar e citar a Resolução COFEN nº 588/2018 que aprova a normatização de atuação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde, nos termos do anexo que é parte integrante da presente Resolução.
13. Na parte de curativos foi solicitado citar e adequar os POPs conforme as seguintes resoluções:
 - Resolução COFEN nº 567/2018 que aprova o regulamento da atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas;
 - Resolução COFEN nº 422/2012 que normatiza a atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados ortopédicos e procedimentos de imobilização ortopédica.
14. Retirada do POP Cuidado do Corpo pós-morte, visto que no município de Criciúma esse não é mais um procedimento realizado por profissionais da Enfermagem.

Referente as Normas e Rotinas (NR) a fiscal fez duas considerações:

1. Neste manual podemos citar outros membros da equipe multidisciplinar não sendo restrito a equipe de enfermagem nas atribuições descritas.
2. Revisar e colocar em todas as NR a periodicidade, da qual sugeriu colocar na coluna NOTAS da matriz. Em conversa com o GT decidimos por atender à solicitação da fiscal, contudo, na formatação do documento essa informação está no cabeçalho do documento, a fim de não confundir no campo NOTAS com outras situações.

Após reunião com a fiscal, mestranda ao receber todas as orientações realiza as adequações e disponibiliza arquivo para as RT dos serviços da SMS de Criciúma publicizarem a nova versão no site da secretaria.

c) Momento 3: Publicização e implementação dos manuais

É de conhecimento que a publicização e implementação dos manuais de Normas e Rotinas e dos POPs serão incorporados aos serviços a partir da articulação desses materiais a ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) no município, pois acredita-se que

A capacitação dos POP deve ser contextualizada na EPS, a qual se propõe a transcender ao tecnicismo e às capacitações pontuais, instigando a participação ativa dos educandos; logo, a enfermagem, por constituir maior percentual de profissionais dentro da equipe de saúde, tem papel incisivo na qualidade do serviço prestado. A EPS aliada à Prática Baseada em Evidências (PBE) e à incorporação de linguagens padronizadas poderá garantir uma qualidade melhor para a assistência prestada aos clientes e melhor visibilidade da profissão ao demonstrar as bases científicas do cuidado (SALES, 2018, p. 28).

Neste contexto a pesquisadora propõe a gestão e aos responsáveis técnicos:

- Estabelecer cronograma de revisão e atualização periódica dos POPs e NRs de Enfermagem. Para tanto, ficou definido a constituição de uma Comissão Permanente, composta pelos membros dos grupos de trabalho do quadro efetivo de servidores que elaborou a atual versão. A primeira revisão deverá ocorrer em um ano da publicação do material, ou seja, em setembro de 2022, sendo que após a primeira revisão, as subseqüentes ocorrerão a cada dois anos.
- Esta mesma Comissão Permanente ficará como responsável pelo desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde para a divulgação, publicização e implementação destas ferramentas pela equipe de Enfermagem nos serviços.
- Também ficará a cargo desta comissão composta com membros do NEPSHU-Criciúma, o desenvolvimento de ferramentas e dispositivos de avaliação relacionados à implementação e efetivação destas ferramentas nos cenários de práticas.

Acreditamos que a utilização da EPS como uma importante ferramenta de gestão e planejamento possibilita implementar de fato as políticas públicas (SILVA, 2017). Assim, percebemos que a EPS, entre outras ferramentas, pode garantir a qualidade do processo decisório e efetivo, podendo ser uma forte aliada para desenvolvimento de competências de gestão e cuidado, pois à medida que os

trabalhadores aumentam suas alternativas e aprendem a gerir melhor seus conflitos e dificuldades, entendem que a gestão das instituições de saúde é responsabilidade ética de todos (CAVALCANTE; GUIZARDI, 2018).

Fazendo com que a cogestão, vinculada a descentralização do sistema de forma efetiva, contribui com a democracia nos processos de gestão, e estes requerem dimensões do saber científico e construção de caminhos, gerando sistematização dos saberes e troca de conhecimentos como potente articuladora e coprodutora de saúde (GUIZARDI; CAVALCANTE, 2010).

5.2 APRESENTAÇÃO DO PRODUTO

No âmbito municipal, compreende-se como fundamental o gestor desenvolver a capacidade de refletir sobre suas ações, promovendo situações de melhorias que oportunizem aos colaboradores pensar criticamente sobre as transformações relacionadas ao processo de trabalho e assistência prestada aos usuários de saúde. A realidade dos coprodutores de saúde, sugere mudanças constantes a partir de bases organizacionais estruturadas com fundamentos e dispositivos que possam contribuir na tomada de decisão.

Nesse contexto, sugere-se o uso das ferramentas apresentadas como resultado do presente trabalho para conciliar tempo e otimizar ações em saúde condizente com a missão da instituição. Assim, mobilizada pela ausência de Procedimentos Operacional Padrão e de Normas e Rotinas de Enfermagem na Atenção Primária, e a exigência legal da Secretaria Municipal de Saúde do município de Criciúma junto ao COREN/SC, apresentamos com grande alegria e comprometimento tais documentos.

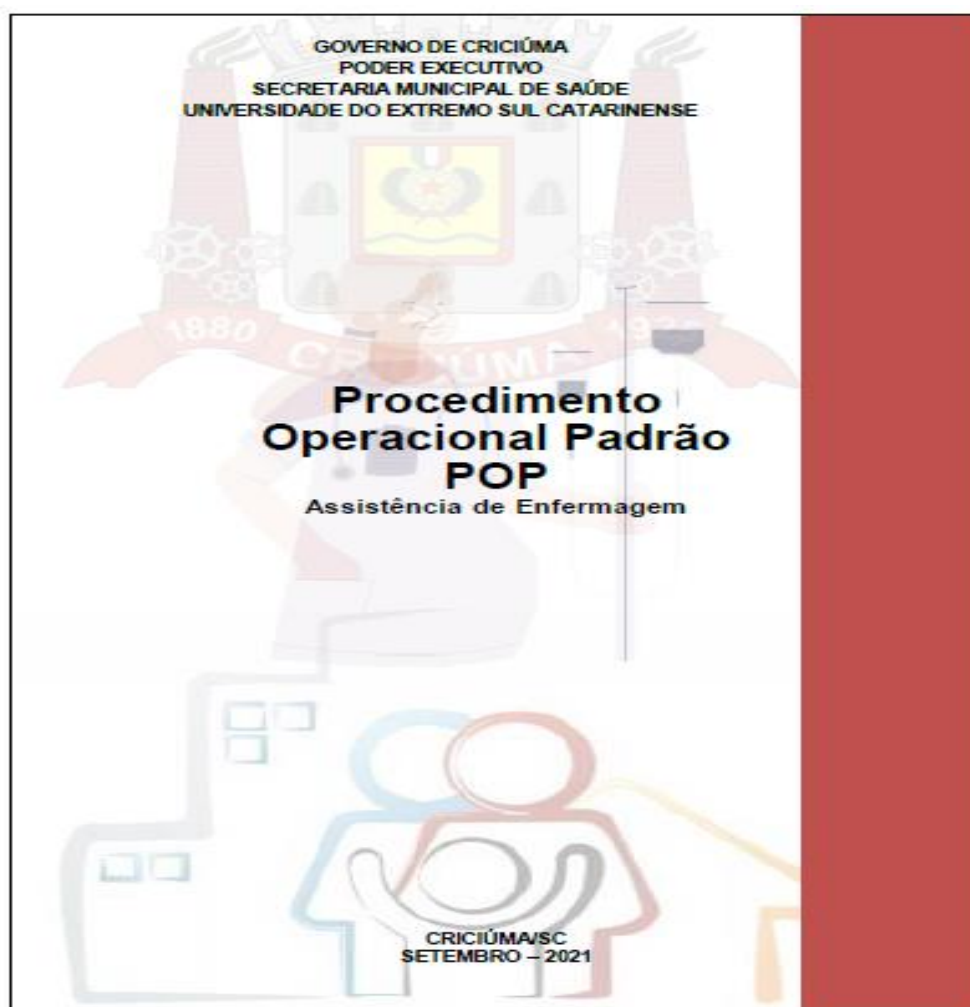
Estes foram elaborados por meio de um trabalho de integração ensino-serviço entre a SMS e o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional, da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), visto que estão associadas a presente dissertação de mestrado profissional, ao considerar a complexidade e importância do trabalho da Enfermagem na rede municipal de saúde, espera-se que os presentes documentos auxiliem no direcionamento das ações de enfermagem.

Como exposto, os presentes manuais passaram por consulta pública entre os pares, a fim de atender o construto teórico da cogestão. Posteriormente, foram protocolados no órgão de classe (COREN/SC) e, após adequações, publicizados para os profissionais, gestores e usuários dos serviços da SMS de Criciúma.

Como propósito de dar visibilidade e dizibilidade aos produtos, ficou estabelecido com a Coordenação de Atenção Primária em Saúde que os dois manuais serão oficializados em ato conjunto com a posse da Comissão de Ética de Enfermagem deste município, após a defesa de mestrado.

Em apêndice encontram-se os produtos elaborados na íntegra, sendo que os mesmos são o resultado desta dissertação, sendo eles:

Manual de Procedimentos Operacionais Padrões de Enfermagem
(Apêndice 1)



Manual de Normas e Rotinas de Enfermagem na Atenção Básica
(Apêndice 2)



Esperamos que estes materiais contribuam para organização do processo de trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem, possibilitando desenvolvimento de assistência com segurança, qualidade e humanização, contribuindo para melhoria do acesso e da qualidade dos serviços.

5.3 EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DO PRODUTO

A partir das análises trazidas pelo GT e RTs nos diálogos virtuais e presenciais, acreditamos que atingimos os objetivos propostos para o presente trabalho, promovendo inovações no que diz respeito a organização da SMS de Criciúma, com a estruturação dos manuais de POP e NR.

Como discriminado no primeiro tópico dos resultados dessa dissertação os manuais foram validados pela equipe de enfermagem no processo de cogestão, pelo Órgão de Classe COREN/SC, fortalecidos pela comissão permanente de avaliação instituída pela SMS, pela publicização dos manuais.

Para a secretaria municipal de saúde o efeito ocorreu em potencializar o tempo e a organização dos colaboradores da enfermagem nas ações em saúde, trazendo disparo para a resolutividade e melhora na assistência prestada, partindo do princípio de que isto acontecerá na sequência das ações, haja vista que APS, é executar com eficiência os desígnios que lhe são postos, entre eles, promoção e prevenção em saúde, coordenação e ordenação do cuidado, baseados nas diretrizes do sistema único de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca pela qualidade, a padronização é uma ferramenta gerencial, que possibilita a transmissão de informações e compartilhamento dos conhecimentos adquiridos. A instituição da qual foi cenário este trabalho, os processos de trabalho não estavam padronizados, a maneira de executá-los não era clara para quem os faz, ou seja, estava registrada na memória das pessoas, onde normalmente cada profissional o fazia de uma forma diferente, sendo a construção dos manuais de forma colaborativa uma inovação neste município.

Conclui-se que os POPs e as NRs são instrumentos de gestão da qualidade que busca excelência na prestação do serviço, procura minimizar erros nas ações repetitivas de forma dinâmica, passível de evolução e que busca profundas transformações no trabalho, na instituição, nos aspectos técnico, político e institucional.

Embora os manuais estruturados sejam instrumentos para promoção da qualidade de assistência, o esforço vivenciado por esse coletivo de enfermeiros representado pelos GTs, nessa perspectiva de gestão, contribuiu não somente para enriquecer nossos conhecimentos, como também, para ampliar nossa visão de gestão de cuidados de enfermagem, de educação permanente em saúde, de trabalho em equipe e da gerência dos serviços de saúde.

A proposta se constituiu na elaboração de manuais que mantivessem comunicação efetiva com a equipe de enfermagem da SMS onde os POPs foram estruturados em 14 partes, categorizadas por áreas de cuidados: cuidados com a pele, cuidados nutricionais, cuidados com eliminações, cuidados respiratórios, cuidados com parâmetros clínicos, cuidados com procedimentos intravasculares, cuidados com administração de medicamentos, cuidados com exames, cuidados de biossegurança e proteção individual, cuidados com imunobiológicos, cuidados com posicionamentos, cuidados com transporte dos usuários, cuidados com processos de esterilização e cuidados com outros procedimentos. Já as NRs foram estruturadas em 11 capítulos: Gestão em enfermagem e saúde, sistematização da assistência de enfermagem, atenção domiciliar, acolhimento à demanda espontânea, educação em saúde, procedimentos e organização do ambiente,

limpeza e processamento de resíduos, controle de insumos e medicamentos, programas e serviços de apoio, longitudinalidade do cuidado e acompanhamento das ações dos agentes comunitários de saúde.

Acreditamos que os Manuais de Enfermagem são uma importante ferramenta para contribuir na organização do trabalho, para atualização e alinhamento técnico frente às linhas de cuidados, promovendo novas habilidades na Assistência de Enfermagem em todos os serviços de Atenção Primária em Saúde.

Este produto revelou seu potencial de transformação, forneceu motivação e sentimento de pertencimento da equipe de enfermagem em ver a categoria se empoderando, com ferramentas de gestão e assistência atualizadas e formalizadas, ao mesmo tempo que aumenta a responsabilidade da gestão em manter a Comissão Permanente de atualização que deve buscar ferramentas de socialização contínua dos produtos, por meio de ações de EPS.

Ao finalizar a construção dos manuais o GT se disponibilizou a dar continuidade para elaboração das propostas de educação permanente em saúde voltadas aos POPs e NRs. Assim, estima-se alcançar no próximo ano uma mudança na cultura organizacional, pois se espera implantar mais movimento que busquem efetivar atividades que visem o compartilhamento de descentralizado e a valorização de pessoas, por acreditar que esses movimentos acarretam melhorias na assistência prestada a partir da implicação dos profissionais, e a compreensão de que todas as pessoas fazem gestão, no micro ou macro espaços que ocupam.

Destacamos a importância das RTs nesta proposta, porque acreditaram no potencial deste produto ser construído de forma coletiva. Pois, coletivo é fundamental, sendo que a confiança e a autonomia para planejar, buscar, orientar, sintetizar ofertada a mestranda fez toda a diferença.

Mencionar a significância do mestrado profissional em saúde coletiva nesta transformação da Enfermagem ligada a APS municipal é imprescindível. É importante destacar que este, para além de contribuir, possibilitou a mestranda e aos membros dos GTs refletirem sobre as mudanças na estruturação e efetivação deste manual, a fim de servir de base ao município no que diz respeito ao apoio à equipe de enfermagem. Acreditamos que esse produto proporcionará melhora da assistência municipal, elevando a excelência da saúde em âmbito regional e

proporcionando ao município melhorias no desenvolvimento das práticas de enfermagem.

Para finalizar exteriorizo, como autora do presente trabalho, a felicidade de transformar o cenário de práticas do local de trabalho do qual faço parte há 17 anos ocupando diferentes espaços, mas sempre considerando e defendendo os princípios do SUS e a essência da enfermagem, como profissão que tem o cuidado em saúde seu objeto epistemológico.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, O. A.; et al. Documentação do processo de enfermagem em instituições públicas de saúde. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 53, e03471, 19 ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018003703471> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NxpGwW8HpCfJVN7JhcsHFSd/?lang=pt> Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm > Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, dez. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm > Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. DF, 26 jun 1986. Disponível http://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-003-2021-cofen_91363.html Acesso em: 20 de jan. 2021.

BRUNO, M.L.M.; et al. Condutas de Enfermagem no extravasamento de quimioterápicos antineoplásicos: Protocolo Operacional Padrão. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 974-980, mar. 2014. ISSN 1981-8963. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i4a9768p974-980-2014> Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9768>> Acesso em: 20 jan. 2021.

CAVALCANTE, Felipe Oliveira Lopes; GUIZARDI, Francini Lube. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção pan-americana da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 99-122, jan./abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 0509/2016**, Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. Disponível http://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-003-2021-cofen_91363.html. Acesso em: 20 de jan. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 358/2009**, Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem. Disponível http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 20 de jan. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 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. Disponível http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html. Acesso em: 20 de jan. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS (COREN – GO). **Padronização na Enfermagem: o que é, como se faz e para quê?** Goiânia: Coren, 2014. Disponível em: http://www.corengo.org.br/padronizacao-na-enfermagem-o-que-e-como-se-faz-e-para-que_2585.html. Acesso em: 20 de jan. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN – SC). **Atuação do Coren/ SC**. Santa Catarina: Coren. Disponível em: <http://transparencia.corensc.gov.br/apresentacao/>. Acesso em: 30 nov. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SERGIPE (COREN – SE). **Modelo Normas e Rotinas**. Sergipe: Coren, 2017. Disponível <http://se.corensc.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-NORMAS-ROTINAS-E-POP.pdf>. Acesso em: 20 de jan. 2021.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988
Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
Acesso em: 20 jan. 2021.

DANTAS, C.N.; SANTOS, V.E.P; TOURINHO, F.S.V. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, p. e2800014, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VtXc5rmVKh3H7QYrCPVRB8d/?lang=pt> DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500002800014>
Acesso em: 30 nov. 2021.

DINIZ, IA; *et al.* PERCEPTION OF PRIMARY HEALTHCARE MANAGEMENT NURSES ON THE NURSING PROCESS. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 2, p. 206-213, 2015. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680204i>. Acesso em: 30 nov. 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH) – Ministério da Educação. **Manual de Padronização** – Coordenado pela Secretaria Geral – Brasília: EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2014. 16p. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/manualpadronizacaopops/356c2f1c-27d8-419d-9ddb-49b42607eb8b>. Acesso em: 20 de jan. 2021.

GIOVANI, A.M.M. Competências e as atribuições da equipe de enfermagem: como elaborar um Procedimento Operacional Padrão (POP). In: VÁRIOS, Colaboradores. **Procedimentos de Enfermagem**. Barueri - SP: Manole, 2014. p. 21-24.

GOMES, J.R.A; MELANDA, V.S. Elaboração de rotinas para uma Enfermagem de excelência em centro cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo. abr./jun. 2012; v.17, n. 2, p. 48-55. Disponível em file:///C:/Users/giova/Downloads/164-627-1-SM.pdf Acesso em: 30 nov. 2021.

GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI, F.O.L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5YWzkdB6gsvByCnpd6BmqSz/?lang=pt#> Acesso em: 29 nov. 2021.

HALLIGAN, M; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Quality & Safety**. v.20, n. 4, fev. 2011, p.338-343. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/49819863_Safety_culture_in_healthcare_A_review_of_concepts_dimensions_measures_and_progress. Acesso em: 19 jan. 2021.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/criciuma.html>. Acesso em: 16 jan. 2021.

LEMONS, G.C.; *et al.* A Cultura de Segurança do Paciente no Âmbito da Enfermagem: Reflexão Teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. Belo Horizonte, v.8, e2600. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.2600> Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2600>. Acesso em: 16 jan. 2021.

LORENZETTI, J.; *et al.* Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto contexto - Enferm.** Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1104-1112, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401104&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jan. 2021.

OLIVEIRA, S.O.D. *et al.* Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 69, n. 17, p. 1-20, dez. 2017. Disponível em: <https://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/64>. Acesso em: 18 jan. 2021.

PEREIRA, Maria das Dores; SOUZA, Diego Floriano de; FERRAZ, Fabiane. Segurança do Paciente nas Ações de Enfermagem Hospitalar: Uma Revisão Integrativa. **Inova Saúde**, Criciúma - SC, v. 3, n. 2, p. 55-87, nov. 2014. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/1746/1672>. Acesso em: 17 jan. 2021.

PINHEIRO, R.; *et al.* Gestão em Redes: **práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro, 2006.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA [Mestrado Profissional] - PPGSCol. Colegiado Pleno. **Resolução 02/2019**. Estabelece elementos mínimos a constar na elaboração de projetos e dissertações relacionados especificamente a produtos em saúde coletiva, para fins e encaminhamento para qualificação e defesa, e, dá outras providências. UNESCO. Criciúma – SC. 2019. Disponível em: http://www.unesc.net/portal/resources/files/489/resolucao_02_2019_projetos_e_dissertacoes_de_produto.pdf. Acesso em 28 de jan. 2021.

RICHA, A.C; GUIMARÃES, S. M; CARDOSO, T. V. **Gestão por Padronização de Processos: A percepção dos Enfermeiros de Centro Cirúrgico**. 2014. Disponível em: http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2015/pdfs/site_sobecc_v19n1/02_sobecc_v19n1.pdf. Acesso em: 29 nov. 2021.

RUNCIMAN, W.; *et al.* Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care**. Oxford, v. 21, n. 1, p. 18-26. fev. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19147597/>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SALES, C.B. **Avaliação da utilização dos Procedimentos Operacionais Padrão na prática profissional da equipe de enfermagem**. 2015. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Universidade de São Paulo - USP, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-08032016-154354/publico/CAMILABALSEROSALES.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2021.

SALES, C.B.; et al. Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v.71, n.1, 2018, p. 126-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SILVA, E.G.C.; et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1380-1386, dez. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600015&lng=pt&nrm=iso <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600015>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SILVA, A. A. L., et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepções dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 38, n.1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170158779.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SIMAN, A.G; BRITO, M.J.M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 37, n. sl. e68271. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500413&lng=en&nrm=iso <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SOARES, M.I; et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-53. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100047&lng=en&nrm=iso <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150007>. Acesso em 15 jan. 2021.

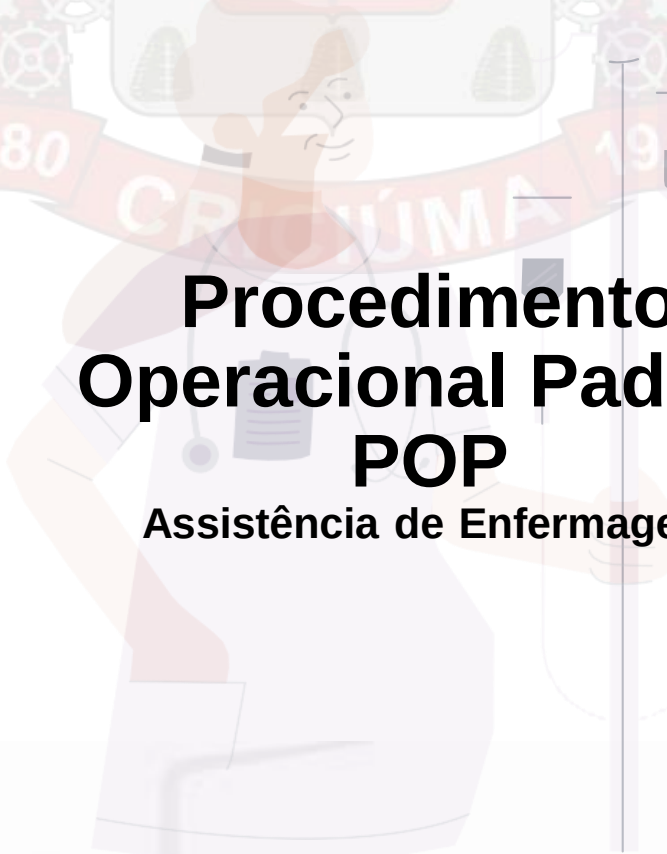
VASCONCELOS, R.O.; et al. A Sistematização Da Assistência De Enfermagem na percepção de técnicos e auxiliares de Enfermagem. **Rev. G&S**. Brasília, v.8, n.3, p. 379-394. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10309>. Acesso em: 20 jan. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÕES DE ENFERMAGEM



GOVERNO DE CRICIÚMA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE



Procedimento Operacional Padrão POP

Assistência de Enfermagem



CRICIÚMA/SC
SETEMBRO – 2021

GOVERNO DE CRICIÚMA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

EM PARCERIA COM

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSCol

Procedimento Operacional Padrão POP

Assistência de Enfermagem



PODER EXECUTIVO

Prefeito Clésio Salvaro
Vice-prefeito Ricardo Fabris

Secretário Municipal de Saúde
Acélio Casagrande

Diretor Executivo
Deivid de Freitas Floriano

Gerência da Atenção Básica
Criciane Moreira Hansen
Eliane Santos Salib

Gerência da Saúde Mental
Ana Regina da Silva Losso

Gerência da Atenção Especializada
Cristiane Inácio Botelho

Gerência da Vigilância em Saúde
Samuel Bucco

Gerência de Educação Permanente - Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização
Alexsandro Ferreira Caetano

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE

Reitora
Profa. Dra. Luciane Bisognin Ceretta

Pró-reitora Acadêmica
Profa. Dra. Indianara Reynaud Toreti

Diretor de Pesquisa e Pós-Graduação
Prof. Dr. Oscar Montedo

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional]
Profa. Dra. Cristiane Damiani Tomasi

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

C928n Criciúma (SC). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde.

Procedimento Operacional Padrão POP :
assistência de enfermagem / Prefeitura Municipal
de Criciúma, Secretaria Municipal de Saúde ;
Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa
de Pós-graduação em Saúde Coletiva. - Criciúma, SC
: Secretaria Municipal de Saúde : Unesc, 2021.
404 p. : il. ; 30 cm.

1. Enfermagem em saúde pública. 2. Enfermagem
de atenção primária. 3. Cuidados de enfermagem. 4.
Fluxo de trabalho. 5. Instrução para enfermeiros.
6. Padrões de prática em enfermagem. I. Título.

CDD - 22. ed. 610.734

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

ELABORAÇÃO/AUTORIA:

Equipe Técnica

Enfermeira. Coordenadora Geral do grupo responsável pela formulação dos POPs

Francielle Lazzarin de Freitas Gava

Enfermeira. Responsável Técnica pela Atenção Básica

Eliane Santos Salib

Enfermeiras colaboradoras Atenção Básica

Gabriele de Carvalho

Daiane Mendes de Assis Réus

Cecília Rios dos Reis Freitas

Patrícia Araújo Burato Miguel

Marília Lodetti

Enfermeira. Responsável Técnica pela Atenção Especializada

Tamires Regina dos Santos

Enfermeiras colaboradoras Atenção Especializada

Cristini da Luz Moretti Borba

Jerusa Manoel Angelica

Mikaelle Lanos Gomes Coelho

Tamires Regina dos Santos

Paulo Rogério Hansen

Enfermeira. Responsável Técnica pela Saúde Mental

Ana Regina da Silva Losso

Enfermeiras colaboradoras Saúde Mental

Camila Rossi

Patricia Bez Birolo

Patricia Dias Gualtieri da Silva

Sinara Ribeiro Moraes

Grasiela Deboita Gregório

Enfermeira. Responsável Técnica pela Urgência e Emergência

Rosimere de Carvalho Noronha

Colaboradores

Diego Floriano de Souza

Enfermeiro. Especialista em Atenção Básica pelo Programa de Residência Multiprofissional da UNESC.

Joana Carlos Becker

Maria Eduarda Oliveira Leal

Acadêmicas de Enfermagem da UNESC

Design Gráfico

Revisão Final

Luciane Bisognin Ceretta

Enfermeira. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] UNESC.

Fabiane Ferraz

Enfermeira. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] UNESC.

APRESENTAÇÃO

A organização do processo de trabalho de Enfermagem deve utilizar ferramentas adequadas para o desenvolvimento do Cuidado de Enfermagem, além de auxiliar na tomada de decisão, na definição do seu espaço de atuação, do seu desempenho na gestão em saúde e em Enfermagem (SOARES., *et al* 2015) (COFEN, 2009).

A sistematização e organização do processo de trabalho da Enfermagem, implicam diretamente também na segurança do paciente, o que constitui, atualmente, um dos grandes desafios dos cuidados de saúde. O reconhecimento da ocorrência de erros ou acidentes adversos com consequências graves aos usuários. O que sinaliza para os profissionais de saúde, que estes devem estar sempre em alerta às medidas pertinentes à segurança do paciente (PEREIRA; SOUZA; FERRAZ, 2014).

Assim, a assistência prestada nos espaços e serviços de saúde deve ser integral, segura e de qualidade. Logo, se faz necessária a padronização da assistência à saúde, por meio da implantação de Procedimento Operacional Padrão (POP) (CARVALHO., *et al* 2017).

Frente a ausência de POPs de Enfermagem no município de Criciúma e a exigência legal de tais documentos, em 2020, o NEPSHU-Criciúma visando cumprir a importante prerrogativa de integração ensino-serviço estabeleceu um grupo de trabalho integrando ensino, pesquisa, gestão e assistência, com a participação de enfermeiros atuantes nas unidades, nos programas de saúde e da Universidade, a fim de elaborar o presente Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da Assistência de Enfermagem para a rede de serviços da Atenção Básica, Especializada e de Saúde Mental articulado a um trabalho de conclusão de mestrado profissional; tendo em vista a atualização do pessoal de Enfermagem, bem como a produção e difusão de procedimentos operacionais que visem padronizar e qualificar o processo de trabalho de enfermagem. Apesar do presente manual ser voltado aos profissionais de enfermagem, o mesmo não exime responsabilidade técnica das demais categorias profissionais que fazem parte da rede de serviços de saúde do município de Criciúma frente procedimentos que são comuns a equipe multiprofissional.

Dessa forma, é com grande alegria e comprometimento que apresentamos o Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da Assistência de Enfermagem do município de Criciúma. O presente manual, por estar ligado a um trabalho de dissertação de Mestrado Profissional, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNESC, num primeiro momento passou por consulta pública entre os pares de 12 de maio a 12 de junho de 2021, a fim de atender o construto teórico da cogestão. Os profissionais de Enfermagem fizeram apontamentos sobre aspectos que ainda perceberam necessário fazer melhorias.

A partir da consulta pública, o material foi revisado pelo grupo responsável, sendo analisado e incorporado as sugestões. Após a finalização, em setembro de 2021, foi protocolado no órgão de classe (COREN/SC) e publicizado para os serviços da SMS de Criciúma. Ficando aos responsáveis técnicos e a gestão da AB estabelecer cronograma de revisão e atualização periódica deste material. Para tanto, ficou definido a constituição de uma Comissão Permanente, composta pelo grupo de trabalho do quadro efetivo de servidores que elaborou a atual versão. A primeira revisão deverá ocorrer em um ano da publicação do material, ou seja, em setembro de 2022, sendo que após a primeira revisão, as subseqüentes ocorrerão a cada dois anos.

Aproveito a oportunidade para expressar minha admiração, meu respeito e minha gratidão ao coletivo que fez esse material ser estruturado.

Francielle Lazzarin de Freitas Gava

SUMÁRIO

Parte 1: CUIDADOS COM A PELE.....	p. 12
1.1 HIGIENIZAÇÃO.....	p. 12
POP 01: Banho de aspersão com auxílio.....	p. 13
POP 02: Banho de aspersão sem auxílio.....	p. 17
POP 03: Banho no leito.....	p. 20
POP 04: Higiene bucal do paciente acamado.....	p. 28
POP 05: Higiene do coto umbilical.....	p. 31
POP 06: Higienização das mãos por lavagem.....	p. 33
POP 07: Higienização das mãos por fricção com solução alcoólica 70%.....	p. 36
POP 08: Tricotomia facial.....	p. 38
1.2 CURATIVO	p. 40
POP 09: Aplicação de bota de UNNA	p. 41
POP 10: Curativo.....	p. 45
POP 11: Curativo em inserção de cateter venoso central.....	p. 50
POP 12: Curativo ortopédico com fixadores externos, tração trans esquelética, talas.....	p. 53
POP 13: Desbridamento instrumental conservador.....	p. 57
POP 14: Retirada de pontos.....	p. 60
1.3 TRICOTOMIA CIRÚRGICA	p. 64
POP 15: Tricotomia cirúrgica.....	p. 65
Parte 2: CUIDADOS NUTRICIONAIS.....	p. 67
2.1 ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO E SONDAGEM.....	p. 67
POP 16: Cuidados com a pele ao redor da gastrostomia.....	p. 68
POP 17: Preparo e administração de dietas enterais através de sondas nasoentéricas, de gastrostomia ou jejunostomia.....	p. 70
POP 18: Sondagem nasoentérica.....	p. 75
POP 19: Sondagem nasogástrica.....	p. 78

Parte 3: CUIDADOS COM ELIMINAÇÕES.....	p. 81
3.1 ELIMINAÇÕES GASTROINTESTINAIS.....	p. 81
POP 20: Aspiração nasogástrica (lavagem gástrica).....	p. 82
POP 21: Enema / lavagem intestinal.....	p. 85
POP 22: Troca de bolsa de estomia.....	p. 88
3.2 ELIMINAÇÕES URINÁRIA.....	p. 91
POP 23: Colocação de dispositivo para incontinência urinária masculina.....	p. 92
POP 24: Sondagem vesical de alívio.....	p. 94
POP 25: Sondagem vesical de demora.....	p. 98
POP 26: Troca de sonda vesical de demora em cistostomia.....	p. 102
3.3 DRENOS.....	p. 105
POP 27: Cuidados com drenos cirúrgicos.....	p. 106
POP 28: Retirada de dreno.....	p. 111
Parte 4: CUIDADOS RESPIRATÓRIOS.....	p. 113
4.1 ASPIRAÇÃO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS.....	p. 113
POP 29: Aspiração de cânula de traqueostomia (respiração espontânea).....	p. 114
POP 30: Aspiração de orofaringe e nasofaringe.....	p. 118
POP 31: Aspiração de tubo orotraqueal (TOT) ou cânula endotraqueal.....	p. 122
POP 32: Aspiração nasotraqueal.....	p. 126
4.2 TRAQUEOSTOMIA.....	p. 130
POP 33: Fixação da cânula de traqueostomia / troca cadaço.....	p. 131
POP 34: Higienização do intermediário da cânula de traqueostomia (subcânula).....	p. 135
4.3 OXIGENIOTERAPIA.....	p. 137
POP 35: Administração de oxigênio.....	p. 138

PARTE 5: CUIDADOS COM PARÂMETROS CLÍNICOS.....p. 142

POP 36: Aferição de altura.....	p. 143
POP 37: Aferição de comprimento.....	p. 146
POP 38: Aferição de frequência cardíaca (sinais vitais).....	p. 148
POP 39: Aferição de frequência respiratória (sinais vitais).....	p. 153
POP 40: Aferição de glicemia capilar.....	p. 156
POP 41: Aferição de peso.....	p. 159
POP 42: Aferição de pressão arterial (sinais vitais).....	p. 162
POP 43: Aferição de perímetro abdominal.....	p. 167
POP 44: Aferição de perímetro cefálico.....	p.170
POP 45: Aferição de perímetro quadril.....	p.173
POP 46: Aferição de perímetro torácico.....	p.175
POP 47: Aferição de saturação de oxigênio.....	p. 177
POP 48: Aferição de temperatura (sinais vitais).....	p.180

PARTE 6: CUIDADOS COM PROCEDIMENTOS INTRAVASCULARES p. 184

POP 49: Punção venosa periférica.....	p. 185

PARTE 7: CUIDADOS COM ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....p. 187

POP 50: Administração de medicamentos via enteral.....	p. 188
POP 51: Administração de medicamentos via inalatória.....	p. 191
POP 52: Administração de medicamentos via intradérmica	p. 194
POP 53: Administração de medicamento via intramuscular.....	p. 198
POP 54: Administração de medicamento via intravenosa.....	p. 203
POP 55: Administração de medicamentos via nasal.....	p. 207
POP 56: Administração de medicamentos via oftálmica.....	p. 210
POP 57: Administração de medicamentos via oral.....	p. 213
POP 58: Administração de medicamentos via otológica.....	p. 216
POP 59: Administração de medicamentos via retal.....	p. 219
POP 60: Administração de medicamento via subcutânea.....	p. 222
POP 61: Administração de medicamentos via tópica.....	p. 225
POP 62: Administração de medicamentos via vaginal.....	p. 227

POP 63: Administração e mistura de insulinas.....	p. 230
POP 64: Administração de soroterapia via subcutânea – Hipodermóclise.....	p. 234
POP 65: Administração de terapia de reidratação oral.....	p. 238
POP 66: Cauterização química das lesões condilomatosas	p. 240
POP 67: Nebulização.....	p. 242

PARTE 8: CUIDADOS COM EXAMES p. 245

8.1 COLETA DE EXAMES.....	p. 245
POP 68: Coleta de amostra de ferida.....	p. 246
POP 69: Coleta de amostra de fezes.....	p. 248
POP 70: Coleta de amostra de sangue arterial.....	p. 250
POP 71: Coleta de amostra de sangue venoso.....	p. 253
POP 72: Coleta de amostra de urina.....	p. 255
POP 73: Coleta de escarro para baciloscopia.....	p. 257
POP 74: Raspado intradérmico para pesquisa de BAAR/ Hanseníase.....	p. 259
POP 75: Prova tuberculina / teste de Mantoux/ PPD.....	p. 261
POP 76: Leitura da prova tuberculina/ teste de Mantoux/ PPD.....	p. 263
POP 77: Coleta de exame citológico cervico-vaginal (Papanicolau).....	p. 265
POP 78: Coleta de secreção nasofaríngea.....	p. 269
POP 79: Teste da mãe catarinense.....	p. 271
POP 80: Teste do pezinho (PKU)	p. 273
8.2 TESTAGEM RÁPIDA.....	p. 276
POP 81: Teste rápido COVID 19 – Anticorpo.....	p. 277
POP 82: Teste rápido COVID 19 – Antígeno.....	p. 281
POP 83: Teste rápido para detecção de gestação.....	p. 283
POP 84: Teste rápido para hepatite B.....	p. 286
POP 85: Teste rápido para hepatite C.....	p. 290
POP 86: Teste rápido para sífilis.....	p. 293
POP 87: Teste rápido para HIV 1/2.....	p. 296
8.3 OUTROS EXAMES.....	p. 300
POP 88: Auxiliar biopsia de mama guiado por ultrassom.....	p. 301
POP 89: Eletrocardiograma (ECG).....	p. 304

POP 90: Exame clínico das mamas	p. 308

Parte 9: CUIDADOS DE BIOSSEGURANÇA E PROTEÇÃO INDIVIDUAL..... p. 311

POP 91: Utilização de avental descartável manga longa.....	p. 312
POP 92: Utilização de gorro e/ou touca.....	p. 314
POP 93: Utilização de luvas de procedimento.....	p. 315
POP 94: Utilização de luvas estéreis.....	p. 317
POP 95: Utilização de máscara cirúrgica.....	p. 319
POP 96: Utilização de máscara PFF2/N95.....	p. 320
POP 97: Utilização de óculos de proteção ou protetor facial.....	p. 322
POP 98: Utilização de sapatos e botas.....	p. 323

Parte 10: CUIDADOS COM IMUNOBIOLOGICOS.....p. 324

POP 99: Procedimento com imunobiológicos.....	p. 325
POP 100: Remoção e reconstituição de imunobiológicos.....	p. 329

Parte 11: CUIDADOS COM POSICIONAMENTOS.....p. 332

POP 101: Auxiliar usuário a elevar quadril.....	p. 333
POP 102: Contenção/restrição mecânica.....	p. 335
POP 103: Movimentação do paciente em decúbito dorsal no leito para os lados/ rolagem.....	p. 337
POP 104: Movimentação do paciente para cima ou para baixo no leito ou maca.....	p. 339
POP 105: Posicionamento do paciente em decúbito dorsal ou posição supina.....	p. 342
POP 106: Posicionamento do paciente em decúbito lateral.....	p. 345
POP 107: Posicionamento do paciente em Fowler com apoios.....	p. 347
POP 108: Posicionamento do paciente em posição genupeitoral.....	p. 349
POP 109: Posicionamento do paciente em posição litotômica.....	p. 351
POP 110: Posicionamento do paciente em posição de sims (semi pronada).....	p. 353

Parte 12: CUIDADOS COM TRANSPORTE DO USUÁRIO..... p. 355

POP 111: Transferência de paciente entre leito e maca de transporte.....	p. 356
POP 112: Transporte seguro na cadeira de rodas.....	p. 359

Parte 13: CUIDADOS COM PROCESSOS DE ESTERILIZAÇÃO.....p. 362

POP 113: Manejo de artigos sujos na sala de resíduos temporários.....p. 363

POP 114: Técnica de limpeza de equipamentos e desinfecção esterilização de instrumentais superfícies.....p. 365

POP 115: Técnica de limpeza e desinfecção da autoclave..... p. 373

POP 116: Teste de esterilização na autoclave - indicador biológico.....p. 375

POP 117: Uso da cuba de ultrassom Cristófoli.....p. 377

POP 118: Uso da seladora.....p. 382

Parte 14: CUIDADOS COM OUTROS PROCEDIMENTOS..... p. 384

14.1 AUXÍLIO NA PARADA CARDIORESPIRATÓRIA..... p. 384

POP 119: Reanimação cardiopulmonar adulto.....p. 385

POP 120: Reanimação cardiopulmonar pediátrica..... p. 389

14.2 PREPARO DO LEITO..... p. 394

POP 121: Preparo do leito..... p. 395

POP 122: Troca de roupa de cama com o paciente no leito..... p. 397

Parte 1

CUIDADOS COM A PELE

1.1 HIGIENIZAÇÃO



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 01

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: BANHO DE ASPERSÃO COM AUXÍLIO

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

O usuário apresentar dificuldade de locomoção ou déficit no autocuidado, sem restrição ao leito; conforme prescrição/indicação de profissional de saúde. O profissional do serviço de saúde municipal procederá com orientação do familiar ou cuidador em como realizar este procedimento.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

- Manter integridade cutânea do usuário;
- Promover higiene e conforto ao usuário de maneira segura.

Material:

- Aparelho de barbear, se necessário;
- Avental impermeável;
- Avental, camisola ou roupas limpas do usuário;
- Cadeira de banho;
- Compressas de banho (se necessário);
- Desodorante pessoal;
- Escova de dentes, pasta de dente e/ou enxaguante bucal;
- Esparrapado impermeável, se necessário;
- Hamper com saco plástico para roupas sujas e molhadas;
- Hidratante corporal ou AGE;
- Luva de procedimento;
- Pente ou escova de cabelo pessoal;
- Sabonete;
- Saco plástico transparente, se necessário;
- Shampoo/condicionador, se necessário;

- Toalha de banho.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Organizar o banheiro antes de retirar o usuário do leito, verificando se o local se encontra limpo. Colocar um tapete ou toalha na saída do chuveiro e verificar a necessidade de tapete antiderrapante no assoalho do chuveiro ou uso de chinelos de borracha durante o banho, para não escorregar;
6. Verificar junto ao leito do usuário quais os dispositivos ou curativos estão presentes e realizar os cuidados com os mesmos para o banho, fechando sondas, protegendo com sacola plástica quando necessário ou retirando curativos de lesões que podem ser molhadas no banho, por exemplo;
7. Verificar se a cadeira de banho foi adequadamente limpa e posicione-a ao lado do leito, com as rodas travadas;
8. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimentos e avental impermeável;
9. Oferecer privacidade ao usuário;
10. Abaixar a grade da cama;
11. Auxiliar o usuário na retirada de sua roupa, atentando para os membros com lesões, restrições de movimento e uso de dispositivos médicos. Colocar a roupa suja no hamper;
12. Auxiliar ou colocar o usuário na cadeira de banho, conforme sua condição e necessidade;
13. Cobrir o usuário com lençol e levá-lo ao banheiro;
14. Questionar ao usuário sobre sua necessidade de utilizar o vaso sanitário e o auxilie ou ofereça privacidade, conforme necessário;
15. Ligar o chuveiro e ajustar a temperatura da água antes do usuário entrar no chuveiro;
16. Colocar o usuário próximo ao chuveiro e ir molhando-o delicadamente;
17. Antes de cada passo, estimular o usuário a realizar o cuidado sozinho, estando à disposição para auxiliá-lo ou realizar o cuidado por ele, quando necessário;
18. Verificar a necessidade e possibilidade de higiene dos cabelos e couro cabeludo. Colocar uma quantidade pequena de shampoo na mão, fazer espuma friccionando as mãos e aplicar no couro cabeludo e cabelo, massageando em movimento circulares com a palma da mão e a

ponta dos dedos; enxaguar. Aplicar condicionador, conforme necessidade de cada tipo de cabelo;

19. Se o usuário for homem, verificar a indicação e desejo de realizar a tricotomia facial. Auxiliar o, se for necessário;
20. Lavar o rosto do usuário com movimentos leves, limpando os olhos do ângulo interno para a região externa;
21. Sugerir a higiene oral neste momento, realizando-a, caso o usuário não seja capaz;
22. Lavar/auxiliar o usuário durante a higiene de todo o corpo, com compressa e sabonete, identificando suas limitações e suas capacidades, utilizando a direção céfalo-caudal, sendo a higiene íntima a última parte a ser realizada;
23. Ao finalizar o banho, auxiliar/realizar a secagem do usuário, dando atenção especial às áreas de dobras e cobrindo o usuário com uma toalha ou lençol para que não fique exposto durante o processo;
24. Encaminhar o usuário de volta ao quarto, coberto com um lençol ou toalha, posicionando a cadeira de banho ao lado do leito, com as rodas travadas;
25. Auxiliar o usuário a retornar ao leito, concluindo o processo de secagem ao sair da cadeira de banho;
26. Auxiliar o usuário a colocar a sua roupa limpa ou camisola hospitalar;
27. Posicionar o usuário no leito de forma confortável, coberto com lençol e aplicar hidratante corporal ou óleo de girassol/AGE no corpo do mesmo para hidratação;
28. Estimular o usuário ou pentear os cabelos do usuário;
29. Verificar e ajustar o funcionamento dos dispositivos e realizar a troca dos curativos, se necessário;
30. Deixar o usuário em posição segura e confortável no leito, respeitando o rodízio de posições, se existir;
31. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
32. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
33. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, registrando o horário. Proceder as anotações de enfermagem, constando as condições gerais do usuário, presença de lesões e dispositivos, cuidados prestados, ocorrências adversas e as medidas tomadas.

Observações:

Enquanto o usuário toma banho auxiliado por profissional da enfermagem, um colega ou responsável pelo usuário pode realizar a troca de roupa de cama, limpeza e arrumação do leito e dos mobiliários e equipamentos deste usuário. Caso não seja possível, o auxílio de um colega, o usuário deve aguardar em poltrona/cadeira após o banho, no quarto, sendo previamente concluídas as etapas de aplicação de hidratante, colocação de roupa e escovação dos cabelos. Após ser colocado ao leito novamente, deve ser priorizada a troca de curativos imediata e verificação dos dispositivos presentes.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin; **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 02

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: BANHO DE ASPERSÃO SEM AUXÍLIO

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

O usuário tiver condições físicas e/ou neurológicas para as atividades de vida diária; conforme prescrição/indicação de profissional de saúde. O profissional do serviço de saúde municipal procederá com orientação do familiar ou cuidador em como realizar este procedimento.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

- Manter integridade cutânea do usuário;
- Promover higiene e conforto ao usuário.

Material:

- Aparelho de barbear, se necessário;
- Avental impermeável;
- Avental, camisola ou roupas limpas do usuário;
- Compressas de banho, se necessário;
- Desodorante pessoal;
- Escova de dentes, pasta de dente e/ou enxaguante bucal;
- Esparadrapo, se necessário;
- Hamper com saco plástico para roupas sujas e molhadas;
- Hidratante corporal ou AGE;
- Luva de procedimento;
- Pente ou escova de cabelo pessoal;
- Sabonete;
- Saco plástico, se necessário;
- Shampoo/condicionador, se necessário;
- Toalha de banho,

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Organizar o banheiro antes de retirar o usuário do leito, verificando se o local se encontra limpo. Colocar um tapete ou toalha na saída do chuveiro e verificar a necessidade de tapete antiderrapante no assoalho do chuveiro ou uso de chinelos de borracha durante o banho, para não escorregar;
7. Verificar junto ao leito do usuário quais os dispositivos ou curativos estão presentes e realizar os cuidados com os mesmos para o banho, fechando sondas, protegendo com sacola plástica quando necessário ou retirando curativos de lesões que podem ser molhadas no banho, por exemplo;
8. Orientar sobre os cuidados durante o banho;
9. Auxiliar o usuário a chegar no banheiro, se necessário;
10. Ligar o chuveiro e ajustar a temperatura da água antes do usuário entrar no chuveiro;
11. Explicar ao usuário como controlar a temperatura da água;
12. Colocar-se à disposição para auxiliar, podendo o usuário chamar o profissional pelo nome (reforçar a identificação) a qualquer momento;
13. Manter-se próximo ao banheiro e verificar o usuário a cada 5 minutos, caso ele não chame antes, batendo sempre antes de entrar. Manter-se de luvas limpas para auxiliar quando necessário;
14. Caso o banheiro seja no quarto, aproveitar o momento para realizar a troca de roupa de cama;
15. Se o usuário solicitar auxílio durante o banho, vestir avental impermeável;
16. Ao finalizar o banho, que deve durar entre 10 e 15 minutos, verificar se o procedimento foi realizado adequadamente e auxiliar o usuário a sair do chuveiro e a se secar, se necessário;
17. Orientar a utilização de hidratante corporal ou AGE quando a pele estiver ressecada, auxiliando na aplicação, se necessário;
18. Auxiliar o usuário, se necessário, na colocação de roupas limpas e na escovação dos cabelos;
19. Orientar a realização da higiene oral, aproveitando o momento que já se encontra no banheiro;

20. Verificar se há indicação ou desejo do usuário para tricotomia facial e auxiliar na execução, se necessário;
21. Encaminhar o usuário ao leito, auxiliando quando necessário; verificar e ajustar o funcionamento dos dispositivos e realizar a troca dos curativos, se necessário;
22. Auxiliar o usuário em posição segura e confortável no leito, respeitando o rodízio de posições, se existir;
23. Recolher, guardar e dar destino adequado aos materiais e roupas sujas, deixando o ambiente organizado;
24. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
25. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, registrando o horário. Proceder as anotações de enfermagem, constando as condições gerais do usuário, presença de lesões e dispositivos, cuidados prestados, ocorrências adversas e as medidas tomadas.

Referências:

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	NÚMERO: POP 03	DATA DA VALIDAÇÃO: 06/2021	DATA DA REVISÃO: 06/2023
Procedimento: BANHO NO LEITO			
Responsável: Enfermeiro; Técnico ou auxiliar de enfermagem.			
Quando: Na ausência de condições físicas ou neurológicas do usuário ser encaminhado para banho de aspersão; conforme prescrição/indicação de profissional de saúde. O profissional do serviço de saúde municipal procederá com orientação do familiar ou cuidador em como realizar este procedimento.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Manter integridade cutânea do usuário acamado ou sem condições de realizar banho de aspersão; Promover higiene ao usuário com restrição ao leito ou sem condições de realizar banho de aspersão.			
Material: • Álcool 70%; • Aparelho de barbear, se necessário; • Avental descartável impermeável; • Avental, camisola ou roupas limpas do usuário; • Bacias de inox; • Balde para água suja; • Compressas de banho; • Desodorante pessoal; • Escova de dentes, pasta de dente e/ou enxaguante bucal; • Fita hipoalergênica microporosa, se necessário, fixação de sondas; • Fornecer privacidade ao usuário, se necessário; • Fralda, se necessário; • Hamper com saco plástico para roupas sujas e molhadas; • Hidratante corporal ou AGE;			

- Jarro de inox com água morna;
- Lençol de cama, fronha e lençol móvel limpos;
- Luva de procedimento;
- Máscara;
- Papel Toalha;
- Pente ou escova de cabelo pessoal;
- Sabonete;
- Shampoo/condicionador, se necessário;
- Toalhas de banho (6).

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Colocar as luvas de procedimento, o avental e a máscara;
7. Certificar-se que o usuário não esteja recebendo dieta no momento;
8. Avaliar a presença de demais dispositivos de sondagem e cateteres utilizados pelo usuário;
9. Posicionar o usuário em decúbito dorsal, caso o mesmo não esteja nesta posição;
10. Deixar o usuário na lateral da cama mais próxima ao profissional que irá auxiliá-lo no banho;
11. Abaixar a cabeceira da cama para posição mais baixa que o usuário tolerar;
12. Abaixar ou retirar as grades do leito;
13. Retirar a roupa de cama excedente sobre o usuário (lençol e cobertor) e almofadas ou travesseiros de suporte, deixando somente um lençol sobre o usuário. Desprezar os itens sujos no hamper;
14. Despejar a água do jarro na bacia e verificar a temperatura da água com face interna do antebraço;
15. Iniciar o banho respeitando a direção céfalo-caudal, fazendo primeiro a higiene da cabeça do usuário;
16. Retirar óculos de grau ou lentes de contato, caso haja;
17. Colocar uma toalha sob a cabeça do usuário;

18. Lavar os cabelos do usuário, se necessário, molhando os mesmos com uma compressa umedecida previamente na bacia com água;
19. Colocar shampoo equivalente a uma colher de chá na mão e, após fazer espuma, aplicar no cabelo do usuário com movimentos circulares no couro cabeludo;
20. Enxaguar os cabelos com compressa encharcada, deixando uma bacia abaixo da cabeça para a água escorrer;
21. Passar condicionador nos cabelos do usuário, se necessário;
22. Enxaguar os cabelos para retirada do condicionador, secar com uma toalha e pentear os cabelos;
23. Desprezar a toalha dos cabelos no hamper;
24. Se o usuário for do sexo masculino, pode ser necessário tricotomia facial;
25. Realizar a higiene oral;
26. Higienizar os olhos, com compressa úmida, sem sabonete, iniciando do ângulo interno para o externo;
27. Lavar o rosto, as orelhas e o pescoço do usuário com compressa umedecida com água e sabonete líquido;
28. Em caso de uso de O2 por cateter nasal tipo óculos em usuário estável, retirar rapidamente para higiene local, ajustando novamente o dispositivo em seguida;
Se necessário, fornecer período de recuperação ao usuário antes de prosseguir;
29. Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passá-la na região ensaboada, removendo todos os resíduos da pele;
30. Secar a região com a toalha;
31. Caso o usuário tenha algum dispositivo em face (SNE, SNG, traqueostomia), realizar a troca da fixação dos mesmos;
32. Despejar a água da bacia no balde e enchê-la novamente com água limpa da jarra, verificando se mantém temperatura adequada;
33. Trocar as luvas de procedimento;
34. Retirar a camisola/ pijama e fralda do usuário, protegendo-o com o lençol. Desprezar a roupa retirada no hamper. Desprezar a fralda usada no lixo;
35. Realizar a higiene corporal do usuário sempre da mesma maneira, em cada parte do corpo: utilizar compressa com água morna e sabonete, em seguida enxaguar e secar com toalha de banho;

36. Expor um braço por vez e iniciar a higiene deste, com uma toalha sob o mesmo para absorver a água utilizada;
37. Passar a compressa úmida e ensaboada com passadas longas e firmes, sem fricção, desde o pulso até a axila; após enxaguar e secar;
38. Elevar e apoiar o braço acima da cabeça (se possível) para lavar, enxaguar e secar bem a axila;
39. Apoiar a bacia ao lado do corpo do usuário para realizar a lavagem da mão no mesmo lado que o braço já está limpo;
40. Imergir a mão do usuário na água, lavar a mão e as unhas;
41. Retirar a bacia e secar bem as mãos, atentando para as áreas interdigitais;
42. Ir para o outro lado do leito (ou um colega) e repetir os passos para a higiene do outro braço e mão;
43. Após finalizar os membros superiores, enxaguar a compressa e realizar a troca de água da bacia, atentando para a temperatura da água;
44. Caso a pele do usuário esteja ressecada, passar creme hidratante pessoal ou óleo de girassol/AGE disponível na pele do usuário;
45. Remover o lençol que está cobrindo o tórax e o abdome, dobrando-o até a região supra púbica, proteger o usuário com a toalha de banho;
46. Expor primeiramente o tórax, dobrando a toalha sobre ela mesma na altura da região da cintura;
47. Higienizar o tórax iniciando pela região supra clavicular até a região epigástrica; Atentar para as dobras da pele sob os seios femininos. Muitas vezes é necessário levantar os seios para lavar sob eles. Importante secar bem, após o enxague;
48. Em seguida, cobrir o tórax, abrindo a toalha novamente e dobrando ao meio, de baixo para cima, atentando para que a toalha esteja limpa e seca;
49. Realizar limpeza, enxague e secagem do abdome, dando especial atenção ao umbigo e às dobras do abdome;
50. Utilizar lençol limpo para cobrir o tórax, o abdome e os membros superiores do usuário;
51. Realizar a troca da água da bacia novamente;
52. Iniciar a higienização dos membros inferiores. Dobrar o lençol e deixar apenas a perna mais próxima exposta e garantindo que a outra perna e o períneo estejam cobertos;
53. Colocar uma toalha de banho sob as pernas do usuário, erguendo-a com ajuda do usuário ou segurando pelo joelho e tornozelo;

54. Passar a compressa úmida e ensaboada com passadas longas e firmes, sem fricção, desde o tornozelo até o joelho e do joelho à coxa; sempre enxaguando e secando em seguida; Se possível, forrar os pés da cama com uma toalha e colocar a bacia com água sobre ela.
55. Imergir o pé do usuário, lavar o pé e as unhas, enxaguar e secar bem com a toalha, atentando para as regiões interdigitais. Caso o usuário não sustente a perna flexionada para imergir o pé na bacia, realizar a limpeza com compressa, assim como as demais partes do corpo. Atentar para a secagem das dobras interdigitais; Caso o membro esteja com a pele ressecada, passar creme hidratante próprio ou óleo de girassol/AGE disponível na pele no usuário;
56. Estender a perna limpa sobre o leito e cobri-la com um lençol limpo dobrado, garantindo que a perna e o períneo estejam cobertos;
57. Repetir os passos para limpeza da outra perna e pé. Após a limpeza completa da outra perna, cobrir os membros inferiores com lençol;
58. Realizar a troca de água da bacia e trocar de luvas, colocando um par de luvas limpas;
59. Preparar para a higiene íntima, colocando uma toalha sob as nádegas do usuário, com auxílio do mesmo;
60. Cobrir o usuário com lençol em formato de losango, de forma que fique com uma ponta para cima e outra para baixo. Dobrar o lençol para cima, expondo o períneo do usuário; Lavar, enxaguar e secar a parte superior da coxa e a virilha do usuário, dando atenção especial para as dobras, tanto em coxa quanto em virilha;
61. Realizar a higiene íntima
- a. Se o usuário for do sexo feminino:
 - i. Lavar o monte de Vênus e os grandes lábios, limpando sempre na direção do púbis para o reto;
 - ii. Expor o meato urinário e o orifício vaginal, afastando delicadamente os lábios. Lavar com compressa limpa umedecida, com passada suave e única da área pubiana para o reto. Lavar primeiramente a região central e após ambos os lados do períneo, usando uma nova parte da compressa a cada passada única;
 - iii. Limpar cuidadosamente em torno dos pequenos lábios, clitóris e orifício vaginal, sempre atentando para as regiões de dobra;
 - iv. Se houver SVD, evitar o tensionamento da mesma e limpar minuciosamente em torno dela, podendo ser usada clorexidina degermante, assim como em todo o períneo;

- v. Após lavar todas as áreas, enxaguar a região abundantemente com água para realizar a remoção completa de microorganismos, sujidades e sabão. Pode-se utilizar comadre e despejar água morna sobre a região perineal;
 - vi. Desprezar a água da comadre;
 - vii. Secar bem a área na direção de frente para trás;
 - viii. Cobrir novamente a usuário com o lençol limpo e seco;
 - b. Se o usuário for do sexo masculino:
 - i. Levantar delicadamente o pênis e colocar uma toalha de banho sob ele;
 - ii. Segurar gentilmente a haste do pênis e retraindo o prepúcio, lavando primeiramente o meato uretral com compressa úmida e ensaboada em movimentos circulares do meato para fora. Utilizar outros lados da compressa e repetir o movimento até que o pênis esteja limpo;
 - iii. Retornar o prepúcio à sua posição natural;
 - iv. Lavar delicadamente a haste do pênis e a bolsa escrotal, dando atenção especial às regiões de base e abaixo da bolsa escrotal, sendo necessário manusear o pênis e a bolsa para lavar bem toda a região, assim como as dobras presentes;
 - v. Realizar limpeza com compressa limpa e secar bem toda a região
 - vi. Caso o usuário esteja em uso de SVD, atentar para não tracionar a mesma, realizando a limpeza com gaze e clorexidina degermante a partir do meato urinário, em direção à extensão da sonda;
 - vii. Cobrir completamente o usuário com lençol limpo e seco;
62. Realizar troca de luvas e troca de água da bacia, em temperatura adequada. Se necessário deixar o leito, atentar para a necessidade de elevar a grade lateral da cama para proteção do usuário;
63. Preparar para a limpeza das costas, posicionando o usuário em decúbito lateral, com o dorso voltado para o lado do profissional que realizará a limpeza;
64. Estender a toalha sobre o lençol desde o ombro até a altura do quadril do usuário. A região ventral do usuário deve ser mantida coberta;
65. Utilizar compressa limpa, lavar a região posterior do pescoço e ombros, limpar e secar;
66. Higienizar as costas até a região glútea, com movimentos longos e firmes, limpando e secando bem;
67. Limpar as nádegas e região intraglútea. Caso haja presença de material fecal, utilizar papel toalha ou papel higiênico para retirada e desprezo;

68. Seguir com a compressa em movimentos únicos de frente para trás, primeiramente na região central e após os lados. Usar uma nova parte da compressa a cada passada;
 69. Lavar, enxaguar e secar bem a área. Pode ser usado comadre para realizar o enxague com água abundante, garantindo maior eficácia na limpeza;
 70. Desprezar a água suja e as compressas;
 71. Realizar troca de luvas;
 72. Avaliar a necessidade ou indicação de hidratante corporal ou óleo de girassol/AGE nas costas do usuário. Ao aplicar, realizar movimentos circulares para ativação da circulação sanguínea local;
 73. Trocar a roupa de cama;
 74. Retornar o usuário para o decúbito dorsal de forma confortável com a roupa de cama limpa;
 75. Vestir o usuário com avental ou parte superior da roupa limpa, colocando primeiro o lado que estiver comprometido por lesão ou por cateter venoso;
 76. Colocar fraldas (se necessário) e concluir a colocação de roupas limpas do usuário;
 77. Aplicar desodorante na região das axilas e perfume leve, conforme desejo do usuário;
- Organizar o ambiente e deixar o usuário em posição segura e confortável, elevando as grades e realizando contenção, se necessário. Atentar para o rodízio de posição para os usuários acamados;
78. Verificar o funcionamento dos dispositivos do usuário (acesso venoso, sondas e cateteres);
 79. Recolher, guardar e desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
 80. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
 81. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, constando as condições gerais do usuário, presença de lesões, ou de sinais sugestivos de úlcera por pressão, cuidados prestados, ocorrências adversas e as medidas tomadas;

Observações:

Sempre que a bacia apresentar sujeira após a retirada da água suja, lavar a mesma com água corrente no expurgo ou banheiro próximo.

Referências:

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara.
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,
2017



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 04

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: HIGIENE BUCAL DO USUÁRIO ACAMADO

Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e, na ausência destes, o enfermeiro.

Quando:

Conforme prescrição/indicação de profissional de saúde, caso o usuário sob responsabilidade de um serviço de saúde do município não tiver condições físicas e/ou neurológicas para realizar sua higiene oral. O profissional do serviço de saúde municipal procederá com orientação do familiar ou cuidador em como realizar este procedimento.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Manter integridade da mucosa oral do usuário;
- Evitar proliferação de microrganismos na cavidade oral do usuário;
- Promover higiene e conforto ao usuário.

Material:

- Luva de procedimento;
- Cuba rim;
- Escova de dentes pessoal;
- Gaze;
- Pasta de dentes e/ou (clorexidina) 0,12%;
- Papel Toalha/ Toalha de rosto;
- Copo com água filtrada;
- Espátula de língua (se usuário inconsciente);
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário;

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;

4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Elevar a cabeceira da cama a 30º, exceto em casos que seja contraindicado (ex: trauma craniano, trauma cervical). Utilizar travesseiros para garantir que o usuário esteja confortável e seguro;
7. Lavar as mãos e colocar luvas de procedimento;
8. Se o usuário estiver inconsciente, verificar a presença de reflexo laríngeo, colocando a espátula de língua na metade posterior da língua do usuário;
9. Utilizar lanterna para verificar a condição da cavidade oral do usuário;
10. Lateralizar a cabeça e colocar uma toalha de rosto sob a mesma e uma cuba rim sob o queixo;
11. Retirar a prótese dentária parcial, se houver;
12. Utilizar a escova de dentes com pasta de dente (quantidade de 1 grão de ervilha) ou gaze com clorexidina e iniciar a limpeza pelas superfícies de mastigação dos dentes, seguir pelas faces internas e posteriormente às faces externas dos dentes;
13. Utilizar gaze embebida em água e enxaguar os dentes limpos, auxiliando na remoção do excesso de espuma. Para usuários bem conscientes pode ser irrigada a cavidade oral com uma seringa e orientado cuspir em seguida;
14. Enrolar uma gaze no dedo e embeber sua ponta em (clorexidina), utilizando para limpeza do céu da boca, gengivas e parte interna das bochechas;
15. Por fim, limpar suavemente a língua do usuário, com a escova ou gaze, evitando estimular o reflexo laríngeo;
16. Utilizar gaze embebida em água para o enxágue do céu da boca, gengiva e parte interna das bochechas. Para usuários bem conscientes pode ser irrigada a cavidade oral com uma seringa e orientado cuspir em seguida;
17. Para usuário sem dentes, realize apenas o passo de limpeza do céu da boca, gengivas e parte interna das bochechas;
18. Após finalizar, desprezar o material utilizado e trocar de luvas;
19. Com luvas limpas, auxiliar o usuário a ficar em posição segura e confortável no leito, respeitando o rodízio de posições, se existir;
20. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
21. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
22. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Observações:

Atentar para a quantidade do agente de limpeza principalmente se o usuário estiver inconsciente;
Na presença de secreções ou crostas que permanecem na mucosa oral, língua ou gengivas, assim como presença de inflamações locais: aumentar a frequência da higiene oral.

Referências:

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin; **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 05

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: HIGIENE DO COTO UMBILICAL

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

Orientar pais na visita domiciliar ao recém-nascido e/ou na aplicação do teste do pezinho;

A cada troca de fralda ou no momento da higiene corporal do recém-nascido.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

Prevenir a proliferação de microrganismos no coto umbilical dos recém-nascidos;

Proporcionar um bom processo de mumificação do coto umbilical.

Material:

- Álcool etílico 70% ou clorexidina alcoólica 5mg/dl ou clorexidina aquosa 10mg/ml;
- Gaze/ algodão/ haste flexível com algodão;
- Luva de procedimento.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o responsável pelo recém-nascido e certificar-se que o mesmo compreendeu e concordou com o procedimento;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Expor o coto umbilical e avaliar sinais flogísticos;
6. Umedecer a gaze/algodão/haste flexível com álcool ou clorexidina;
7. Elevar suavemente o coto umbilical e proceder a limpeza da base do coto, com movimento circular único (360°);
8. Realizar a limpeza do coto umbilical em toda sua extensão, utilizando a direção da base para a extremidade, até o clamp;

9. Realizar a limpeza do clamp umbilical e, por último, a limpeza da extremidade distal do coto umbilical;
10. Desprezar o material utilizado na limpeza (gaze, algodão ou haste flexível) sempre que estiver sujo ou for mudar a área a ser limpa, preparando um novo material embebido em álcool ou clorexidine;
11. Repetir a limpeza quantas vezes forem necessárias até que o material fique limpo;
12. Vestir a fralda abaixo do coto umbilical;
13. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
14. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
15. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, constando as condições gerais do RN, presença de alterações (informando à enfermeira ou médico), cuidados prestados, ocorrências adversas e as medidas tomadas.

Referências:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Vol. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2 ed. volume 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde - GUIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, p. 72., 2020.

Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Guia-de-Enfermagem-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-ao-Parto-e-Nascimento.pdf>

Acesso em: 28 fev. 2021.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 06

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS POR LAVAGEM

Responsável:

Todos os profissionais de saúde. Instrua todos os cuidadores a usar a higiene adequada das mãos.

Quando:

Diariamente

Durante o expediente conforme as orientações (estudos indicam no mínimo 24 vezes em 4h)

Monitoramento: Enfermeiro

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.
- Prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.
- Garantir a higienização das mãos, evitando a transmissão de infecções.

Materiais:

- Água corrente;
- Lixeira;
- Papel toalha;
- Sabonete;

Descrição do procedimento:

1. Retirar os adornos (anéis, aliança, pulseiras, relógio e outros);
2. Arregaçar as mangas até a altura do cotovelo;
3. Realizar a higienização simples das mãos, por 40 a 60 segundos, executando os seguintes passos:
4. Abrir a torneira sem encostar na pia e, mantendo as mãos mais baixas que os cotovelos, molhe-as por completo, sob a água corrente;
5. Aplicar o sabonete líquido em quantidade suficiente para cobrir toda a superfície das mãos (com cuidado para não tocar o orifício dosador);
6. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;

7. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa), entrelaçando os dedos;
8. Friccionar a palma das mãos entre si, com os dedos entrelaçados;
9. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta em movimento de vai e vem (e vice-versa), segurando os dedos;
10. Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), realizando movimentos circulares;
11. Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular (e vice-versa);
12. Friccionar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular (e vice-versa);
13. Enxaguar bem as mãos e os punhos, deixando a água correr das mãos para o antebraço (evite o contato direto das mãos ensaboadas com a torneira e, no caso de torneiras com fechamento manual, utilizar papel-toalha para fechá-la, desprezando-o após o fechamento);
14. Secar as mãos com papel-toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
15. Descartar o papel-toalha usado no lixo adequado (saco preto).

Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, fricção as mãos com preparações alcoólicas!



Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



Fonte: imagem da internet (2020)

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 07

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS POR FRICÇÃO COM SOLUÇÃO ALCOÓLICA 70%

Responsável:

Todos os profissionais de saúde

Quando:

Diariamente

Durante o expediente conforme as orientações (estudos indicam no mínimo 40x em 4h)

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Reduzir a carga microbiana das mãos, quando **não** houver sujidades.
- Prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Material:

- Gel alcoólico a 70% ou solução alcoólica a 70% com 1 a 3% de glicerina.

Descrição do procedimento:

1. Retirar os adornos (anéis, aliança, pulseiras, relógio etc.)
2. Realizar a higienização das mãos com gel alcoólico, por 20 a 30 s, executando os seguintes passos:
3. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de produto para cobrir toda a superfície das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
4. Friccionar as palmas das mãos entre si;
5. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
6. Friccionar a palma das mãos entre si, com os dedos entrelaçados;
7. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta em movimento de vai e vem (e vice-versa), segurando os dedos;
8. Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), realizando movimento circular;
9. Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa;
10. Friccionar os punhos com movimentos circulares;

11. Friccionar as mãos até secar (não utilize papel-toalha).

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!

 Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



Fonte: imagem da internet (2020).

Observação:

- As mãos devem ser higienizadas pela técnica de lavagem simples sempre que estiverem visivelmente sujas, bem como após o profissional ter aplicado de cinco (5) a dez (10) vezes consecutivas do uso de solução alcoólica em gel 70%.

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília: Anvisa, 2009. 105 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf
Acesso em: 23 abr. 2021.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 08

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TRICOTOMIA FACIAL

Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e, na ausência destes, o enfermeiro.

Quando:

Conforme prescrição/indicação de profissional de saúde, na ausência de condições físicas ou neurológicas do usuário realizar a própria retirada de pelos da face. Profissional do serviço de saúde municipal procederá com orientação do familiar ou cuidador em como realizar este procedimento.

Avaliar situações em que a tricotomia pode ser contraindicada, como no caso de alguns traumas ou lesões em face.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Reduzir o crescimento de microrganismos sobre a face;
- Melhorar o conforto do usuário, removendo pelos que poderiam coçar e irritar a pele;
- Melhorar a aparência do usuário.

Material:

- Luva de procedimento;
- Máscara;
- Sabonete, shampoo ou espuma de barbear;
- Bacia de inox com água morna;
- Compressas não estéreis ou toalha de rosto;
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário biombo, se necessário.
- Aparelho de barbear descartável;
- Pós-barba ou hidratante (se o usuário tiver).

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;

4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Colocar as luvas de procedimento;
7. Elevar a cabeceira do leito;
8. Umedecer uma compressa na bacia com água morna e passar no rosto do usuário;
9. Com o sabonete, shampoo ou espuma de barbear, fazer espuma e aplicar na face do usuário por onde se vai iniciar;
10. Com a mão livre, tracionar a pele e com a que segura o aparelho de barbear, realizar movimentos firmes e delicados, iniciando pelo arco zigomático até a altura do maxilar, acompanhando o sentido do crescimento dos pelos;
11. Após concluir esta faixa, embeber a compressa em água morna e limpar a área já tricotomizada, retirando o excesso de espuma e os pelos soltos;
12. Limpar o aparelho de barbear;
13. Repetir os passos de ensaboar a próxima área e aplicar o aparelho de barbear na pele, limpando com a compressa úmida ao final até concluir toda a área do rosto a ser tricotomizada. Deixar a área do queixo e do bigode por último por serem áreas que demoram mais para amolecer os pelos;
14. Avaliar se toda a área ficou livre de pelos, podendo ser necessário passar novamente o aparelho sobre algumas áreas do rosto, sempre no sentido do crescimento dos pelos;
15. Ao finalizar todo o processo, passar compressa limpa úmida, com temperatura mais fria na face do usuário, para fechar os poros;
16. Aplicar pós-barba ou hidratante conforme disponibilidade e hábito do usuário;
17. Recolher, guardar e desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
19. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Referências

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Parte 1

CUIDADOS COM A PELE

1.2 CURATIVO



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 09

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: APLICAÇÃO DE BOTA DE UNNA

Responsável:

Enfermeiro

Quando:

Conforme prescrição médica ou do enfermeiro estomaterapeuta.

Monitoramento: Enfermeiro estomaterapeuta.

Objetivo:

- Realizar a contenção, auxiliando o retorno venoso, reduzir o edema e em consequência a cicatrização de lesões em membros inferiores.

Material:

- Agulha 25x12 ou 40x12;
- Atadura de crepe;
- Atadura de rayon estéril (se necessário);
- Bacia/cuba, se necessário;
- Bota de Unna;
- Cabo e lâmina de bisturi (se necessário);
- EPI (óculos, avental e máscara).
- Esparadrapo;
- Espátula (se necessário);
- Gaze não-estéril;
- Luvas de procedimento;
- Mesa auxiliar ou bandeja;
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly (se necessário);
- Pacote de gazes esterilizadas;
- Sabão neutro;
- Seringa de 20 ml;
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente;

- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;
- Tesoura.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Conferir a prescrição médica ou de enfermagem;
7. Repousar no mínimo 15 minutos, com MMII elevados, preferencialmente pela manhã, na primeira aplicação, ou quando necessário;
8. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
9. Retirar a bota anterior (se houver);
10. Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor;
11. Mensurar com fita métrica a circunferência da panturrilha e tornozelo e registrar;
12. Se necessário proceder à limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periférica com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze não estéril;
13. Trocar luvas de procedimento;
14. Acoplar seringa de 20 ml na agulha 25X12 ou 40X12;
15. Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9% e se necessário utilizar de desbridamento instrumental conservador;
16. Utilizar o produto/cobertura adequado;
17. Peça ao usuário para manter o pé em um ângulo de 90 graus em relação à perna. Ele não deve manter o pé em posição de bailarina. O ângulo de 90 graus fará com que o curativo seja mais confortável durante o caminhar;
18. Iniciar aplicação Bota de Unna pelos artelhos, aplicando progressivamente até a tuberosidade tibial. Envolver com 75% de sobreposição em cada fileira. Realizar até 3 voltas próximas aos dedos dos pés;
19. Cruzar a faixa em sentido diagonal no dorso do pé;

20. Após realizar até três vezes o enfaixamento em oito no tornozelo, seguir cobrindo o calcanhar, podendo enfaixar até duas voltas na região do calcâneo, em posição de dorsiflexão;
21. Terminar o enfaixamento do pé e tornozelo, seguir sempre reto o enfaixamento quando estiver na região posterior e cruzado na região anterior formando visualmente um X;
22. Ao chegar à altura da panturrilha, manter o pé apoiado na maca, de modo que esta musculatura fique relaxada;
23. Realizar o enfaixamento em 8 (oito) até tuberosidade da tíbia, aproximadamente 2 dedos abaixo do joelho;
24. Enfaixar com atadura de crepe, colocar gazes/ chumaços por cima da atadura no local da lesão. Colocar atadura sobre a gaze;
25. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
26. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
27. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
28. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Observações:

- No caso de úlceras mistas a Bota de Unna poderá ser realizada desde que indicada pelo especialista que irá avaliar o IPTB (índice pressão tornozelo- braço) com auxílio do Doppler vascular para verificação do grau de comprometimento arterial;
- A indicação da Bota de Unna é realizada por médicos e enfermeiros capacitados;
- Em MMII de maior tamanho (largura e comprimento), reduzir número de voltas na região do pé e calcâneo;
- É possível realizar além do enfaixamento em 8, o enfaixamento circular. Avaliar a melhor técnica de acordo com o produto;
- Na presença de sujidade na atadura secundária e nas gazes as mesmas podem ser trocadas. Após a primeira colocação agendar retorno após 48 horas para reavaliação;
- Orientar e avaliar sinais de alerta como piora da dor, cianose de extremidades, formigamento, aumento da temperatura ao toque, aumento do odor e piora do edema;
- As demais trocas devem permanecer em até 7 dias ou antes de acordo com a necessidade, assim como o curativo secundário deve ser trocado diariamente ou conforme a quantidade de exsudato;

- Se a pessoa precisar remover a Bota em casa, ela deverá ser desenrolada. Se a perna for colocada na água (no banho de chuveiro ou bacia), A Bota amolecerá e a sua remoção será facilitada.

Contraindicações:

- Lesões arteriais e mistas; presença de infecção e miíase, sensibilidade conhecida a algum de seus componentes, usuários que não deambulam, cardiopatia descompensada.

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 10

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: CURATIVO

Responsável:

Enfermeiro (alta complexidade - exclusivo);

Técnico ou auxiliar de enfermagem (média e baixa complexidade) somente sob prescrição e supervisão do enfermeiro conforme Resolução COFEN nº 0567/2018

Quando:

Lesão em ferida operatória;

Lesões de pele abertas, com exposição de tecidos (Ex: úlceras por pressão, deiscências de ferida operatória, feridas neoplásicas, lesões vasculogênicas, queimaduras, entre outras).

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Aliviar a dor;
- Promover ambiente adequado para a reparação tecidual, sem complicações;
- Usar coberturas adequadas para promover conforto ao usuário.

Material:

- Agulha 25x1.2 ou 40x1.2;
- Álcool 70%;
- Atadura (tamanho de acordo com a avaliação prévia do local);
- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário;
- Espátula;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril na impossibilidade de pacote de curativo estéril;
- Mesa auxiliar ou bandeja;
- Micropore (R)/Esparadrapo;
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly;
- Pacote de gazes esterilizadas;
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morna ou temperatura ambiente;

- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão e/ou prescrição;
- Tesoura.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Conferir a prescrição;
7. Colocar o usuário em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
8. Higienizar novamente as mãos;
9. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
10. Observar o curativo anterior (se houver) antes da remoção;
11. Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada hipoalergênico microporoso e desprendimento da cobertura;
12. Descarte o curativo anterior e todo o material utilizado durante o procedimento em saco plástico descartável par posterior desprezo
13. Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor, documentando a evolução para subsidiar a avaliação do produto prescrito;
14. Se necessário proceder a limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele preferencialmente com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha;
15. Retirar luvas de procedimentos e higienizar as mãos;
16. Abrir o pacote de curativo utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
17. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;(na ausência do pacote de pinças estéreis utilizar luva estéril)
18. Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%;
19. Com o auxílio das pinças, limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida em SF 0,9%
20. Limpar a ferida, de acordo com a presença dos tecidos:

- a. **Tecido de granulação:** irrigue a lesão com solução fisiológica morna, em toda a sua extensão
- b. **Tecido desvitalizado:** irrigue a lesão ou limpe com gaze estéril embebida em solução fisiológica morna exercendo suave pressão para remover tecidos inviáveis
- c. **Se houver infecção:** irrigue a lesão ou limpe a ferida com gaze estéril embebida em solução fisiológica (e antisséptico, se houver indicação). Posteriormente, remova todo o antisséptico com solução fisiológica

- 21. Na presença de tecido desvitalizado, solto ou não, solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/desbridamento.
- 22. Secar a pele peri-lesão com gaze;
- 23. Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível, semanal/quinzenal;
- 24. Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo enfermeiro/médico, preenchendo a cavidade se houver;
- 25. Ocluir o curativo conforme necessidade (gazes, rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);
- 26. Fixar o curativo com fita hipoalergênica microporosa/esparadrapo;
- 27. Datar e assinar o curativo, em um pedaço de esparadrapo e colar na parte externa do curativo;
- 28. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
- 29. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
- 30. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
- 31. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Observações:

- 1. Iniciar o curativo pela lesão menos contaminada, em caso de lesões múltiplas;
- 2. Limpar as feridas da área menos contaminada para a mais contaminada (feridas limpas: iniciar a limpeza pelo centro da lesão; feridas infectadas: iniciar a limpeza pela região perilesional, passando pelas bordas, até o centro;
- 3. Ao usar pinças estéreis, estas devem ficar com a superfície onde são tocadas fora do campo estéril ou do pacote de curativos, e suas pontas sobre o campo estéril, voltadas para baixo;
- 4. Secar apenas a pele perilesional, nunca o leito da ferida;
- 5. Todo curativo crônico deve passar por uma primeira avaliação do Enfermeiro, que realizará a sistematização da assistência de enfermagem que poderá delegar aos profissionais de nível

médio, a execução do procedimento, com a prescrição do cuidado e material a ser utilizado, mantendo a avaliação periódica e evolução da ferida.

6. Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do usuário e local da realização do curativo.
7. No domicílio recomenda-se a técnica limpa.
8. Na unidade de saúde a técnica limpa pode ser utilizada sempre criteriosamente e recomenda-se o uso de instrumentais estéreis (pinças) ou utilizar luvas estéreis na ausência dos mesmos.
9. A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.
10. A realização de curativo de imobilização ortopédica deverá ser encaminhado ao local de referência no município que possui profissional treinado para tal procedimento.
11. Desbridamento só pode ser realizado por enfermeiros e médicos.
12. A indicação dos produtos/coberturas deve ser feita considerando o momento evolutivo da lesão, tipo de tecido, patologia, adesão ao tratamento, recursos disponíveis, materiais padronizados e protocolo de uso da Secretaria Municipal de Saúde.

Materiais disponibilizados pelo município após avaliação do enfermeiro estomaterapeuta, conforme o pregão 112/2020.

Pregão 112/2 020	Ata de registro de materiais de curativos especiais utilizados no ambulatório de feridas
1	Cobertura estéril, tamanho 10x10cm, não aderente
2	Bandagem de algodão e poliéster com pasta composta de no mínimo 23% de óxido
3	Curativo de Hidrogel Hidrocolóide e Alginato de Cálcio e Sódio
4	Compressa, de gaze, em rayon 7,5 x 7,5 cm
5	Compressa, de gaze, em rayon 7,5 x 15,00 cm
6	Solução para irrigação/limpeza de betaina e água purificada
7	Bandagem de Alta Compressão, elástica de algodão, viscose, nylon e poliuretano elastano
8	Curativo de Hidrogel
9	Curativo de espuma com hidrocélular 10 x 10cm
10	Curativo de espuma com hidrocélular 12,5 x 12,5cm

11	Solução para irrigação/limpeza de betaina e 99,8% de água purificada
12	Sistema de pressão negativa portátil
13	Curativo constituído de espuma em 100% poliuretano 10 x 8 x 3cm
14	Curativo constituído de espuma em 100% poliuretano - Kit 20 x 13 x 3cm
15	Dispositivo coletor de exsudato 300ml
16	Dispositivo coletor de exsudato 750ml
17	Compressa não aderente 10x10cm
18	Compressa não aderente Tamanho 20x10cm
19	Curativo em forma de pomada
20	Cobertura de ação antimicrobiana 10 x 10 cm
21	Cobertura de ação antimicrobiana 10 x 12,5 cm
22	Curativo antimicrobiano para transferência de exsudato 10x12,5cm
23	Curativo antimicrobiano para transferência de exsudato 15x20cm
24	Cobertura absorvente de viscose e poliéster
25	Adesivo cirúrgico Non-Woven Tamanho 10x5cm
26	Adesivo cirúrgico Non-Woven Tamanho 5x5cm
27	Filme de poliuretano transparente e impermeável 10cmx10m
28	Filme de poliuretano transparente e impermeável 15cmx10m
29	Curativo antimicrobiano composto de tecido acetato
30	Creme barreira que protege a pele dos fluídos

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin; **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual De Procedimentos Operacionais Padrão (Pop) Enfermagem**. SMS Campinas, 2016, versão nº2, 2016, Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual_Procedimentos_Operacionais_Padrao_POP_E_enfermagem_2016.pdf Acesso em 11 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) - RESOLUÇÃO COFEN Nº 567/2018. Aprovar o Regulamento da atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas na conformidade do anexo a esta Resolução. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html Acesso em: 18 out. 2021.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 11

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: CURATIVO EM INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL

Responsável:

Enfermeiro

Quando:

O usuário estiver com algum tipo de cateter venoso central.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Prevenir infecção na inserção do cateter venoso central e saída acidental do cateter

Material:

- 1 ampola de 10 mL de solução fisiológica
- Álcool gel 70%;
- Clorexidina alcoólica 5%;
- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril na impossibilidade de pacote de curativo estéril;
- Mesa auxiliar ou bandeja
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly;
- Pacote de gaze esterilizada;
- Saco plástico;
- Tesoura.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário

6. Conferir a prescrição;
7. Posicione o usuário de acordo com o local de inserção do cateter venoso central;
8. Corte as tiras de adesivas;
9. Abra o pacote de curativo e a gaze na bandeja ou mesa auxiliar;
10. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
11. Observar o curativo anterior (se houver) antes da remoção;
12. Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada da fita hipoalergênico microporoso
13. e desprendimento da cobertura;
14. Descarte o curativo anterior e todo o material utilizado durante o procedimento em saco plástico descartável par posterior desprezo
15. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente
16. Calce as luvas (de procedimento, se usar a pinça Kelly ou luvas estéreis)
17. Limpe o local de inserção do cateter com gaze embebida em solução fisiológica (se usar a pinça Kelly, use luvas de procedimento)
18. Seque o local com gaze estéril, observando o aspecto da inserção e da pele ao redor (luva estéril ou pinça Kelly) Passe a gaze embebida em clorexidina na inserção do cateter (luva estéril ou pinça Kelly)
19. Realize a oclusão com gaze e adesivo hipoalergênico microporoso
20. Datar e assinar o curativo;
21. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
22. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
23. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
24. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Observações:

Proteja o curativo durante o banho com plástico impermeável. O uso de máscara e luvas estéreis está indicado quando o usuário for imunodeprimido

O curativo com gaze estéril e adesivo deve ser trocado a cada 24 h ou quando apresentar sujidade ou saída acidental.

Caso o usuário opte pelo uso do filme transparente: curativo com gaze estéril e filme transparente deve ser trocado a cada 48 h ou quando apresentar sujidade ou saída acidental. O curativo feito somente com filme transparente pode permanecer até 7 dias, considerando as recomendações do fabricante, as condições clínicas do usuários, o tipo do material do curativo, as taxas históricas de infecção e as condições ambientais. Para curativos com filme transparente, o local de inserção deve ser inspecionado diariamente.

Pediatria e neonatologia: As trocas de curativo em usuários pediátricos devem ser evitadas em razão da possibilidade de deslocamento do cateter. Elas devem ser efetuadas quando os curativos estiverem com sua integridade comprometida, sujos, úmidos ou de acordo com o quadro clínico do usuário. Dar preferência aos curativos transparentes.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin; **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual De Procedimentos Operacionais Padrão (Pop) Enfermagem** – SMS Campinas, versão nº2, 2016, Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual_Procedimentos_Operacionais_Padrao_POP_Enfermagem_2016.pdf
Acesso em: 11 abr. 2021.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 12

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: CURATIVO ORTOPÉDICO COM FIXADORES EXTERNOS, TRAÇÃO TRANS-ESQUELÉTICA, TALAS

Responsável:

A assistência de enfermagem em Ortopedia e os procedimentos relativos à imobilização ortopédica poderão ser executados por profissionais de Enfermagem devidamente capacitados, conforme Resolução COFEN nº 422/2012:

Parágrafo único. A capacitação a que se refere o caput deste artigo será comprovada mediante apresentação ou registro, no Conselho Regional de Enfermagem da jurisdição a que pertence o profissional de Enfermagem, de certificado emitido por Instituição de Ensino, especialmente credenciada pelo Ministério da Educação ou concedido por Sociedades, Associações ou Colégios de Especialistas, da Enfermagem ou de outras áreas do conhecimento, atendido o disposto nas Resoluções Cofen nº 389/2011 e 418/2011.

Quando:

Lesão em ferida operatória com presença de fixadores, tração, talas.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Aliviar a dor;
- Promover ambiente adequado para a reparação tecidual, sem complicações;

Material:

- Agulha 25x1.2 ou 40x1.2;
- Álcool 70%;
- Clorexidina degermante;
- Atadura (tamanho de acordo com a avaliação prévia do local);
- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário;
- Espátula;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril na impossibilidade de pacote de curativo estéril;

- Mesa auxiliar ou bandeja;
- Fita adesiva hipoalergênica / Esparadrapo;
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly;
- Pacote de gazes esterilizadas;
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morna ou temperatura ambiente;
- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão e/ou prescrição;
- Tesoura.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Conferir a prescrição;
7. Colocar o usuário em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
8. Higienizar novamente as mãos;
9. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
10. Se presença de tala retirar a mesma observando o posicionamento para posterior recolocação de forma adequada;
11. Observar o curativo anterior (se houver) antes da remoção;
12. Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada hipoalergênico microporoso e desprendimento da cobertura;
13. Descarte o curativo anterior e todo o material utilizado durante o procedimento em saco plástico descartável par posterior desprezo
14. Em caso de tração e fixadores, observar o local de inserção do fixador, integridade da pele e do túnel, sinais de inflação ou infecção, sangramento ou exsudação, dor, eficácia da fixação.
15. Se necessário proceder a limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele preferencialmente com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha;
16. Retirar luvas de procedimentos e higienizar as mãos;

17. Abrir o pacote de curativo utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
18. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;(na ausência do pacote de pinças estéreis utilizar luva estéril) e proceder com o curativo
19. Em caso de fixadores, realizar a antisepsia do local de inserção do fixador e da pele ao redor (aproximadamente 2 cm), com clorexidina degermante, em movimentos circulares. Os movimentos devem ser sempre do local de inserção para a parte mais distal.
20. Repetir este procedimento quantas vezes forem necessário até remoção de sujidade.
21. Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%;
22. Remover a solução degermante com solução fisiológica 0,9%.
23. Com o auxílio das pinças, limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida em SF 0,9%
24. Secar a pele peri-lesão com gaze;
25. Ocluir o curativo conforme necessidade (gazes, rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);
26. No caso de presença de tala proceder com seu reposicionamento;
27. Fixar o curativo com fita hipoalergênica microporosa/esparadrapo;
28. Datar e assinar o curativo, em um pedaço de esparadrapo e colar na parte externa do curativo;
29. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
30. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
31. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
32. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Observações:

1. Iniciar o curativo pela lesão menos contaminada, em caso de lesões múltiplas;
2. Realizar desinfecção do aro/estribo do fixador, com álcool 70%, após a higiene corporal.
Caso haja a presença de sangue no dispositivo, removê-los previamente com água e sabão;
3. Em caso de fratura com múltiplos pinos, a fixação das coberturas poderá ser realizada com atadura de crepe;
4. A inserção do pino, fios e fixadores deve ser sempre coberta com compressas de gazes;
5. Os pinos, fios ou fixadores poderão ser limpos diariamente com água potável e sabonete neutro, secar e manter descobertos, se não houver exsudação.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP. **Manual de Técnicas de Enfermagem**, 3.ed. Campinas – SP. 2014. Disponível em: https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/enfermagem_tecnicas.pdf
Acesso em: 10 jun. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN-SC). RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 080/CT/2019. Assunto: Reposicionamento e recolocação da imobilização gessada (tala), Santa Catarina, 2019, 5 p. Disponível em: <http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2019/10/RT-080-2019-Curativo-em-tala-gessada-.pdf>
Acesso em: 10 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) - RESOLUÇÃO COFEN Nº 422/2012. Normatiza a atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados ortopédicos e procedimentos de imobilização ortopédica. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4222012_8955.html
Acesso em: 18 out. 2021.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 13

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL CONSERVADOR

Responsável:

Enfermeiro

Quando:

Na necessidade de remoção do material estranho ou não viável da lesão traumática ou crônica, infectada ou não, até expor-se o tecido saudável; podendo ser utilizado para remoção de necrose de coagulação (escara seca), área de necrose extensas e de necrose de liquefação (esfacelo).

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

- Promover a limpeza da ferida, deixando-a em condições adequadas para cicatrizar.
- Reduzir o conteúdo bacteriano, impedindo a proliferação dos mesmos.
- Preparar a ferida para intervenção cirúrgica (ex. enxerto e cicatrização por terceira intenção)

Material:

- Agulha 25x12 ou 40x12;
- Bacia/cuba, se necessário;
- Cabo e lâmina de bisturi;
- EPI (luvas de procedimento, avental, óculos de proteção, máscara cirúrgica);
- Equipamento de proteção individual;
- Luvas estéril;
- Mesa auxiliar ou bandeja;
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly;
- Pacote de gazes esterilizadas;
- Produtos/ cobertura padronizados selecionados conforme tipo da lesão;
- Solução fisiológica 0,9% (morno ou temperatura ambiente);
- Tesoura curva (se necessário).

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Paramentar-se com os EPIs necessários
7. Colocar o usuário em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
8. Observar o curativo anterior antes da remoção;
9. Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada da fita adesiva hipoalergênica e desprendimento da cobertura;
10. Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor;
11. Se necessário proceder à limpeza, nas áreas próximas da ferida e pele peri-ferida com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze;
12. Retirar luvas e higienizar as mãos;
13. Abrir o pacote utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
14. Calçar luvas de procedimento ou estéreis;
15. Acoplar a seringa de 20 ml na agulha 25X12 ou 40X12;
16. Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%;
17. Secar a pele periférica com gaze;
18. Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico (com autorização do usuário), semanal/quinzenal;
19. Tracionar com a pinça dente de rato o tecido não viável, próximo à borda, em seguida corta-se paralelamente ao leito, removendo o tecido como uma tampa. Outra opção é realizar a técnica de escarotomia que consiste na realização de incisões quadriculadas de aproximadamente 2 a 5 mm de profundidade, favorecendo a escarectomia;
20. Realizar o curativo utilizando produtos/coberturas indicadas;
21. Desprezar adequadamente o material
22. Inserir código do procedimento conforme tabela Sigtap
23. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara.

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria da Saúde. **POP Enfermagem**. 2020, SMS Campinas. Disponível em:

http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/POP_Enfermagem_2020.pdf



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 14

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: RETIRADA DE PONTOS

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

Após cicatrização da sutura, sem lesionar o tecido recém-formado.

CONTRA INDICAÇÃO:

Remoção dos pontos com menos que 7 dias da sutura cirúrgica;

Presença de alterações de coagulação sanguínea (discrasia), que possam oferecer risco de sangramento ativo;

Remoção sem prescrição médica.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

- Retirar os pontos cirúrgicos, colocados para aproximar as bordas de uma lesão, após o período indicado para cicatrização.

Material:

- Bandeja não estéril;
- Carro de curativos ou mesa auxiliar ou superfície fixa;
- Pacote ou kit estéril contendo, preferencialmente:
- 01 pinça Kelly reta;
- 01 pinça anatômica de dissecação;
- 01 tesoura cirúrgica Spencer ou Íris - romba e curva.

Na ausência de tesoura: 01 lâmina de bisturi: nº 21, 22, 23 ou 24, acoplada ao cabo;

- Gaze estéril;
- Frasco de Solução Fisiológica a 0,9%;
- Agente antisséptico de limpeza (clorexidina alcoólica a 0,5%);
- Agulha 40x12;
- Cobertura adesiva do tipo esparadrapo semipermeável ou fita hipoalergênica microporosa, se necessário

- Luva de procedimento;
- Luva estéril na impossibilidade do pacote de pinças.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Verificar a área a ser realizada a retirada de pontos;
7. Calçar as luvas;
8. Posicionar o usuário adequadamente, expondo apenas a área da ferida operatória;
9. Abrir o material a ser utilizado no carro de curativos ou superfície fixa com técnica asséptica;
10. Retirar o curativo anterior (se houver);
11. Observar a ferida operatória, identificando a presença de áreas com afastamento de bordas, exsudato, sinais flogísticos e pontos inclusos;
12. Realizar limpeza da ferida operatória com auxílio de uma pinça cirúrgica utilizando gaze estéril embebida com SF 0,9% ou clorexidina; ou calçar luva estéril e com a mão dominante fazer uma trouxa (torunda) com gaze estéril. Repetir este procedimento quantas vezes for necessário;
13. Desenvolver técnica para cada tipo de sutura conforme descrito abaixo
14. Após a remoção dos pontos da ferida operatória, realizar novamente limpeza local com gaze estéril embebida com solução fisiológica a 0,9% ou clorexidina;
15. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
18. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Pontos Simples Interrompidos:

1. Usando pinças estéreis, prenda o nó da primeira sutura e levante-o da pele. Isto irá expor uma pequena porção do fio de sutura que estava abaixo do nível da pele;
2. Coloque a ponta romba de uma tesoura de sutura curva contra a pele e corte na altura da porção exposta do fio de sutura;

3. Em seguida, ainda segurando o nó com a pinça, puxe o fio de sutura cortado para cima e para fora da pele com um movimento suave e contínuo para evitar causar dor ao usuário;
4. Descarte o fio de sutura;
5. Repita o processo para pontos alternados inicialmente, se a ferida não apresentar deiscência, você pode então remover os pontos remanescentes da maneira indicada.

Pontos Simples Contínuos:

1. Corte o primeiro ponto ao lado oposto do nó;
2. Em seguida, na outra extremidade da ferida operatória, corte o fio de sutura, logo após o nó do ponto cirúrgico;
3. Tracionar o fio de sutura em direção oposta à pele dos usuários, até a saída total do fio de sutura.

Pontos Separados do Tipo Colchoeiro:

1. Se possível, remova a pequena porção visível do fio de sutura oposto ao nó, cortando cada uma das extremidades visíveis e retirando a pequena porção para longe da pele para evitar puxá-la através da pele, e com isso, contaminar o tecido subcutâneo;
2. Remova então o restante do fio e fio de sutura puxando-o na direção do nó. Se a porção visível for muito pequena para ser cortada duas vezes, corte-a apenas uma vez e puxe o fio de sutura inteiro na direção oposta;
3. Repita estes passos para cada um dos fios de sutura remanescentes e monitore a incisão cuidadosamente.

Pontos Contínuos do Tipo Colchoeiro:

1. Siga o procedimento para a remoção dos pontos de colchoeiro separado, removendo primeiro a pequena porção visível do fio de sutura, se possível, para evitar puxá-lo através da pele e assim, contaminar o tecido subcutâneo;
2. Extraia então o resto do fio de sutura na direção do nó.

Observações:

Com relação aos tipos e tamanhos de lâminas cirúrgicas, observar o tipo de fio de sutura, a incisão e o local.

Deve-se compreender que as menores lâminas de bisturi apresentam ponta mais afiladas, recomendadas para pequenas feridas operatórias.

Em geral para uma ferida operatória suficientemente cicatrizada, os fios de suturas são removidos entre 7 a 10 dias de pós-operatório. Porém não é conveniente fixar prazos exatos, uma vez que o

processo de cicatrização tem influência de vários fatores como nutrição, obesidade, oxigenação, diabetes, infecção, uso de corticosteroides, quimioterápicos antineoplásicos e radiação.

Caso, durante a retirada de pontos ocorrer deiscência cirúrgica, recomenda-se interromper o procedimento, proteger a área com curativo compressivo embebido em solução fisiológica a 0,9%, fazer um curativo compressivo e contatar imediatamente o médico.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

BRUNNER & SUDDARTH: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica** / Janice L. HINKLE, KERRY H. CHEEVER; revisão técnica Sônia Regina de Souza – 14.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

Parte 1

CUIDADOS COM A PELE

1.3 TRICOTOMIA CIRÚRGICA



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 15

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TRICOTOMIA CIRÚRGICA

Responsável:

Enfermeiro;
Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

Sempre que necessário retirada dos pelos para realização de procedimento

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Remover pelos da região que irá receber a intervenção cirúrgica para facilitar a visualização da região pelo médico e evitar possíveis infecções após a cirurgia, e consequentemente, complicações para o paciente.

Material:

Aparelho de barbear descartável;
Bandeja;
Fita hipoalergênica microporosa;
Luvas de procedimento;
Pacote de gazes ou uma compressa cirúrgica não estéril;
Tesoura reta cirúrgico sabão líquido ou clorexidina.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Verificar a área a ser tricotomizada;
7. Calçar as luvas;
8. Expor a área;
9. Cortar pelos mais longos com auxílio de tesoura se necessário;

10. Ensaboar a área;
11. Esticar com uma das mãos a pele com uma tração suave em direção oposta aos pelos e com a outra mão raspar os pelos no sentido da inserção com movimentos firmes e regulares;
12. Retire os pelos tricotomizados com uma compressa cirúrgica limpa e úmida. Utilize uma faixa de esparadrapo ou micropore para retirar os pelos que não saíram com a aplicação da compressa úmida;
13. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
14. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
15. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

OBS: Realizar tricotomia até no máximo 2 horas que antecedem o procedimento.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

BRUNNER & SUDDARTH: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica** / Janice HINKLE, L; CHEEVER KERRY H. revisão técnica Sônia Regina de Souza – 14.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

Parte 2

CUIDADOS NUTRICIONAIS

2.1 ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO E SONDAGEM



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 16

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: CUIDADOS COM A PELE AO REDOR DA GASTROSTOMIA

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

Substituição de sistema coletor quando a placa estiver saturada ou com extravasamento de efluente.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

- Manter a integridade da pele ao redor da gastrostomia e prevenir complicações.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Luva estéril;
- Pacote de gaze ou compressa estéril;
- Adesivo hipoalergênico;
- Máscara descartável;
- Soro fisiológico 0,9% ou água destilada;
- Bandeja;
- Saco plástico.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Coloque a máscara descartável;
7. Abrir material estéril;

8. Calçar a luva estéril;
9. Umedecer as gazes com a solução escolhida (soro fisiológico ou água destilada);
10. Limpar a pele ao redor da sonda e, posteriormente, a sonda próxima a sua inserção;
11. Secar o local com gaze estéril;
12. Realizar o curativo oclusivo com gaze estéril e fita adesiva hipoalergênica do 1º ao 7º dia após o procedimento;
13. Retirar o curativo oclusivo após o 8º dia ou conforme o protocolo prescrito. Após a retirada do curativo limpar o estoma com água morna e sabão neutro utilizando uma gaze ou compressa;
14. Remover as crostas ao redor do estoma e do dispositivo de fixação, cuidadosamente;
15. Realizar a fixação do cateter no abdome com uma fita hipoalergênica;
16. Em sondas com disco ou placa de fixação externa, a placa deve ficar em contato com a parede abdominal, sem exercer pressão na pele;
17. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
19. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
20. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Observações:

Caso ocorra deslocamento do cateter, chame um médico ou enfermeiro devidamente capacitado para avaliar o reposicionamento ou a inserção de um novo. Se ocorrer dermatite, utilize um creme de barreira ou protetor cutâneo, sempre após a higiene do local. Nesse caso, solicite a avaliação de um enfermeiro especializado. Os cuidados com a jejunostomia são similares aos da gastrostomia; na saída do cateter, o reposicionamento deve ser realizado por um médico. Em caso de vazamento de líquido gástrico (gastrostomia)/jejunal (jejunostomia) ou de dieta, sinais de dermatite peri estoma ou de infecção (eritema, calor, dor, edema, secreção), solicite avaliação médica. Em caso de saída acidental da sonda, solicite avaliação médica e verifique a possibilidade de passagem de uma nova sonda com urgência.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

BRUNNER & SUDDARTH: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica** / Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever; revisão técnica Sônia Regina de Souza – 14.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 17

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE DIETAS ENTERAIS POR MEIO DE SONDAS NASOENTÉRICAS, DE GASTROSTOMIA OU JEJUNOSTOMIA

Responsável:

Enfermeiro – verificar o posicionamento da sonda e a permeabilidade, fórmula e líquido a serem administrados estejam corretos.

Quando:

Conforme prescrição nutricional ou médica de dieta enteral.

Nota: avaliar indicação e necessidade do usuário para as alimentações enterais: deglutição prejudicada, diminuição do nível de consciência, cirurgia de cabeça e pescoço, trauma facial, cirurgia de canal alimentar superior.

O profissional do serviço de saúde municipal procederá com orientação do familiar ou cuidador em como realizar este procedimento, respeitando a Resolução COFEN nº 619/2019 que normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

Orientar familiar/cuidador do preparo de forma adequada do alimento a ser administrado por via enteral aos usuários com incapacidade de deglutir ou desnutridos.

- Orientar familiar/cuidador sobre a administração de alimento em forma líquida e intermitente aos usuários incapazes de deglutir ou desnutridos, por meio de sonda enteral (pré ou pós-pilórica) ou de estomas de alimentação (gastrostomia ou jejunostomia).

Material:

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 20 ml ou maior;
- Estetoscópio;
- Tira indicativa de pH;
- Frasco de alimentação ou bolsa de alimentação;
- Frasco para água;
- Equipo para dieta enteral (colorido, para diferenciação do utilizado no sistema venoso).

Descrição do procedimento:

1. Verificar a prescrição para a fórmula, via e a frequência;
2. Identificar o usuário utilizando dois identificadores (p ex. nome e data de nascimento);
3. Coletar dados do usuário para alergias ou intolerâncias alimentares;
4. Alimentações administradas através da parede abdominal: avaliar o local de inserção para ruptura, irritação, drenagem, desconforto ou presença de um disco externo que não é necessariamente confortável. Monitorar se o comprimento da sonda externa continua a ser o mesmo de quando colocada originalmente;
5. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
6. Separar o material necessário;
 - a. Preparar o recipiente e a fórmula de alimentação, identificar o frasco;
 - b. Verificar a data de validade da fórmula e a integridade, inspecione o frasco quanto à presença de partículas e separação de fases;
 - c. Manter a alimentação por sonda à temperatura ambiente (fórmula fria provoca cólicas e desconforto);
7. Retirar o equipo de alimentação da embalagem e a tampa do frasco de dieta e conecte o equipo ao frasco;
8. Preencher a câmara de gotejamento e retire o ar do equipo, mantendo sua extremidade protegida com a tampa;
9. Reunir o material em uma bandeja, encaminhe-se ao usuário e coloque a bandeja sobre a cabeceira do usuário;
10. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
11. Conferir nome completo com o usuário ou acompanhante (identificar usando dois identificadores), compare com os dados da etiqueta da dieta, frasco ou prescrição;
12. Colocar o frasco da dieta no suporte;
13. Colocar o usuário na posição de Fowler alta ou elevar a cabeceira da cama pelo menos 30 (preferencialmente 45) graus. Para os usuários forçados a permanecer na posição supina, colocar na posição de Trendelenburg inversa;
14. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
15. Verificar o posicionamento da sonda;
 - a. Sonda nasogástrica: conectar a seringa e aspirar 5ml de conteúdo gástrico. Observar a aparência do aspirado e anotar o pH;

- b. Sonda de gastrostomia: conectar a seringa e aspirar 5ml de conteúdo gástrico. Observar a aparência do aspirado e anotar o pH;
 - c. Sonda de jejunostomia: aspirar as secreções intestinais, observar sua aparência e verificar o pH;
16. Caso não haja retorno ao aspirar, lavar a sonda com 30 ml de ar e aspirar. Se não houver retorno, reposicione o usuário no leito, lave novamente a sonda com 30ml de ar e aspire. O suco gástrico é turvo, esverdeado ou de cor bronze-esbranquiçado, enquanto o intestinal é amarelo dourado. O pH do suco gástrico do usuário em jejum é inferior a 6 (ácido), enquanto o do suco enteral é maior que 7 (básico). É importante lembrar que medicamentos e a própria dieta alteram o valor do pH, portanto ele deve ser medido com pelo menos 1 hora de intervalo entre as dietas e das medicações oral ou por sonda;
17. Verificar se há volume residual gástrico (VRG) antes de cada alimentação por bolus e alimentações intermitentes, a cada 4 horas em usuários criticamente doentes e a cada 4 a 6 horas em usuários não criticamente doentes para a alimentação contínua;
- a. Colocar 10 a 30 ml de ar na seringa. Conectar com o fim da sonda de alimentação. Irrigar a sonda com ar. Puxar de volta lentamente para aspirar a quantidade total do conteúdo gástrico e medir;
 - b. Retornar o conteúdo aspirado para o estômago a menos que o volume exceda 250ml;
 - c. Não administrar a alimentação quando um único VRG exceder 500ml ou quando duas medições consecutivas (tomadas com 1 hora de intervalo cada) exceder 250 ml;
 - d. VRG na faixa de 250 a 500 ml deve causar preocupação e levar à implementação de medidas para reduzir o risco de aspiração;
 - e. Lavar a sonda com 30ml de água, antes de conectar a alimentação;
18. Conectar o equipo da dieta ao cateter de via gástrica. Observe se está utilizando a via correta;
19. Iniciar a infusão lentamente, observando o usuário (respiração, atividade e coloração). Na presença de quaisquer alterações, interromper a dieta e solicitar avaliação médica;
20. Estabelecer a velocidade de infusão da dieta conforme a prescrição. A dieta deve ser oferecida no prazo máximo de 120 minutos;
21. Deixe o usuário confortável, sentado ou com a cabeceira elevada, mantenha-o em observação quanto a sinais de intolerância, como vômito, diarreia, náuseas e distensão abdominal;
22. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
23. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

24. Evoluir procedimento no prontuário do usuário (fixação de sonda, teste de refluxo e pH do líquido aspirado);
25. Imediatamente ao término da dieta, higienizar as mãos, calçar as luvas de procedimento, desconectar o equipo do frasco de dieta, e conectar ao frasco com água filtrada, oferecendo volume conforme prescrição;
26. Desconectar o equipo protegendo-o com a tampa. Fechar a sonda;
27. Manter o frasco de alimentação o mais limpo possível e mudá-lo a cada 24 horas;
28. Deixar o usuário confortável, mantendo-o no mesmo decúbito por mais 30 minutos, sob observação quanto aos sinais de intolerância a dieta.
29. Retirar as luvas de procedimento e descartar os resíduos no local apropriado;
30. Observar o local de inserção da sonda nasoenteral para a integridade da pele prejudicada;
31. Para sondas de alimentação colocadas abdominalmente, limpar o local de inserção diariamente e conforme necessário. Inspeccionar o local de inserção para os sinais de integridade da pele prejudicada e sinais de infecção, lesão ou aperto da sonda;
32. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
33. Evoluir procedimento no prontuário do usuário; informando horário, volume infundido, resposta do usuário a alimentação por sonda, permeabilidade da sonda, condições das narinas ou pele no local da sonda colocada abdominalmente e qualquer intercorrência;

Resultados inesperados e intervenções relacionadas

1. A sonda de alimentação está entupida;
 - a. Tentar lavar a sonda com água morna.
 - b. Suspender a alimentação e notificar o profissional de saúde (enfermeiro, nutricionista e médico);
 - c. Manter o usuário em posição de Semi-Fowler;
2. O VRG excede 250 ml para cada uma das duas avaliações consecutivas;
 - a. Suspender a alimentação e notificar o profissional de saúde;
 - b. Manter o usuário em posição ereta na cadeira/cama ou elevar a cabeceira da cama pelo menos 30 (preferencialmente 45) graus;
 - c. Verificar novamente o residual em 1 hora;
3. O usuário desenvolve diarreia 3 vezes ou mais em 24 horas;
 - a. Notificar o profissional de saúde;
 - b. Conferir com a nutricionista;
 - c. Instituir medidas de cuidados da pele;

- d. Considerar a mudança em antibióticos, apenas em usuários que estão recebendo antibióticos;
- 4. O usuário desenvolve náuseas, vômitos, aspira a fórmula quando o esvaziamento gástrico é retardado ou a fórmula é administrada muito rapidamente e produz vômitos;
 - a. Posicionar o usuário na posição deitado de lado;
 - b. Sucionar as vias aéreas;
 - c. Notificar o profissional de saúde;
 - d. Obter radiografia de tórax;
 - e. Verificar a permeabilidade da sonda;
 - f. Aspirar para VRG.

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) – RESOLUÇÃO COFEN Nº 619/2019. Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019_75874.html

Acesso em: 18 out. 2021.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 18

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: SONDAGEM NASOENTÉRICA

Responsável:

Enfermeiro

Quando:

Conforme prescrição

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

Possibilitar ao usuário que não pode ou não quer comer de receber nutrientes
Obter uma via de acesso para administrar dieta e medicação em usuários que não podem se alimentar adequadamente VO e melhorar o estado nutricional do usuário

Material:

- Bandeja.
- Sonda Enteral (comumente de 10 a 12 fr com fio guia);
- Seringa de 20 ml;
- Copo com água;
- Abaixador de língua;
- Lanterna;
- Cuba rim;
- Pomada anestésica hidrossolúvel;
- Gaze;
- Espadrado ou fita hipoalergênica microporosa;
- Toalha ou lenço de papel;
- Estetoscópio;
- Luvas de procedimentos, máscara e óculos de proteção;
- Saco de lixo.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares. Descrever as sensações que o usuário terá (por exemplo: limpeza do períneo por líquido, ardência durante a inserção do cateter);
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Realizar exame físico dirigido (nível de consciência, seios paranasais, cavidade nasal e oral, tórax, abdômen, extremidades e pele);
7. Cortar fita esparadrapo ou fita hipoalergênica microporosa para usar como dispositivo de fixação da sonda nasoentérica;
8. Posicionar o usuário na posição Fowler elevada com travesseiros atrás da cabeça e ombros;
9. Calçar as luvas de procedimento, máscara e óculos;
10. Proteger o tórax do usuário com a toalha e remover óculos e próteses dentárias (caso o usuário use);
11. Oferecer a cuba rim ao usuário e explicar que assim que atravessar a orofaringe a sonda poderá ativar o reflexo do vômito;
12. Medir a distância para inserir da sonda: a partir do nariz ao lóbulo da orelha para o processo xifoide, e daí até a crista ilíaca anterossuperior, e faça uma marca com adesivo ou caneta. Marcar com esparadrapo até onde a sonda deve ser inserida;
13. Lubrificar 7,5 a 10 cm da extremidade da sonda com pomada anestésica hidrossolúvel;
14. Avisar ao usuário que o procedimento irá começar;
15. Orientar o usuário a estender o pescoço para trás (contra o travesseiro) e introduzir a sonda na narina escolhida;
16. Após passar pela nasofaringe posterior, pedir para o usuário abrir a boca e com o auxílio do abaixador e da lanterna verificar se a sonda não enrolou na boca e está descendo pela orofaringe corretamente;
17. Pedir para o usuário fletir a cabeça em direção ao tórax, caso sinta resistência, solicitar ao usuário que degluta;
18. Interromper a introdução da sonda se o usuário começar a tossir, engasgar ou asfixiar-se (observar cianose, angústia respiratória e dispneia). Recuar a sonda ligeiramente para trás caso ele continue tossindo;

19. Após o usuário relaxar, avançar cuidadosamente com a sonda até que a fita esparadrapo ou a marca sejam alcançadas na narina. Fixar temporariamente a sonda na bochecha do usuário com um pedaço de fita adesiva até que seja verificada a colocação da sonda;
20. Verificar a colocação da sonda, testes: pedir para o usuário falar, HUMM nos casos em que o mesmo tenha condições; examinar a parede posterior da faringe com a lanterna; conectar a seringa a sonda e aspirar verificando se flui conteúdo gástrico. Se não for obtido o conteúdo gástrico, coloque o usuário em decúbito lateral esquerdo e aspire novamente; conectar a seringa à extremidade da sonda. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre região epigástrica. Injetar 10ml de ar e, auscultar simultaneamente o ruído produzido pela entrada de ar;
21. Retirar o fio guia delicadamente, tracionando-o com firmeza e segurando a sonda para evitar que se desloque;
22. Inspecionar o nariz e a orofaringe a fim de identificar irritação depois da introdução;
23. Perguntar ao usuário se ele está confortável;
24. Observar para dificuldade respiratória ou vômito;
25. Fixar a sonda;
26. Abaixar a cabeceira da cama e posicione o usuário em decúbito lateral direito;
27. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material
28. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
29. Encaminhar o usuário para controle radiológico a fim de verificar o posicionamento da ponta da sonda. Orientar aguardar confirmação para após iniciar a dieta;
30. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
31. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Referências

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 19

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: SONDAGEM NASOGÁSTRICA

Responsável:

Enfermeiro

Quando:

Conforme prescrição

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Possibilitar ao usuário que não pode ou não quer comer de receber nutrientes.
- Obter uma via de acesso para administrar dieta e medicação em usuários que não podem se alimentar adequadamente VO e melhorar o estado nutricional do usuário

Material:

- Bandeja;
- Sonda nasogástrica (comumente de 14 ou 16 fr);
- Seringa de 20 ml;
- Copo com água;
- Abaixador de língua;
- Lanterna;
- Cuba rim;
- Pomada anestésica hidrossolúvel;
- Gaze;
- Espadrado ou fita hipoalergênica microporosa;
- Toalha ou lenço de papel;
- Estetoscópio;
- Luvas de procedimentos, máscara e óculos de proteção;
- Saco de lixo.

Descrição do procedimento para colocação:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares. Descrever as sensações que o usuário terá (por exemplo: limpeza do períneo por líquido, ardência durante a inserção do cateter);
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Realizar exame físico dirigido (nível de consciência, seios paranasais, cavidade nasal e oral, tórax, abdômen, extremidades e pele);
7. Cortar fita esparadrapo ou fita hipoalergênica microporosa para usar como dispositivo de fixação da sonda nasogástrica;
8. Posicionar o usuário na posição Fowler elevada com travesseiros atrás da cabeça e ombros;
9. Calçar as luvas de procedimento, máscara e óculos;
10. Proteger o tórax do usuário com a toalha e remover óculos e próteses dentárias (caso o usuário use);
11. Oferecer a cuba rim ao usuário e explicar que assim que atravessar a orofaringe a sonda poderá ativar o reflexo do vômito;
12. Medir a distância para inserir da sonda: a partir do nariz ao lóbulo da orelha, seguindo para o processo xifoide. Marcar com esparadrapo até onde a sonda deve ser inserida;
13. Lubrificar 7,5 a 10 cm da extremidade da sonda com o lubrificante hidrossolúvel;
14. Avisar ao usuário que o procedimento irá começar;
15. Orientar o usuário a estender o pescoço para trás (contra o travesseiro) e introduzir a sonda na narina escolhida;
16. Após passar pela nasofaringe posterior, pedir para o usuário abrir a boca e com o auxílio do abaixador e da lanterna verificar se a sonda não enrolou na boca e está descendo pela orofaringe corretamente;
17. Pedir para o usuário fletir a cabeça em direção ao tórax, caso sinta resistência, solicitar ao usuário que degluta;
18. Interromper a introdução da sonda se o usuário começar a tossir, engasgar ou asfixiar-se (observar cianose, angústia respiratória e dispneia). Recuar a sonda ligeiramente para trás caso ele continue tossindo;
19. Após o usuário relaxar, avançar cuidadosamente com a sonda até que a fita esparadrapo ou a marca sejam alcançadas na narina. Fixar temporariamente a sonda na bochecha do usuário com um pedaço de fita adesiva até que seja verificada a colocação da sonda;

20. Verificar a colocação da sonda, testes: pedir para o usuário falar-HUMM nos casos em que o mesmo tenha condições; examinar a parede posterior da faringe com a lanterna; conectar a seringa à sonda e aspirar verificando se fluir conteúdo gástrico. Se não for obtido o conteúdo gástrico, coloque o usuário em decúbito lateral esquerdo e aspire novamente; conectar a seringa à extremidade da sonda. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre região epigástrica. Injetar 10ml de ar e, auscultar simultaneamente o ruído produzido pela entrada de ar;
21. Retirar o fio guia delicadamente, tracionando-o com firmeza e segurando a sonda para evitar que se desloque;
22. Inspeccionar o nariz e a orofaringe a fim de identificar irritação depois da introdução;
23. Perguntar ao usuário se ele está confortável;
24. Observar dificuldade respiratória ou vômito;
25. Fixar a sonda;
26. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material
27. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
28. Encaminhar o usuário para controle radiológico a fim de verificar o posicionamento da ponta da sonda. Orientar aguardar confirmação para após iniciar a dieta;
29. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
30. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Parte 3

CUIDADOS COM ELIMINAÇÕES

3.1 ELIMINAÇÕES GASTRINTESTINAIS



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 20

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ASPIRAÇÃO NASOGÁSTRICA (LAVAGEM GÁSTRICA)

Responsável:

Enfermeiro.

Quando:

Conforme prescrição para:

Esvaziamento gástrico pré-operatório;

Intoxicação exógena (medicamentos ou venenos);

Usuário com necessidade de esvaziamento do conteúdo gástrico.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

- Esvaziar o conteúdo gástrico a fim de proporcionar conforto e redução de riscos para o usuário.

Material:

- Avental de manga longa;
- Bandeja;
- Cuba grande;
- Esparadrapo;
- Fita hipoalergênica microporosa;
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário;
- Gaze estéril;
- Lixo pequeno ou saco de lixo pequeno;
- Luva de procedimento;
- Máscara descartável;
- Pomada anestésica hidrossolúvel;
- Protetor facial e/ou óculos;
- Seringa de 20ml;
- Solução fisiológica;
- Sonda nasogástrica (14 – adultos/ 6,8 ou 10 – crianças);
- Tesoura;

- Toalha individual ou lenços de papel.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Auxiliar o usuário a assumir uma posição confortável, preferencialmente Semi-Fowler;
7. Colocar as luvas e os demais equipamentos de proteção individual;
8. Verificar com o usuário se há alguma alteração nas narinas ou de deglutição, determinando qual a melhor narina para a sondagem – se necessário fazer inspeção com auxílio de lanterna.
9. Medir a sonda da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, seguindo até o apêndice xifoide, adicionar 3 cm e marcar com esparadrapo;
10. Lubrificar a ponta da sonda com pomada anestésica ou vaselina líquida;
11. Solicite ao usuário para fletir a cabeça até encostar o queixo no tórax;
12. Ofereça-lhe pequenos goles de água e peça para deglutir; introduza a sonda suavemente até passar a região da epiglote
13. Retorne a cabeça para a posição ereta, continue introduzindo a sonda delicadamente até a marca do adesivo;
14. Observar sinais de desconforto e deixar o usuário descansar por um tempo, caso apresente náuseas e vômitos;
15. Verificar se a sonda está bem posicionada no estômago: aspirando o conteúdo gástrico com a seringa de 20ml conectada na extremidade externa da sonda ou, em caso de ausência deste sinal, injetar 20 ml de ar através da sonda e com o estetoscópio sobre o epigástrico, auscultar a presença de som estridente;
16. Adaptar a sonda no frasco coletor;
17. Ajustar a sonda na posição correta e fixá-la com fita hipoalergênica microporosa sobre a pele do usuário na região nasal;
18. Identificar o horário da sondagem no frasco coletor com um pequeno pedaço de esparadrapo;

19. Verificar se há prescrição para infusão de algum líquido/medicamento (carvão ativado, soro fisiológico);
20. Deixar o frasco em nível mais baixo que o usuário, sem encostar no chão;
21. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
22. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
23. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando o horário e a característica da secreção drenada no momento do procedimento e o volume, se o mesmo for expressivo. Informar se houve intercorrências e as medidas tomadas.

Observações:

Sempre que o frasco atingir 2/3 do seu volume, esvaziar e registrar em prontuário o volume, a característica do líquido drenado e o tempo decorrido desde o último esvaziamento. Marcar no frasco, com esparadrapo o horário do esvaziamento;

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 21

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ENEMA / LAVAGEM INTESTINAL

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem somente após avaliação do enfermeiro.

Quando:

Conforme prescrição

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Estimular o peristaltismo e promover o esvaziamento intestinal para a realização de procedimento diagnóstico ou com finalidade terapêutica

Material:

Bandeja;

Solução prescrita;

Biombo;

Impermeável/plástico;

Papel higiênico;

Luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção;

Sonda retal (Adulto nº 20 a 30 fr / criança nº 12 a 18 fr);

Recipiente de enema com tubo e sistema de fixação;

Lubrificante hidrossolúvel (lidocaína em gel a 2%);

Comadre;

Bacia, compressas, toalha e sabão.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;

4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares. Descrever as sensações que o usuário terá (por exemplo: limpeza do períneo por líquido, ardência durante a inserção do cateter);
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Colocar luvas de procedimentos e EPIs adequados;
7. Auxiliar o usuário na posição de decúbito genupeitoral;
8. Cobrir o usuário com lençol, expor apenas a área retal; Separar as nádegas e examinar a região perianal para detectar anormalidades, incluindo hemorroidas, fissura anal e prolapso retal;
9. Colocar comadre em posição facilmente acessível;
10. Preparar a solução prescrita para o enema/ lavagem e aquecer até a temperatura de 37°C;
11. Administrar o enema:

Bolsa de Enema:

- I. Adaptar o equipo de soro ao frasco com a solução preparada para a lavagem.
- II. Preencher a câmara de gotejamento e retirar o ar da extensão do equipo.
- III. Preparar o material necessário para o procedimento em uma bandeja.
- IV. Pendurar o frasco da solução em suporte de soro com altura não superior a 70 cm em relação ao leito.
- V. Forrar o leito com material impermeável ou plástico.
- VI. Lubrificar a sonda retal com vaselina líquida ou lidocaína em gel a 2% 6 a 8 cm da ponta da sonda retal.
- VII. Introduzir suavemente a sonda retal (adulto e adolescente: 7,5 a 10 cm; criança: 5 a 7,5 cm).
- VIII. Abrir a pinça do equipo e infundir a solução lentamente; orientar o usuário a respirar pausadamente.
- IX. Quando terminar a infusão, fechar a pinça do equipo e retirar a sonda retal.

Recipiente descartável pré-embalado:

- I. Remover a tampa de plástico da ponta retal, aplicar gel lubrificante. Separar as nádegas cuidadosamente e localizar o reto.
- II. Expelir o ar do recipiente do enema.
- III. Inserir a ponta do frasco no reto em direção ao umbigo.
- IV. Apertar o frasco até a solução completa entrar no reto e cólon;

12. Solicitar ao usuário que respire profundamente, procurando reter a solução pelo tempo que conseguir, contraindo o esfíncter anal;
13. Ajudar o usuário a ir ao banheiro ou oferecer-lhe a comadre, elevando a cabeceira do leito (se não houver contra indicação);
14. Orientar o usuário a utilizar o vaso sanitário e chamá-lo para observar o aspecto da eliminação, assim que terminar;
15. Auxiliar o usuário a fazer a higiene íntima e vestir o pijama;
16. Deixar o usuário em uma posição confortável;
17. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
19. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
20. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 22

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

Substituição de sistema coletor quando a placa estiver saturada ou com extravasamento de efluente.

Monitoramento: Enfermeiro.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Sistema de bolsa coletora indicada ao cliente;
- Placa;
- Pacote de gaze ou compressa não estéril;
- Soro fisiológico 0,9% ou solução de limpeza de bolsa.
- Comadre ou cuba rim
- Saco plástico

Objetivos

- Higienização do estoma e sistema coletor;
- Prevenção de lesões na pele peri-estoma;
- Avaliação do estoma.

Material:

- Comadre ou cuba rim;
- Luvas de procedimento;
- Pacote de gaze ou compressa não estéril;
- Placa;
- Pó para proteção da pele, se necessário
- Saco plástico.

- Sistema de bolsa coletora indicada ao cliente;
- Soro fisiológico 0,9% ou solução de limpeza de bolsa;
- Tesoura.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Verificar a área a ser realizada a troca da bolsa;
6. Promover a privacidade do usuário colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto. Se o usuário tiver condições, pode ser levado ao banheiro. Proteger a roupa do usuário sob a colostomia com papel-toalha ou compressa;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Colocar a comadre sobre a cama direcionando a abertura da bolsa coletora para a comadre, ou posicione o usuário no vaso sanitário;
9. Remover a bolsa, tencionando levemente a pele para baixo, enquanto levanta a placa;
10. Descartar a bolsa suja e a placa em saco plástico, guardar o clamp para reutilização;
11. Limpar a pele, utilizando a compressa de gaze para remover as fezes;
12. Lavar com soro fisiológico ou outro produto indicado e secar a pele por completo, depois de limpar. É normal que o estoma sangre discretamente durante a limpeza e secagem;
13. Se necessário aplicar pó de proteção para a pele e melhor adesão da placa
14. Aplicar a placa, utilizando guia de medição ou padrão para determinar o tamanho do estoma;
15. Marcar o tamanho correto sobre a parte posterior da placa e cortar conforme o tamanho do estoma (é aceitável cortar cerca de 0,5 cm maior que o tamanho do estoma);
16. Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele peristomal;
17. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa de acordo com as orientações do fabricante;
18. Pressione a bolsa suavemente contra a parede abdominal para expulsar o ar;
19. Feche a abertura da bolsa coletora com o clamp, fazendo uma dobra na extremidade da bolsa sobre sua haste interna;
20. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

21. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
22. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
23. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Observações:

1. Orientar o usuário para eliminar o gás através da abertura do clamp;
2. A bolsa drenável pode ser lavada com água e reutilizada várias vezes. Neste caso proceder da seguinte forma:
3. Abra a bolsa coletora e deixe a presilha disponível para ser utilizada novamente;
4. Esvazie a bolsa fazendo movimentos para baixo, com as mãos sobre a bolsa, para facilitar a saída das fezes;
5. Afaste a abertura da bolsa com uma das mãos e, com a outra, coloque água dentro da bolsa até a metade;
6. Feche a abertura da bolsa com uma das mãos, faça movimentos com a outra mão sobre a bolsa para remoção dos resíduos de fezes que tenham aderido à bolsa e drene-os para a comadre ou vaso sanitário;
7. Repita a última ação até que a bolsa esteja totalmente livre de resíduos;
8. Seque a abertura da bolsa com papel-toalha e passe vaselina líquida nas paredes internas.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Parte 3

CUIDADOS COM ELIMINAÇÕES

3.2 ELIMINAÇÕES URINÁRIAS



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 23

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: COLOCAÇÃO DE DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA

Responsável:

Enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem

Quando:

- Conforme prescrição
- Usuário masculino apresenta incontinência urinária, por alteração física, neurológica ou de alteração da consciência.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

Fazer controle de diurese em usuários com incontinência urinária ou com alteração do nível de consciência

Material:

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Água, sabão;
- Gaze;
- Toalha;
- Dispositivo para incontinência urinária masculino;
- Adesivo hipoalergênica microporosa;
- Bolsa coletora.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares. Descrever as sensações que o usuário terá (por exemplo: limpeza do períneo por líquido, ardência durante a inserção do cateter);
5. Oferecer privacidade ao usuário;

6. Colocar luvas de procedimentos e EPIs adequados;
7. Posicionar o usuário em decúbito dorsal;
8. Fazer a higiene íntima do usuário, secar bem o local e, se necessário, retire o excesso de pelos próximos ao local de fixação do dispositivo;
9. Retirar o material utilizado durante a higiene e trocar as luvas de procedimento;
10. Retirar o dispositivo para incontinência da embalagem
11. Posicionar a abertura do látex na parte superior do pênis
12. Desenrolar o látex ao longo do pênis;
13. Fixar a porção proximal do dispositivo com adesivo hipoalergênica microporosa próximo à base do pênis;
14. Adaptar a extensão do dispositivo para incontinência na extensão da bolsa coletora, fixando-o na coxa do usuário ou no leito/cadeira;
15. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 24

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO

Responsável:

Enfermeiro

Quando:

Sempre que necessário e/ou conforme prescrição

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Realizar a técnica de cateterismo vesical de alívio de forma segura para o usuário, prevenindo infecção do trato urinário.

Material:

- Bandeja;
- Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba rim, cuba redonda, gazes, pinça, e campo fenestrado, torundas de algodão ou gaze);
- Cateter uretral estéril de calibre compatível (uma via/ comumente 12-14 fr);
- Solução antisséptica (clorexidina aquosa 0,2%);
- Luvas estéreis;
- Pomada anestésica hidrossolúvel;
- Saco plástico para lixo;
- Material para higiene externa pré-sondagem: sabão líquido ou agente de limpeza perineal, jarro/bacia com água morna, comadre, toalha, impermeável, luvas de procedimento e luvas de banho;

Descrição do procedimento para colocação:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;

4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares. Descrever as sensações que o usuário terá (por exemplo: limpeza do períneo por líquido, ardência durante a inserção do cateter);
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Posicionar o usuário e cobri-lo com campos, expondo apenas os genitais:
 - a. **Usuário do sexo Feminino:** ajudar a assumir a posição de decúbito dorsal recumbente (supina com joelhos flexionados). Pedir à usuário para relaxar as coxas para efetuar a rotação externa das articulações do quadril;
 - b. **Usuário do sexo Masculino:** Colocar em posição dorsal com as pernas estendidas e as coxas em ligeira abdução;
7. Fornecer a higiene perineal caso necessário (colocar luvas de procedimentos, completar a limpeza, descartar as luvas e efetuar a higiene das mãos);
8. Colocar o pacote de cateterismo aberto numa mesa de cabeceira limpa ou, se possível, entre as pernas abertas do usuário;
9. Abrir o pacote de cateterismo mantendo os princípios assépticos;
10. Dispor os suprimentos sobre o campo estéril: abrir a embalagem do cateter vesical colocando-a no campo estéril;
11. Despejar a solução antisséptica na cuba redonda;
12. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica, cobrir com campos o períneo, mantendo estéreis as luvas e a superfície de operação do campo;
13. Fazer 7 (sete) trouxinhas/ torundas com a gaze ou usar as bolas de algodão e utilizar a pinça com a mão direita para pinçá-las;
14. Limpar o meato uretral:

Assepsia realizada no Sexo Feminino:

- a. Limpar primeiramente com movimento único e firme os grandes lábios ao lado mais distantes de cima para baixo, no sentido anteroposterior (clitóris-ânus). Desprezar o algodão. Usar uma nova torunda de gaze ou algodão para cada vez que você limpar;
- b. Fazer o mesmo procedimento com o outro lado;
- c. Afastar os grandes lábios com a mão não dominante, usando o dedo polegar e indicador e proceder da mesma maneira a limpeza dos pequenos lábios;
- d. Fazer a limpeza do meato urinário, com movimento uniforme no sentido anteroposterior;

- e. E por último, fazer a limpeza diretamente no meato urinário. Lembrando que se deve usar uma bola de algodão embebida de solução antisséptica para cada área.

Assepsia realizada no Sexo Masculino:

- a. Retrair o prepúcio (caso não circuncidado) com a mão não dominante, segurar o pênis pela diáfise/ eixo, exatamente abaixo da glândula. Manter o eixo do pênis em ângulo reto com o corpo. Manter a mão não dominante nessa posição durante todo o procedimento;
- b. Fazer a limpeza da glândula com movimentos circulares de cima para baixo (da glândula para o corpo e a base do pênis) repetir o procedimento 3 vezes.
- c. Colocar a pinça sobre o campo;
- d. Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
- e. Colocar a cuba rim sobre o campo fenestrado, em frente à fenestra do campo;
- f. Inserir o Cateter

Manuseio do Cateter ao Introduzir no Órgão Genital Feminino:

- a. Com a mão não dominante e auxílio de gaze estéril, afastar os grandes lábios e expor o meato uretral; em seguida, com a mão dominante introduzir o cateter, com pomada anestésica hidrossolúvel 2% na sua extremidade;
- b. Avançar o cateter por um total de 5 a 7,5 cm no adulto na usuária adulta ou até que a urina flua para fora da extremidade do cateter. Liberar os lábios vaginais, mas manter o cateter seguro. Verificar a saída de diurese pelo cateter, deixando-a cair na cuba rim;
- c. Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da diurese.

Manuseio do Cateter ao Introduzir no Órgão Genital Masculino:

- a. Aplicar cuidadosamente uma tração ascendente ao pênis enquanto ele é mantido num ângulo de 90º em relação ao corpo;
- b. Introduzir no meato urinário 10 ml de pomada anestésica hidrossolúvel 2% com auxílio da seringa ou colocar a pomada anestésica hidrossolúvel na extremidade do cateter (em torno de 15 a 20 centímetros) que está sobre o campo estéril. Com a mão não dominante posicionar o pênis a 90º em relação ao corpo do usuário e com a mão dominante introduzir o cateter no meato uretral do usuário;
- c. Avançar o cateter por 17 a 22,5 cm no adulto ou até que a urina flua na extremidade do cateter;
- d. Verificar a saída de diurese pelo cateter, deixando-a cair na cuba rim.

- e. Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da diurese. Deixar a bexiga se esvaziar totalmente;
15. Quando o fluxo de urina cessar, retrain o cateter lenta e suavemente até sua retirada total;
 16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
 17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
 18. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
 19. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, a quantidade de diurese eliminada e observações.

Referências

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 25

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: SONDAGEM VESICAL DE DEMORA

Responsável:

Enfermeiro

Quando:

Sempre que necessário. e/ou conforme prescrição

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

Realizar a técnica de cateterismo vesical de alívio de forma segura para o cliente, prevenindo infecção do trato urinário.

Material:

Bandeja;

Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, pinça, e campo fenestrado, torundas de algodão ou gaze;

Cateter vesical folley (duas vias) ou cateter vesical de irrigação (três vias);

Bolsa de drenagem;

Solução antisséptica (clorexidina aquosa 0,2%);

Seringa 20 ml;

Ampola de água destilada (20 ml);

Luvas estéreis;

Fita hipoalergênica microporosa;

Pomada anestésica hidrossolúvel;

Saco plástico para lixo;

Material para higiene externa pré-sondagem: sabão líquido ou agente de limpeza perineal, jarro/bacia com água morna, comadre, toalha, impermeável, luvas de procedimento e luvas de banho.

Descrição do procedimento:

Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

Reunir o material indicado para o procedimento;

Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;

Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares. Descrever as sensações que o usuário terá (por exemplo: limpeza do períneo por líquido, ardência durante a inserção do cateter);

Oferecer privacidade ao usuário;

Posicionar o usuário e cobri-lo com campos, expondo apenas os genitais

- a. **Usuário do sexo Feminino:** ajudar a assumir a posição de decúbito dorsal recumbente (supina com joelhos flexionados). Pedir à usuário para relaxar as coxas para efetuar a rotação externa das articulações do quadril.
- b. **Usuário do sexo Masculino:** Colocar em posição dorsal com as pernas estendidas e as coxas em ligeira abdução.

Fornecer a higiene perineal caso necessário (colocar luvas de procedimentos, completar a limpeza, descartar as luvas e efetuar a higiene das mãos);

Colocar o pacote de cateterismo aberto numa mesa de cabeceira limpa ou, se possível, entre as pernas abertas do usuário;

Abrir o pacote de cateterismo mantendo os princípios assépticos;

Dispor os suprimentos sobre o campo estéril: abrir a embalagem do cateter vesical colocando-a no campo estéril;

Despejar a solução antisséptica na cuba redonda;

Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica, cobrir com campos o períneo, mantendo estéreis as luvas e a superfície de operação do campo;

Fazer 7 (sete) trouxinhas/ torundas com a gaze ou usar as bolas de algodão e utilizar a pinça com a mão direita para pinçá-las. Testar o balonete do cateter e aspirar a água destilada com seringa de 20 ml;

Limpar o meato uretral:

Assepsia realizada no Sexo Feminino:

- a. Limpar primeiramente com movimento único e firme os grandes lábios ao lado mais distantes de cima para baixo, no sentido anteroposterior (clitóris-ânus). Desprezar o algodão. Usar uma nova torunda de gaze ou algodão para cada vez que você limpar;
- b. Fazer o mesmo procedimento com o outro lado;
- c. Afastar os grandes lábios com a mão não dominante, usando o dedo polegar e indicador e proceder da mesma maneira a limpeza dos pequenos lábios;

- d. Fazer a limpeza do meato urinário, com movimento uniforme no sentido anteroposterior;
- e. E por último fazer a limpeza diretamente no meato urinário. Lembrando que se deve usar uma bola de algodão embebida de solução antisséptica para cada área.

Assepsia realizada no Sexo Masculino:

- a. Retrair o prepúcio (caso não circuncidado) com a mão não dominante, segurar o pênis pela diáfise/ eixo, exatamente abaixo da glândula. Manter o eixo do pênis em ângulo reto com o corpo. Manter a mão não dominante nessa posição durante todo o procedimento;
- b. Fazer a limpeza da glândula com movimentos circulares de cima para baixo (da glândula para o corpo e a base do pênis) repetir o procedimento 3 vezes.
- c. Colocar a pinça sobre o campo;
- d. Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
- e. Colocar a cuba rim sobre o campo fenestrado, em frente à fenestra do campo;

Inserir o Cateter

Manuseio do Cateter ao Introduzir no Órgão Genital Feminino:

- a. Com a mão não dominante e auxílio de gaze estéril, afastar os grandes lábios e expor o meato uretral; em seguida, com a mão dominante introduzir o cateter, com a pomada anestésica hidrossolúvel 2% na sua extremidade;
- b. Avançar o cateter por um total de 5 a 7,5 cm na usuária adulta ou até que a urina flua para fora da extremidade do cateter. Liberar os lábios vaginais, mas manter o cateter seguro;
- c. Assim que a urina aparecer avançar mais 2,5 a 5 cm.

Manuseio do Cateter ao Introduzir no Órgão Genital Masculino:

- a. Aplicar cuidadosamente uma tração ascendente ao pênis enquanto ele é mantido num ângulo de 90º em relação ao corpo;
- b. Introduzir no meato urinário 10 ml de pomada anestésica hidrossolúvel 2% com auxílio da seringa ou colocar a pomada anestésica hidrossolúvel na extremidade do cateter (em torno de 15 a 20 centímetros) que está sobre o campo estéril. Com a mão não dominante posicionar o pênis a 90º em relação ao corpo do usuário e com a mão dominante introduzir o cateter no meato uretral do usuário;
- c. Avançar o cateter por 17 a 22,5 cm no adulto ou até que a urina flua na extremidade do cateter;

- d. Avançar o cateter até a bifurcação da escotilha de drenagem e de insuflação do balão;
- e. Abaixar o pênis e segurar firmemente o cateter com a mão não dominante.

Inflar o balão do cateter com a água destilada;

Retrair cuidadosamente o cateter até sentir resistência;

Usuário do sexo masculino: recolocar o prepúcio sobre a glândula peniana;

Conectar o tubo de drenagem ao cateter se ele não tiver sido previamente conectado;

Fixar o cateter, deixar uma folga suficiente para permitir o movimento da perna e evitar qualquer tração sobre o cateter;

Posicionar a bolsa de drenagem abaixo da altura da bexiga;

Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;

Evoluir procedimento no prontuário do usuário, a quantidade de diurese eliminada e observações.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

BRUNNER & SUDDARTH: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica** / Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever; revisão técnica Sônia Regina de Souza – 14.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 26

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TROCA DE SONDA VESICAL DE DEMORA EM CISTOSTOMIA

Responsável:

Enfermeiro

Quando:

Conforme prescrição;

Conforme aspectos da urina;

Conforme quadro clínico do paciente, como na identificação de infecção urinária;

Quando houver dano em qualquer parte do sistema fechado, como rompimento da bolsa ou do cateter;

Ausência de drenagem por obstrução do cateter;

Deslocamento do cateter interno, normalmente em virtude do esvaziamento do balão de proteção.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Manter a drenagem de urina do interior da bexiga do usuário para um sistema coletor fechado continuamente, de forma segura, evitando lesões de pele por contato excessivo com a urina e prevenindo infecção do trato urinário, através da técnica adequada.

Material:

- Bandeja;
- Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, pinça, e campo fenestrado, torundas de algodão ou gaze;
- Cateter vesical folley (duas vias);
- Bolsa de drenagem;
- Solução antisséptica (clorexidina aquosa 0,2%);
- Seringa 20 ml;
- Ampola de água destilada (20 ml);
- Luvas estéreis;
- Fita hipoalergênica microporosa;
- Pomada anestésica hidrossolúvel;

- Saco plástico para lixo;

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares; assim como descrever as sensações que o usuário terá durante o procedimento;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Posicionar o usuário em decúbito dorsal com os membros inferiores estendidos, com a região suprapúbica exposta;
7. Calçar luvas de procedimento;
8. Remover o curativo antigo;
9. Limpar com gaze embebida em soro fisiológico 0,9%, ao redor da sonda e da ostomia;
10. Clampear a mangueira da bolsa de drenagem e esvaziar a mesma, registrando o valor do volume contido;
11. Trocar de luvas de procedimento;
12. Desinflar o balão da sonda, conectando uma seringa de 20ml na via do balão;
13. Com a mão não dominante, apoiar a pele próxima a ostomia e utilizando a mão dominante, realizar movimento circular para verificar a aderência da sonda e após, tracionar suavemente a sonda, retirando totalmente a mesma da cistostomia;
14. Desprezar corretamente o material;
15. Trocar de luva de procedimento, higienizando as mãos por lavagem ou fricção de solução alcoólica, conforme o material disponível no ambiente;
16. Realizar limpeza da região suprapúbica com compressa úmida morna e clorexidina degermante. Após fricção da área, enxaguar com compressa embebida em água morna. Secar com toalha de banho/rosto ou com compressa limpa e seca.
17. Colocar o pacote de cateterismo aberto numa mesa de apoio limpa ou, se possível, entre as pernas abertas do usuário;
18. Abrir o pacote de cateterismo, mantendo os princípios assépticos;
19. Dispor os suprimentos sobre o campo estéril: abrir a embalagem do cateter vesical colocando-a no campo estéril, assim como a bolsa de drenagem.
20. Despejar pomada anestésica hidrossolúvel sobre a extremidade do cateter vesical;
21. Despejar a solução antisséptica na cuba redonda;
22. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica, cobrir com campos a região peri cistostomia, mantendo estéreis as luvas e a superfície de operação do campo;

23. Fazer 7 trouxinhas/ torundas com a gaze ou usar as bolas de algodão e utilizar a pinça com a mão dominante para pinçá-las. Testar o balonete do cateter e aspirar a água destilada com seringa de 20 ml;
24. Conectar a sonda à bolsa de drenagem e mantê-las cuidadosamente sobre o campo estéril;
25. Limpar as bordas da cistostomia: embeber a torunda de gaze ou algodão em solução asséptica e aplicar na área realizando movimento circular firme, de direção única, do centro à periferia. Repetir o movimento 3 vezes, desprezando o algodão/gaze a cada movimento.
26. Apoiar a mão não dominante sobre o campo, firmando a região da cistostomia;
27. Com a mão dominante segurar o cateter e o inserir cuidadosamente na cistostomia até que a urina flua para dentro do sistema fechado, avançando mais 2 a 5 cm;
28. Manter a mão dominante segurando firmemente o cateter;
29. Inflar o balão do cateter com a água destilada;
30. Retrair cuidadosamente o cateter até sentir resistência;
31. Fixar o cateter, deixando uma folga suficiente para evitar qualquer tração sobre o cateter;
32. Posicionar a bolsa de drenagem abaixo da altura da bexiga;
33. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
34. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
35. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
36. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, a quantidade imediata de diurese eliminada e observações.

Referências:

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. **Protocolo de assistência de enfermagem.** Serviço de Atendimento Domiciliar de Campinas. SMS Campinas, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.campinas.sp.gov.br/sa/impressos/adm/FO1236.pdf>
Acesso em: 21 jul. 2021.

Parte 3

CUIDADOS COM ELIMINAÇÕES

3.3 DRENOS



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 27

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: CUIDADOS COM DRENOS CIRÚRGICOS

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem somente com orientação do enfermeiro de acordo com o Parecer Coren/SC Nº 007/CT/2015

Quando:

A todo usuário que possua algum tipo de dreno;

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Evitar infecção do sítio cirúrgico;
- Evitar o acúmulo de líquidos em cavidade;
- Avaliar e mensurar a drenagem nas 24 horas.

Material:

- Álcool 70%;
- Bandeja;
- Bolsa coletora adesiva; Medidor graduado;
- Carro de curativo;
- EPI (óculos, avental, gorro e máscara); ou capote)
- Fita microporosa;
- Gaze estéril;
- Luva estéril;
- Seringa de 20ml;
- Solução fisiológica 0,9%.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;

4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Colocar o EPI conforme recomendação;
7. Calçar luva estéril
8. Inspecionar área do curativo, pele ao redor do óstio, fixação do dreno e aspecto da drenagem.

Quanto aos tipos mais comuns de dreno:

DRENO TORÁCICO (SELO D'ÁGUA)

1. Realizar antissepsia com álcool 70% em toda área periósteo e tubular do dreno;
2. Proteger o periósteo com gaze estéril e fixar com fita microporosa. A fixação pode ser do tipo meso (lateral), com distância de 2 cm entre o dreno e a pele;
3. Manter a cabeceira do leito elevada a 30º, para facilitar a drenagem;
4. Verificar a oscilação na coluna líquida: deve subir na inspiração e descer na expiração;
5. Ordene suavemente o tubo na direção do frasco coletor, quando necessário;
6. Atentar para a presença de vazamentos e/ou risco de desconexão.

Para esvaziamento e mensuração

1. Mensurar o débito do dreno a cada 6 horas, ou a critério médico, caso haja drenagem superior a 100 ml/hora;
2. Utilize um recipiente graduado;
3. Pince o tubo coletor;
4. Abra o rasco coletor e esvazie todo conteúdo no recipiente graduado, tendo o cuidado para não derramar; anote o volume desprezado;
5. Lave o frasco com 500ml de água destilada e preencha o frasco para manter o selo d'água com 300-500 ml de água destilada (aprox. 2,5 cm de altura);
6. Feche o frasco e desclampeie o tubo;
7. Coloque uma fita adesiva ao lado da graduação do frasco, indicando o ponto zero (nível de água), colocando data e horário, na lateral da graduação do frasco coletor. Troque a cada 12 horas, ou a critério médico;
8. Verificar o aspecto do líquido (Ex: seroso, sero-hemático, hemático, purulento);
9. Posicioná-lo no piso, com suporte próprio, ou sustentado em local adequado. Nunca elevá-lo acima do tórax sem que esteja clampeado (fechado);

DRENO PORTOVAC OU HEMOVAC (SANFONA)

1. Realizar antissepsia com álcool 70% em toda área ao redor do óstio de inserção e tubular do dreno;
2. Atentar para a presença de vazamentos e se a sanfona está comprimida;
3. Ocluir com gaze estéril e fita microporosa;
4. O frasco coletor deve ser posicionado abaixo do nível da cabeceira do usuário;
5. Ordenhe suavemente o tubo na direção do frasco coletor, quando necessário;
6. Cuidado com trações e desconexões.

Para esvaziamento e mensuração:

1. Mensurar a cada 12h; ou a critério médico, caso o débito esteja alto;
2. Utilizar um recipiente graduado;
3. Clampear o tubo coletor;
4. Abrir o recipiente sanfonado;
5. Esvaziar todo conteúdo no recipiente graduado, tendo o cuidado para não derramar; caso necessite, utilize uma seringa de bico para aspirar;
6. - Comprimir o recipiente sanfonado sobre uma superfície rígida e feche-o, desclampeie o tubo coletor;

DRENO DE PENROSE

1. - Atentar para fixação do dreno e permeabilidade;
2. - Ocluir com compressa estéril e fita microporosa inicialmente, e, em caso de pouca drenagem;
3. - Acoplar uma bolsa coletora adesiva caso a drenagem esteja aumentada e para mensuração do débito;

Para esvaziamento e mensuração:

1. Proteja o lençol com um impermeável ou papel toalha;
2. Esvaziar sempre que a capacidade da bolsa coletora atingir 50% do espaço;
3. Utilize o recipiente graduado;
4. Esvazie todo conteúdo no recipiente graduado, tendo o cuidado para não derramar;
5. Limpe a saída da bolsa coletora com uma gaze não estéril e feche-a;

DRENO COM RESERVATÓRIO DE JACKSON-PRATT, BLAKE (FORMATO DE PÊRA)

1. Realizar antissepsia com álcool 70% em toda área perióstio e tubular do dreno;
2. Atentar para a presença de vazamentos e se o vácuo está mantido;
3. Ocluir com gaze estéril e fita microporosa;

4. Ordenhe suavemente o tubo na direção da pêra, se necessário;
5. Cuidado com trações e desconexões.
6. Para esvaziamento e mensuração:
7. Mensurar a cada 12h; ou a critério médico, caso o débito esteja alto;
8. Utilize um recipiente graduado;
9. Clampeie o tubo coletor;
10. Abrir a pêra;
11. Esvazie todo conteúdo no recipiente graduado, tendo o cuidado para não derramar;
12. Mantenha o vácuo e feche a pêra;
13. Desclampeie o tubo coletor;

DRENO DE KEHR, PIG TAIL:

1. Realizar antissepsia com álcool 70% em toda área periósteo e tubular do dreno;
2. Atentar fixação do dreno e a presença de vazamentos;
3. Observar permeabilidade do sistema de drenagem;
4. Ocluir o periósteo com gaze estéril e fita microporosa;
5. O sistema coletor deve ser mantido abaixo do nível da cabeceira do usuário;
6. Cuidado com trações e desconexões.
7. Para esvaziamento e mensuração:
8. Mensurar a cada 12h; ou a critério médico, caso o débito esteja alto;
9. Utilize um recipiente graduado;
10. Clampeie o tubo coletor;
11. Abrir o coletor;
12. Esvazie todo conteúdo no recipiente graduado, tendo o cuidado para não derramar;
13. Feche o coletor;
14. Desclampeie o tubo coletor;
15. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
18. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia M ara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN – SC) - Parecer Coren/SC Nº 007/CT/2015. Assunto: Realização da retirada ou o tracionamento dos drenos portovack e penrose. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-007-2015-retirada-ou-tracionamento-dos-drenos-portovack-e-penrose-CT-Alta-e-M%C3%A9dia-Complexidade.pdf>
Acesso em: 18 out. 2021.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 28

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: RETIRADA DE DRENO

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

Conforme prescrição médica, de acordo com o Parecer Coren/SC Nº 007/CT/2015 que trata da realização da retirada ou o tracionamento dos drenos.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

- Retirar dreno que não tem mais função proporcionando alívio e conforto ao usuário.

Material:

- EPI (máscara, gorro, avental, óculos);
- Esparadrapo ou fita hipoalergênica microporosa;
- Gaze estéril;
- Lâmina de bisturi;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Soro fisiológico 0,9%.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Verificar prescrição médica;
4. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
5. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
6. Oferecer privacidade ao usuário
7. Calçar as luvas;
8. Retirar o ponto que mantém o dreno fixado;
9. Retirar o dreno tracionando levemente;

10. Realizar limpeza local com soro fisiológico;
11. Realizar curativo fechado com gaze e fita hipoalergênica microporosa;
12. Orientar o usuário sobre a presença de hiperemia, edema ou exsudato purulento em torno do local onde estava inserido o dreno, nesse caso deve-se retornar ao médico;
13. Orientar o usuário que o curativo não deve ficar molhado;
14. Informar que se houver alguma alteração procurar o médico assistente.
15. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

BRUNNER & SUDDARTH: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica** / Janice HINKLE, L; CHEEVER KERRY H.; revisão técnica Sônia Regina de Souza – 14.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN – SC) - Parecer Coren/SC Nº 007/CT/2015. Assunto: Realização da retirada ou o tracionamento dos drenos portovack e penrose. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-007-2015-retirada-ou-tracionamento-dos-drenos-portovack-e-penrose-CT-Alta-e-M%C3%A9dia-Complexidade.pdf>
Acesso em: 18 out. 2021.

Parte 4

CUIDADOS RESPIRATÓRIOS

4.1 ASPIRAÇÃO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 29

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ASPIRAÇÃO DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA (RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA)

Responsável

Técnico de enfermagem (se usuário estável após avaliação do enfermeiro);

Enfermeiro (na avaliação de nova via aérea ou em usuário com instabilidade ventilatória).

Conforme Resolução COFEN nº 557/2017 que aprova no âmbito da equipe de enfermagem, o procedimento de aspiração de vias aéreas.

Quando:

Usuário em uso de cânula de traqueostomia que apresente sinais e sintomas de obstrução das vias aéreas superiores, como frequência respiratória anormal, sons adventícios na inspiração ou expiração, secreções nasais, inquietação, secreções gástricas ou vômito na boca, tosse sem liberação de secreções das vias aéreas.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

- Manter as vias aéreas desobstruídas;
- Proporcionar conforto ventilatório.

Material:

- 1 par de luvas para aspiração (estéril: plástica ou cirúrgica);
- Avental de manga longa;
- Bandeja;
- Compressas, toalha individual ou lenços de papel;
- Cuba;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Extensão de borracha esteril;
- Fonte de vácuo ou aspirador portátil;
Biombo, se necessário fornecer privacidade ao usuário;
- Frasco coletor;
- Frasco de água destilada;
- Gaze esteril;

- Lua de procedimento;
- Máscara descartável;
- Oxímetro;
- Protetor facial e/ou óculos ou Protetor Facial;
- Solução fisiológica;
- Sonda de aspiração nº 12 ou 14 (circunferência não deve ser maior que 50% do tubo).

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Certificar-se de que o usuário não está recebendo dieta enteral;
7. Explicar a importância e incentivar a tossir quando o cateter for introduzido;
8. Calçar as luvas de procedimento e os demais equipamentos de proteção individual;
9. Verificar a pressão arterial;
10. Posicionar o oxímetro no dedo do usuário e garantir que a leitura fique visível durante o procedimento;
11. Posicionar o usuário em posição semi-fowler ou sentado;
12. Abaixar a grade da cama do lado em que ficará posicionado;
13. Colocar uma toalha/ papel toalha sobre o peito do usuário;
14. Preparar o material a ser utilizado sobre a mesa de apoio;
15. Despejar a água destilada na cuba e abrir o frasco de solução fisiológica;
16. Escolher a sonda de número adequado e abrir seu invólucro, encaixando a extremidade com pino conector à extensão do sistema coletor de aspiração, já conectado ao vácuo. Manter a extremidade com orifícios protegida no invólucro;
17. Ajustar a pressão da fonte de aspiração entre 110 e 150 mmHg;
18. Calçar luva estéril na mão dominante;
19. Colocar a ponta da sonda na cuba estéril e aspirar uma pequena quantidade de soro fisiológico para testar a aspiração;

20. Solicite que o usuário faça uma inspiração profunda (quando possível), e realize uma hiperoxigenação de acordo com o suporte ventilatório prescrito pelo médico;
21. Quando o usuário não está em ventilação mecânica, é possível realizar uma inalação com solução fisiológica a 0,9% antes de aspirar, para fluidificar as secreções;
22. Introduzir a sonda, clampeando a extensão para não aplicar sucção, por cerca de 12 a 14 cm (2 a 3 cm além do comprimento da cânula);
23. Abrir o vácuo reduzindo a dobra do látex extensor e retirar a sonda em movimentos rotatórios por no máximo 10 a 15 segundos;
24. Deixar o usuário descansar 20 a 30 segundos antes de repetir o procedimento, quantas vezes for necessário. Observar sinais de desconforto do usuário;
25. Lavar a sonda e a extensão com soro fisiológico até ficar livre de secreção;
26. Realizar aspiração de orofaringe e nasofaringe, se necessário. Neste caso, lavar novamente o sistema de sucção;
27. Desligar o aspirador;
28. Verificar a saturação do oxigênio, a frequência respiratória e a pressão arterial. Realizar a ausculta pulmonar;
29. Desconectar a sonda da extensão enrolando-a ao redor dos dedos da mão dominante; retirar a luva, invertendo-a de modo que a sonda fique dentro da luva. Retire a outra luva da mesma maneira, desprezando-as no saco de lixo infectado;
30. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
31. Calçar as luvas de procedimento;
32. Realizar higiene com gazes e soro fisiológico ao redor da traqueostomia e trocar as gazes embaixo das abas da cânula e o cadarço, se estiver sujo;
33. Para o usuário domiciliar, com traqueostomia definitiva, retirar a cânula de metal, higienizar com água corrente e recolocar;
34. Recolher todo o material, dando o destino correto aos mesmos;
35. Deixar o ambiente organizado e o usuário confortável, erguendo a grade da cama;
36. O frasco coletor de secreção de vias respiratórias deve ser substituído quando atingir cerca de 2/3 de sua capacidade;
37. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
38. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

39. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
40. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando o horário, a quantidade (estimada) de secreção aspirada e seu aspecto. Anotar informações sobre a ausculta pulmonar, a frequência respiratória, a saturação de oxigênio e a pressão arterial. Informar se houve intercorrências e as medidas tomadas.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) - RESOLUÇÃO COFEN Nº 557/2017. Aprovar, no âmbito da Equipe de Enfermagem, o procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html
Acesso em: 18 out. 2021.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 30

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ASPIRAÇÃO DE OROFARINGE E NASOFARINGE

Responsável:

Técnico de enfermagem (se usuário estável após avaliação do enfermeiro);

Enfermeiro (na avaliação de nova via aérea ou em usuário com instabilidade ventilatória).

Conforme Resolução COFEN nº 557/2017 que aprova no âmbito da equipe de enfermagem, o procedimento de aspiração de vias aéreas.

Quando:

Usuário com dificuldade na função das vias aéreas proveniente de situação pós-operatória, pós-trauma, neurológica ou pela presença de tumor;

Usuário que apresente sinais e sintomas de obstrução das vias aéreas superiores, como frequência respiratória anormal, sons adventícios na inspiração ou expiração, secreções nasais, inquietação, secreções gástricas ou vômito na boca, tosse sem liberação de secreções das vias aéreas.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

- Complementar a aspiração das vias respiratórias inferiores;
- Manter as vias respiratórias superiores sem secreções;
- Provocar tosse para mobilizar secreções das vias respiratórias inferiores e superiores.

Material:

- 1 par de luvas para aspiração (estéril: plástica ou cirúrgica);
- Avental de manga longa;
- Bandeja;
- Compressas, toalha individual ou lenços de papel;
- Cuba;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Extensão de borracha estéril;
- Fonte de vácuo ou aspirador portátil;
- Biombo se necessário fornecer privacidade ao usuário;

- Frasco coletor;
- Frasco de água destilada;
- Gaze estéril;
- Lixo pequeno ou saco de lixo pequeno;
- Luva de procedimento;
- Máscara descartável;
- Oxímetro;
- Protetor facial e/ou óculos;
- Solução fisiológica;
- Sonda de aspiração nº 12 ou 14.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Verificar a pressão arterial;
7. Desligar a fonte de O2, se estiver em uso, caso a aspiração for nasofaríngea;
8. Se indicado, aumente a oxigenioterapia suplementar durante o procedimento (Brunner) – Se o usuário estiver em uso de cateter nasal, podendo permanecer com ele na aspiração orofaríngea;
9. Explicar a importância e incentivar a tossir quando o cateter for introduzido;
10. Calçar as luvas de procedimento e os demais equipamentos de proteção individual;
11. Posicionar o oxímetro no dedo do usuário e garantir que a leitura fique visível durante o procedimento;
12. Auxiliar o usuário a assumir uma posição confortável, preferencialmente Semi-Fowler, com a cabeça em hiperextensão, caso não haja contraindicação;
13. Colocar a toalha sobre o peito do usuário;
14. Dispor os materiais que serão utilizados sobre a mesa de apoio;
15. Despejar a água destilada na cuba e abrir o frasco de solução fisiológica;
16. Escolher a sonda de número adequado e deixá-la sobre a bandeja;
17. Abaixar a grade da cama do lado em que ficará posicionado;

18. Adaptar o vacuômetro ou aspirador ao frasco coletor;
19. Ajustar a pressão da fonte de aspiração entre 110 e 150 mmHg;
20. Abrir o invólucro da sonda de aspiração sem retirá-la da embalagem;
21. Conectar a sonda de aspiração na extensão do aspirador, através do pino conector;
22. Remover o oxigênio, se o usuário estiver utilizando;
23. Calçar luva estéril na mão dominante;
24. Segurar a sonda estéril com a mão dominante e utilizar a outra mão para clampear a borracha do intermediário;
25. Colocar a ponta da sonda na cuba estéril e aspirar uma pequena quantidade de soro fisiológico;
26. a) Aspiração de orofaringe:
 - i. Introduzir a sonda na boca do usuário ao longo da linha da gengiva, até a faringe (cerca de 12cm);
 - ii. Retirar a sonda, aplicando pressão, fazendo movimentos rotatórios até que a secreção seja removida (atenção para que a ponta da sonda não aspire a mucosa oral);
 - iii. Dar intervalos de pelo menos 1 minuto para o usuário tossir; oferecer-lhe lenços de papel para limpar as secreções;
 - iv. Se o usuário apresentar náuseas, suspender o procedimento momentaneamente;
 - v. Estimular o usuário a tossir e aplicar nova aspiração, se necessário;
 - vi. Manter a máscara de O2 próximo ao usuário e reaplicar rapidamente; caso o usuário apresentar baixa na saturação ou desconforto respiratório durante ou ao fim da aspiração;
 - vii. Lavar a sonda com água destilada e limpar a ponta com gaze estéril;
 - viii. Aspirar a boca com movimentos suaves, retirando a secreção;
 - ix. Lavar a sonda e a extensão do aspirador até que estejam limpos;
 - x. Higienizar as mãos;
 - xi. Limpar o rosto do usuário;
 - xii. Reposicionar a fonte de oxigênio, conforme a prescrição;
 - xiii. Verificar sinais de desconforto respiratório e aferir pressão arterial;
- b) Aspiração nasofaríngea
 - xiv. Verificar previamente se há contraindicações para esta via de aspiração: passagens nasais obstruídas, hemorragia nasal, epiglote, lesão aguda, cirurgia na cabeça, face

ou pescoço, coagulopatia ou distúrbio hemorrágico, via aérea irritável, desvio de septo (contraindicando uma das narinas);

- xv. Introduzir a sonda por uma das narinas delicadamente durante a inspiração, retirando a sonda com movimentos rotatórios entre o dedo indicador e polegar;
- xvi. Dar intervalos de pelo menos 1 minuto para o usuário tossir, oferecendo-lhe lenços de papel e o lixo para descarte;
- xvii. Repetir o procedimento até reduzir a quantidade de secreção.
- xviii. Se o usuário sentir náuseas ou mal-estar, retire a sonda e ligue o oxigênio;

27. Desconectar a sonda da extensão enrolando-a ao redor dos dedos da mão dominante; retirar a luva, invertendo-a de modo que a sonda fique dentro da luva. Retire a outra luva da mesma maneira, colocando as no saco de lixo infectado;

28. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente

29. Desligar o aspirador, limpar o rosto do usuário com lenços de papel ou toalha de rosto;

30. Ligar o oxigênio conforme a prescrição (manter a cabeceira elevada);

31. O frasco coletor de secreção de vias respiratórias deve ser substituído quando atingir cerca de 2/3 de sua capacidade;

32. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

33. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

34. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando o horário, a quantidade {estimada} de secreção aspirada e seu aspecto. Anotar a frequência respiratória, a saturação de oxigênio e a pressão arterial. Informar se houve intercorrências e as medidas tomadas.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) - RESOLUÇÃO COFEN Nº 557/2017. Aprovar, no âmbito da Equipe de Enfermagem, o procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html

Acesso em: 18 out. 2021.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 31

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ASPIRAÇÃO DE TUBO OROTRAQUEAL (TOT) OU CÂNULA ENDOTRAQUEAL

Responsável:

Técnico de enfermagem (se usuário estável após avaliação do enfermeiro);

Enfermeiro (na avaliação de nova via aérea ou em usuário com instabilidade ventilatória).

Conforme Resolução COFEN nº 557/2017 que aprova no âmbito da equipe de enfermagem, o procedimento de aspiração de vias aéreas.).

Quando:

Usuário em uso de cânula endotraqueal que apresente sinais e sintomas de obstrução das vias aéreas superiores, como frequência respiratória anormal, sons adventícios na inspiração ou expiração, secreções nasais, inquietação, secreções gástricas ou vômito na boca, tosse sem liberação de secreções das vias aéreas.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

- Diminuir riscos de infecções;
- Manter as vias aéreas desobstruídas;
- Proporcionar conforto ventilatório.

Material:

1 par de luvas para aspiração (estéril: plástica ou cirúrgica);
Avental de manga longa;
Bandeja;
Compressas; Toalha individual ou lenços de papel;
Cuba;
Esfigmomanômetro;
Estetoscópio;
Extensão de borracha estéril;
Fonte de vácuo ou aspirador portátil;
Biombo, se necessário fornecer privacidade ao usuário;
Frasco coletor;
Frasco de água destilada;

Gaze estéril;
Lixo pequeno ou saco de lixo pequeno;
Luva de procedimento;
Máscara descartável;
Oxímetro;
Protetor facial e/ou óculos;
Solução fisiológica;
Sonda de aspiração nº 12 ou 14 (circunferência não deve ser maior que 50% do tubo).

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Certificar-se de que o usuário não está recebendo dieta enteral;
7. Explicar a importância e incentivar a tossir quando o cateter for introduzido;
8. Calçar as luvas de procedimento e os demais equipamentos de proteção individual;
9. Verificar a pressão arterial;
10. Realizar ausculta da traqueia e dos pulmões;
11. Posicionar o oxímetro no dedo do usuário e garantir que a leitura fique visível durante o procedimento;
12. Posicionar o usuário em decúbito dorsal, com elevação da cabeceira em 30 a 40°;
13. Abaixar a grade da cama do lado em que ficará posicionado;
14. Colocar a toalha/ papel toalha sobre o peito do usuário;
15. Preparar o material a ser utilizado sobre a mesa de apoio, com técnica estéril;
16. Despejar a água destilada na cuba e abrir o frasco de solução fisiológica;
17. Escolher a sonda de número adequado e abrir seu invólucro, encaixando a extremidade com pino conector à extensão do sistema coletor de aspiração, já conectado ao vácuo. Manter a extremidade com orifícios protegida no invólucro;
18. Realizar hiperoxigenação durante 30 a 60 segundos antes da aspiração, de acordo com o suporte ventilatório a que o usuário estiver submetido;
19. Ajustar a pressão da fonte de aspiração entre 110 e 150 mmHg;

20. Calçar luva estéril na mão dominante;
21. Colocar a ponta da sonda na cuba estéril e aspirar uma pequena quantidade de soro fisiológico para testar a aspiração;
22. Segurar o tubo firmemente, para que não exteriorize, e desconectá-lo do circuito ventilatório (se o usuário estiver em ventilação mecânica);
23. Fechar o vácuo da sonda, dobrando o látex extensor e introduzir a sonda através do tubo até sua extensão completa somada a seu adaptador ou até encontrar resistência ou o usuário tossir, em seguida, recue 1cm e aplique a pressão de aspiração;
24. Abrir o vácuo reduzindo a dobra do látex extensor e retirar a sonda em movimentos circulares, pelo tempo máximo de 10 a 15 segundos;
25. Oferecer o máximo aporte de oxigênio (se usuário em ventilação mecânica, conecte ao ventilador);
26. Deixar o usuário descansar 20 a 30 segundos antes de fazer outra aspiração;
27. Repetir o procedimento de aspiração quantas vezes forem necessárias para a higiene brônquica;
28. Lavar o cateter e a extensão com soro fisiológico até ficar livre de secreção;
29. Desligar o aspirador;
30. Reajustar o tubo e a fração de oferta de oxigênio ao nível estabelecido antes do procedimento;
31. Verificar a saturação do oxigênio, a frequência respiratória e a pressão arterial. Realizar a ausculta pulmonar;
32. Realizar aspiração orofaríngea e nasofaríngea, se necessário;
33. Desconectar a sonda da extensão enrolando-a ao redor dos dedos da mão dominante; retirar a luva, invertendo-a de modo que a sonda fique dentro da luva. Retire a outra luva da mesma maneira, colocando as no saco de lixo infectado;
34. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
35. Calçar as luvas de procedimento e desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
36. Deixar o ambiente organizado e o usuário confortável, erguendo a grade da cama;
37. O frasco coletor de secreção de vias respiratórias deve ser substituído quando atingir cerca de 2/3 de sua capacidade;
38. Retirar as luvas e descartá-las;

39. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
40. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP:
41. Evoluir procedimento no prontuário do usuário; informando o horário, a quantidade (estimada) de secreção aspirada e seu aspecto. Anotar informações sobre a ausculta pulmonar, a frequência respiratória, a saturação de oxigênio e a pressão arterial. Informar se houve intercorrências e as medidas tomadas.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) - RESOLUÇÃO COFEN Nº 557/2017. Aprovar, no âmbito da Equipe de Enfermagem, o procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html

Acesso em: 18 out. 2021.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 32

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ASPIRAÇÃO NASOTRAQUEAL

Responsável:

Técnico de enfermagem (se usuário estável após avaliação do enfermeiro);
Enfermeiro (na avaliação de nova via aérea ou em usuário com instabilidade ventilatória).
Conforme Resolução COFEN nº 557/2017 que aprova no âmbito da equipe de enfermagem, o procedimento de aspiração de vias aéreas.

Quando:

Conforme prescrição;

Usuário que apresente sinais e sintomas de obstrução das vias aéreas superiores e inferiores, como frequência respiratória anormal, sons adventícios na inspiração ou expiração, secreções nasais, inquietação, secreções gástricas ou vômito na boca, tosse sem liberação de secreções das vias aéreas;

Usuário com dificuldade na função das vias aéreas proveniente de situação pós-operatória, pós-trauma, neurológica ou pela presença de tumor.

Verificar previamente se há contraindicações para esta via de aspiração: passagens nasais obstruídas, hemorragia nasal, epiglote, lesão aguda, cirurgia na cabeça, face ou pescoço, coagulopatia ou distúrbio hemorrágico, via aérea irritável, desvio de septo (contraindicando uma das narinas)

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

Melhorar a ventilação pulmonar;
Provocar tosse para mobilizar secreções das vias respiratórias inferiores e superiores.
Remover as secreções traqueobrônquicas.

Material:

- 1 par de luvas para aspiração (estéril: plástica ou cirúrgica);
- Avental de manga longa;
- Bandeja;
- Cuba;

- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Extensão de borracha estéril;
- Fonte de vácuo ou aspirador portátil;
- Biombo se necessário fornecer privacidade ao usuário;
- Frasco coletor;
- Frasco de água destilada;
- Gaze estéril;
- Lixo pequeno ou saco de lixo pequeno;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Luva de procedimento;
- Máscara descartável;
- Oxímetro;
- Protetor facial e/ou óculos;
- Solução fisiológica;
- Sonda de aspiração nº 12 ou 14;
- Toalha individual ou lenços de papel.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Realizar a ausculta dos pulmões e da traqueia;
7. Verificar a pressão arterial;
8. Calçar as luvas de procedimento e os demais equipamentos de proteção individual;
9. Posicionar o oxímetro no dedo do usuário e garantir que a leitura fique visível durante o procedimento;
10. Auxiliar o usuário a assumir uma posição confortável, preferencialmente Semi-Fowler, com a cabeça em hiperextensão, caso não haja contraindicação;
11. Colocar a toalha sobre o peito do usuário;

12. Dispor os materiais que serão utilizados sobre a mesa de apoio, deixando o lubrificante aberto;
13. Despejar a água destilada na cuba e abrir o frasco de solução fisiológica;
14. Escolher a sonda de número adequado e mantê-la na embalagem para não contaminar;
15. Abaixar a grade da cama do lado em que ficará posicionado;
16. Adaptar o vacuômetro ou aspirador ao frasco coletor;
17. Promover hiperoxigenação durante 30 a 60 segundos antes da aspiração e nos intervalos (utilize o suporte ventilatório prescrito ou a bolsa inflável conectada em oxigênio);
18. Ajustar a pressão da fonte de aspiração entre 110 e 150 mmHg;
19. Abrir o invólucro da sonda de aspiração sem retirá-la da embalagem;
20. Conectar a sonda de aspiração na extensão do aspirador, através do pino conector;
21. Remover o oxigênio, se o usuário estiver utilizando;
22. Calçar luva estéril na mão dominante;
23. Segurar a sonda estéril com a mão dominante e utilizar a outra mão para clampear a borracha do intermediário;
24. Colocar a ponta da sonda na cuba estéril e aspirar uma pequena quantidade de soro fisiológico;
25. Cobrir a ponta da sonda com o lubrificante hidrossolúvel (6 a 8 cm);
26. Introduzir delicadamente a sonda em uma das narinas; solicitando que o usuário inspire profundamente (não aplicar pressão no vacuômetro enquanto está introduzindo a sonda).
Obs: se houver resistência, remova um pouco a sonda e torne a introduzi-la quando o usuário inspirar;
27. Aguardar reflexo da tosse para definir o limite da introdução (cerca de 15 a 20cm). Recuar 1 a 2 cm antes de aplicar a aspiração;
28. Aplicar pressão enquanto retira a sonda em movimentos circulares, não ultrapassando 10 segundos;
29. Estimular o usuário a tossir e a expelir as secreções após cada aspiração (oferecer lenços de papel se ele estiver expectorando);
30. Repetir a aspiração por duas ou três vezes, com intervalos de 30 segundos. Fornecer oxigênio nesses períodos;
31. Lavar a sonda e a extensão de látex com água estéril nos intervalos de cada aspiração e ao final, até que fique livre de secreções;

32. Verificar a saturação de oxigênio e observar sinais de ansiedade, aflição ou asfixia no usuário. Na presença desses sinais, retire a sonda, forneça oxigênio, verifique a pressão arterial e solicite a presença do médico;
33. Se o usuário sentir náuseas ou mal-estar, retire a sonda e ligue o oxigênio;
34. Aspirar as secreções da boca do usuário somente ao final, fazendo sucção suave;
35. Desconectar a sonda da extensão enrolando-a ao redor dos dedos da mão dominante; retirar a luva, invertendo-a de modo que a sonda fique dentro da luva. Retire a outra luva da mesma maneira, colocando as no saco de lixo infectado;
36. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
37. Colocar novas luvas de procedimento;
38. Desligar o aspirador, limpar o rosto do usuário com lenços de papel ou toalha de rosto;
39. Ligar o oxigênio conforme a prescrição (manter a cabeceira elevada);
40. Realizar a ausculta da traqueia e dos pulmões e verificar a pressão arterial;
41. O frasco coletor de secreção de vias respiratórias deve ser substituído quando atingir 2/3 de sua capacidade;
42. Retirar as luvas e descartá-las;
43. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material
44. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
45. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando o horário, a quantidade (estimada) de secreção aspirada e seu aspecto. Anotar dados das ausculta, a frequência respiratória, a saturação de oxigênio e a pressão arterial. Informar se houve intercorrências e as medidas tomadas.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) - RESOLUÇÃO COFEN Nº 557/2017. Aprovar, no âmbito da Equipe de Enfermagem, o procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html

Acesso em: 18 out. 2021.

Parte 4

CUIDADOS RESPIRATÓRIOS

4.2 TRAQUEOSTOMIA



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 33

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: FIXAÇÃO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA / TROCA DE CADARÇO

Responsável:

Enfermeiro de acordo com PARECER COREN/SC Nº 014/CT/2019, Troca da cânula de traqueostomia

Quando:

Aos usuários portadores de cânula de traqueostomia, em ventilação mecânica ou não.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

- Prevenir o deslocamento ou saída acidental cânula de traqueostomia ou do tubo traqueal.
- Proporcionar higiene e conforto ao usuário

Material:

- Água morna;
- Avental de manga longa;
- Bandeja;
- Cadarço para cânula endotraqueal (traqueostomia);
- Cuba;
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário;
- Gaze estéril;
- Luva de procedimento;
- Máscara descartável;
- Óculos de proteção ou Protetor Facial;
- Oxímetro;
- Pinças estéreis;
- Sabonete líquido;
- Solução fisiológica;
- Tesoura;
- Toalha individual ou lenços de papel.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Explicar a importância da sua participação e de evitar tossir quando a fixação for retirada para troca;
7. Calçar as luvas de procedimento e os demais equipamentos de proteção individual;
8. Posicionar o usuário em posição semi-fowler ou sentado;
9. Abaixar a grade da cama do lado em que ficará posicionado;
10. Colocar uma toalha/ papel toalha sobre o peito do usuário;
11. Preparar o material a ser utilizado sobre a mesa de apoio e realizar a aspiração necessária;
12. Preparar os materiais de fixação (cadarço deve ter o comprimento para 2 voltas no pescoço do usuário – 60-75cm, para o adulto);
13. Calçar luvas de procedimento;
14. Solicitar que o usuário faça uma inspiração profunda (quando possível), e realizar uma hiperoxigenação de acordo com o suporte ventilatório prescrito pelo médico;
15. Retirar as gazes antigas e colocar em saco de lixo contaminado; manter o cadarço até colocar o outro;
16. Limpar a área ao redor da traqueostomia com água morna, gaze e sabonete líquido;
17. Secar com gaze e retirar as luvas;
18. Higienizar as mãos e colocar luvas de procedimento;
19. Secar com gaze e pegar o cadarço já cortado;
20. Passar o cadarço na parte posterior do pescoço e mantê-lo centralizado;
21. Passar uma ponta do cadarço na abertura lateral da cânula em ambos os lados (entrando pela abertura posterior e saindo pela anterior);
22. Ajustar o cadarço suavemente deixando cerca de 1 cm de folga;
23. Juntar as duas pontas e fazer um laço na região posterior do pescoço ou na região lateral;
24. Colocar gaze embaixo da parte lateral direita e esquerda da cânula para proteção da pele;
25. Verificar a saturação do oxigênio e a frequência respiratória;
26. Para o usuário domiciliar, com traqueostomia definitiva, retirar a cânula de metal, higienizar com água corrente e recolocar;

27. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
28. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
29. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
30. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando o horário, a frequência respiratória, a saturação de oxigênio. Registrar se houve intercorrências e as medidas tomadas.

Tubo endotraqueal

1. Cortar o cadarço do tamanho adequado;
2. Segurar o tubo para evitar seu deslocamento, posicionando-o na altura da arcada dentária;
3. Dobrar o cadarço ao meio formando uma alça, passe essa alça em volta do tubo na altura da arcada dentária e faça três nós sem ocluir a sua luz, passe uma das tiras ao redor da cabeça do usuário e amarre as duas pontas. Verifique se a fixação está adequada e retire a anterior, desprezando-a no saco de lixo;
4. Colocar gaze ao redor do cadarço e em cima das orelhas para não machucar a pele;
5. Deixar o usuário em posição confortável;
6. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
7. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
8. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando o horário, a frequência respiratória, a saturação de oxigênio. Registrar se houve intercorrências e as medidas tomadas.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) - RESOLUÇÃO COFEN Nº 639/2020. Dispõe sobre as competências do Enfermeiro no cuidado aos pacientes em ventilação mecânica no ambiente extra e intra-hospitalar. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-639-2020_79633.html

Acesso em: 18 out. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COFEN – SC). PARECER COREN/SC Nº 014/CT/2019. Assunto: Troca da cânula de traqueostomia (metal x metal - ex.: exteriorização acidental) e

decanulação após avaliação equipe multiprofissional. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2019/07/PT-014-2019.pdf>

Acesso em: 18 out. 2021.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 34

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: HIGIENIZAÇÃO DO INTERMEDIÁRIO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA (SUBCÂNULA)

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

Sempre que necessário;

Diariamente no banho do usuário.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Promover a limpeza do intermediário da cânula de traqueostomia (subcânula), a fim de proporcionar conforto ventilatório ao usuário, manter a perviabilidade da cânula e evitar processos infecciosos.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Máscara descartável;
- Protetor facial e/ou óculos de proteção;
- 1 pacote de gazes;
- Escova para limpeza do intermediário (subcânula) ou haste rígida o suficiente para auxiliar a introdução da gaze na subcânula;
- Álcool em gel;
- Local a ser realizado o procedimento;
- Pia com água corrente no expurgo.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;

5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Posicionar o usuário em decúbito dorsal com a cabeceira elevada a 30°;
7. Colocar o EPI recomendado (luvas, máscara e óculos);
8. Destavar o intermediário (subcânula) da cânula e retire-o;
9. Lavar em água corrente com auxílio de uma escova ou introduzindo gaze em seu interior. Repetir o procedimento quantas vezes forem necessárias até que fique completamente limpo. Secar o intermediário. Reintroduzir a subcânula na cânula e travar em encaixe apropriado;
10. Deixar o usuário confortável em decúbito a 30°, se possível;
11. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
12. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
13. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
14. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

BRUNNER & SUDDARTH: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica** / Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever; revisão técnica Sônia Regina de Souza – 14.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

Parte 4

CUIDADOS RESPIRATÓRIOS

4.3 OXIGENIOTERAPIA



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 35

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo: Fornecer aporte de oxigênio umidificado para usuário com dificuldade de realizar oxigenação espontânea/de forma natural

Material:

- Almotolia com álcool a 70%;
- Bandeja e/ou cuba rim;
- Cateter nasal ou máscara de oxigênio compatível com o usuário;
- Conexão de látex;
- 1. Esparadrapo e/ou hipoalergênico microporoso;
- Fluxômetro de O₂;
- Fonte de oxigênio (unidade fixa na parede e/ou cilindro);
- Frasco com água destilada ou SF 0,9%;
- Gaze;
- Luvas de procedimento;
- Umidificador.

Descrição do procedimento:

2. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
3. Reunir o material indicado para o procedimento;
4. Conferir a prescrição;
5. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
6. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;

7. Oferecer privacidade ao usuário;
8. Preparar o umidificador, colocando água destilada entre os níveis mínimo e máximo;
9. Faça a etiqueta contendo as informações (nome dos usuários, data e hora da instalação do dispositivo, fluxo de oxigênio em l/min). Cole no frasco;
10. Levar a bandeja até o ambiente do usuário e colocá-la próximo ao usuário;
11. Apresentar-se ao usuário e/ou acompanhante;
12. Checar os dados de identificação do usuário;
13. Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento.
14. Promover privacidade do usuário;
15. Posicionar adequadamente o usuário para procedimento elevando a cabeceira do leito entre 30 e 45º;
16. Calçar as luvas de procedimento;
17. Instalar o fluxometro na fonte de O₂;
18. Conectar o umidificador ao fluxometro;
19. Limpar as narinas do usuário com gaze umedecida em Solução fisiológica;
20. Colocar o cateter nasal ou máscara de oxigênio.

Cateter nasal:

- a. Se cateter nasal simples:
 - I. Introduza a ponta do cateter (4 a 5 cm) em uma das narinas;
 - II. Fixe o cateter no nariz ou na face com fita adesiva hipoalergênica
- b. Se cateter tipo óculos:
 - I. - Introduza os “pinos” do cateter nas narinas
 - II. - Ajuste o cateter ao redor das orelhas e sob o mento

Máscara de oxigênio:

- I. Colocar a máscara sob o nariz, a boca e o queixo;
 - II. Puxar a faixa elástica para trás da cabeça e do pescoço e ajustá-la na lateral da face, até o ajuste confortável ao rosto e boca do usuário;
 - III. Conectar o cateter ou máscara na extensão do umidificador;
 - III. Ajustar o volume de litros de O₂ conforme prescrição ;
21. Deixar o usuário confortável;
 22. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

23. Inserir código do procedimento conforme tabela Sigtap;

24. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Observação:

A oxigenioterapia pode ser classificada em:

1. Sistema de baixo fluxo: cânula nasal duplo, cateter nasofaringe e máscara para nebulização;
2. Sistema de alto fluxo: máscara com sistema reservatório, máscara de Venturi, tenda facial e máscara/colar para traqueostomia.

Modos de liberação de oxigênio:

Método de liberação	Porcentagem de O ₂ liberado	Fluxo em litro
Cânula nasal	Oxigênio 21% mais 3% por litro	0,5 a 6 l/min.
Cateter nasofaringe	FIO ₂ varia com o fluxo inspiratório	<3 l/min.
Máscara de ventura	FIO ₂ 24 a 50%	3 a 15 l/min.
Máscara de facial simples	FIO ₂ 35 a 50%	4 a 8 l/min.
Máscara facial com bolsa reservatória	FIO ₂ 50 a 75%	>6 l/min.

Recomendações:

1. O uso de oxigênio deve ser feito sob prescrição
2. A equipe de enfermagem deve observar e anotar: nível de consciência, frequência e padrão respiratório, perfusão periférica, saturação de oxigênio, frequência cardíaca, pressão arterial
3. Orientar usuário quanto importância da respiração nasal
4. A fixação do cateter nasal simples deve ser trocada diariamente
5. Deve-se fazer revezamento das narinas em caso de cateter nasal simples
6. O cateter de oxigênio é de uso individual e não demanda troca programada, devendo ser mantido protegido em embalagem plástica, realizando desinfecção com álcool a 70% a cada reuso e descartá-lo na alta do usuário
7. Caso seja necessário repor solução no frasco, desprezar o líquido e realizar novo preenchimento após higienização do frasco
8. O frasco/extensão do umidificador, quando utilizado com água, deve ser trocado a cada 24 horas; quando utilizado sem água, deve ser trocado se apresentar sujidade ou, no máximo, a cada 7 dias

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Parte 5

CUIDADOS COM PARÂMETROS CLÍNICOS



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 36

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: AFERIÇÃO DE ALTURA

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Enfermeiro.

Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Obter o valor preciso da altura dos indivíduos maiores de 02 anos para avaliação antropométrica.
- Fornecer parâmetros para avaliação do estado nutricional, condições de saúde, crescimento e desenvolvimento dos usuários, cálculo de dosagem de medicamento.

Materiais:

- Régua antropométrica ou balança antropométrica ou antropômetro de parede.
- Papel toalha
- Álcool 70%

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Orientar o usuário a retirar os sapatos, assim como adereços de cabelo que possam interferir na tomada da medida.
6. Posicionar o usuário no centro do equipamento, de costas para a régua medidora

7. Orientá-lo a manter-se ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos e os pés em angulo reto com as pernas.
8. Verificar se os cinco pontos: parte posterior da cabeça, ombros, nádegas, panturrilhas e calcanhares estão encostados no estadiômetro ou parede. Caso não seja possível, verificar se ao menos três pontos estejam encostados.
9. Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-o contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
10. Solicitar o usuário a retirar-se do equipamento quando tiver certeza que o mesmo não se moveu.
11. Realizar a leitura da altura, sem soltar a parte móvel do equipamento.
12. Registrar a altura no caso de crianças, na Caderneta de Saúde da Criança.
13. Realizar a desinfecção do equipamento com solução alcoólica 70%.
14. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
15. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
16. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

OBSERVAÇÃO

1. A avaliação da estatura pode ser dividida em dois conceitos distintos: comprimento e altura. Utiliza-se o termo comprimento para mensuração do crescimento linear em crianças menores de 2 anos de idade. Já o termo altura é empregado para medidas destinadas às crianças, ou mesmo adultos, em posição ereta (LYRA, 2011)
2. Atentar para cuidados na aferição da altura em usuários com dificuldades de locomoção

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SILVA, Roberto Carlos Lyra da; SILVA, Carlos Roberto Lyra da; SANTIAGO, Luiz Carlos. **Semiologia em enfermagem**. São Paulo: Rocca, 2011.

BOWDEN, Vicky R., Greenberg, Cindy Smith. **Procedimentos de Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

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: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.: il.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 37

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: AFERIÇÃO DE COMPRIMENTO

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Enfermeiro.

Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Obter o comprimento exato da criança menor de 2 anos.
- Fornecer parâmetros para avaliação do estado nutricional, condições de saúde, crescimento e desenvolvimento do usuário, cálculo de dosagem de medicamento

Materiais:

- Infantômetro,
- Álcool 70%,
- Papel toalha,
- Luvas de procedimento.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar a criança e o responsável perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade a criança e familiares;
5. Reunir o material e calçar luvas de procedimento, se necessário
6. Realizar a desinfecção do infantômetro com solução alcoólica 70%
7. Orientar responsável a retirar os sapatos da criança, assim como adereços de cabelo que possam interferir na tomada da medida

8. Deitar a criança no centro do infantômetro, descalça e com a cabeça livre de adereços
9. Manter com a ajuda do responsável a cabeça apoiada contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito. Os ombros, nádegas e calcanhares totalmente em contato com a superfície do infantômetro.
10. Pressionar cuidadosamente, os joelhos da criança de modo que eles fiquem estendidos.
11. Juntar os pés e levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés;
12. Realizar a leitura do comprimento;
13. Solicitar ao responsável a retirar a criança do infantômetro;
14. Anotar o comprimento na Caderneta de Saúde da Criança
15. Realizar a desinfecção do infantômetro com solução alcoólica 70%
16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
18. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
19. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Observações:

1. A avaliação da estatura pode ser dividida em dois conceitos distintos: comprimento e altura. Utiliza-se o termo comprimento para mensuração do crescimento linear em crianças menores de 2 anos de idade. Já o termo altura é empregado para medidas destinadas à crianças, ou mesmo adultos, em posição ereta (LYRA, 2011);

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviço de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**/Brasília: Ministério da Saúde, 2011.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 38

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: AFERIÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA (sinais vitais)

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Enfermeiro.

Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior;

Antes e após procedimentos invasivos;

Antes e após administração de medicamentos que possam acelerar ou diminuir a FC.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Verificar o estado geral da saúde cardiovascular e a resposta ao organismo a outros desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas;
- Avaliar estado geral do usuário;
- Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações;
- Avaliar reações medicamentosas.

Materiais:

- Relógio com marcador de segundos;
- Estetoscópio se necessário;
- Caneta e papel se necessário.

Descrição do procedimento:

- Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
- Reunir o material indicado para o procedimento;
- Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
- Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
- Manter o usuário em posição confortável;

Aferição de Pulso Apical:

- Expor a região torácica;
- Posicionar o estetoscópio devidamente higienizado com álcool a 70% na região torácica (5º espaço intercostal esquerdo da linha hemiclavicular);
- Auscultar as bulhas cardíacas por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto à fonética, ritmo e frequência);

Aferição de Pulso Arterial:

- Posicionar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, pressionando levemente contra saliência óssea;
- Enumerar as pulsações por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto a volume, ritmo e frequência);
- Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
- Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
- Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Recomendações

- O usuário deve estar tranquilo, sem a influência de fatores de estresse e ruídos que interfiram na contagem.
- Os valores de referência para a frequência cardíaca em adultos são: 60 a 100 bpm (normocardia), < 60 bpm (bradicardia), > 100 bpm (taquicardia); sendo bpm: batimentos por minuto
- Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada usuário.
- Para usuário sem precaução de contato, é recomendado manter um estetoscópio exclusivo.
- Além da frequência, verifique o ritmo e a amplitude do pulso (cheio ou filiforme)

Valores de referência

Os valores de referência para a frequência do pulso periférico são, em batimentos por minuto (bpm):

Menores de 7 anos: 80 a 120 bpm (normocardia)

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).

Observações:

1. Comunicar o enfermeiro e médico qualquer alteração;
2. Considerar se o usuário realiza atividade física regular, neste caso, a frequência padrão pode ser inferior ao padrão.

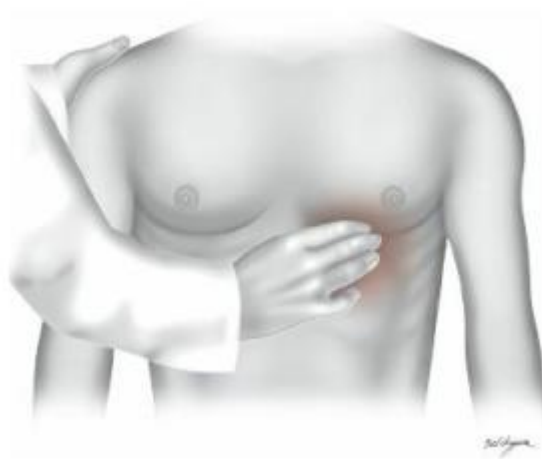


Figura 3: Palpação de pulso apical.

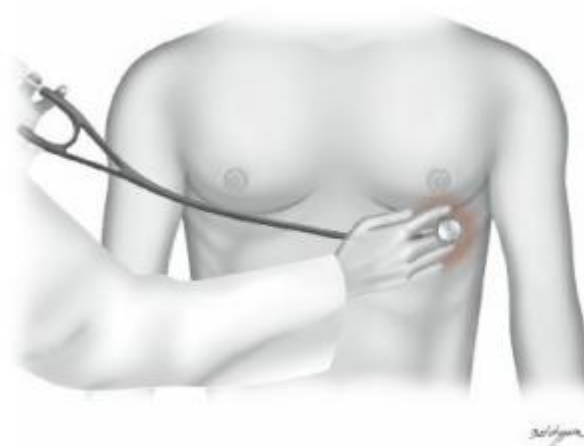


Figura 4: Detalhe do posicionamento do estetoscópio no 5º espaço intercostal.

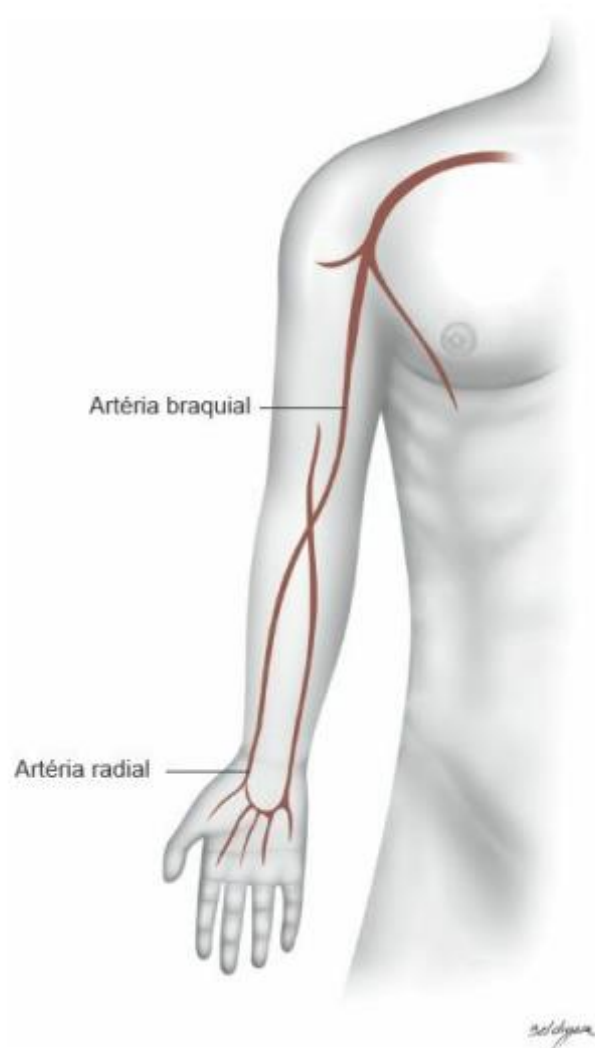


Figura 5: Posição anatômica das artérias de eleição, radial e braquial, no membro superior.



Figura 6: Palpação de pulso radial.



Figura 7: Palpação de pulso braquial.

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual De Procedimentos Operacionais Padrão (Pop) Enfermagem** – SMS Campinas, versão nº2, 2016, disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/POP_Enfermagem_2020.pdf
Acesso em 10 dez. 2020.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 39

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: AFERIÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (SINAIS VITAIS)

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;
Técnico de enfermagem;
Enfermeiro.

Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior;

Antes e após procedimentos invasivos;

Antes e após administração de medicamentos que possam acelerar ou diminuir a FR.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas.
- Avaliar estado geral do paciente, auxiliando no diagnóstico e tratamento de alterações.
- Acompanhar a evolução da doença.

Materiais:

- Relógio com marcador de segundos;
- Estetoscópio se necessário;
- Caneta e papel se necessário.

Descrição do procedimento:

- Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
- Reunir o material indicado para o procedimento;
- Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
- Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
- Manter o usuário em posição confortável;
- Colocar a mão no pulso do cliente simulando a verificação do pulso;

- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;
- Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;
- Comunicar ao enfermeiro e médico se alterações.
- Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%;
- Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
- Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
- Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Recomendações

- Para que a verificação da frequência respiratória seja feita de maneira correta, é necessário que o paciente esteja tranquilo e em silêncio;
- Se as respirações forem superficiais e de difícil detecção, observe o apêndice xifoide, local em que a respiração é mais aparente;
- Em bebês ou crianças, deve-se avaliar a respiração sem que estejam chorando, pois isso pode alterar a condição respiratória
- Os equipamentos de proteção individual (EPI) devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente;

Valores de referência

Para frequência respiratória, os valores são:

Adultos:
12 a 22 rpm (eupneia)
> 22 rpm (taquipneia)
< 12 rpm (bradipneia)
Crianças:
20 a 25 rpm (eupneia)
RN: 30 a 60 rpm (eupneia).

Nomenclatura

rpm: respirações por minuto

Dispneia: refere-se à sensação subjetiva de falta de ar relatada pelo paciente. Pode ou não estar associada à taquipneia.

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual De Procedimentos Operacionais Padrão (Pop) Enfermagem** – SMS Campinas, versão nº2, 2016. Disponível em:
http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/POP_Enfermagem_2020.pdf
Acesso em: 10 dez. 2020.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 40

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;
Técnico de enfermagem;
Enfermeiro.

Quando:

Sempre que necessário ou conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Monitorar o nível de glicose sanguínea;
- Fornecer parâmetros para a prescrição de insulina;
- Analisar e acompanhar a eficácia do plano alimentar, do uso de medicamentos e de outras práticas intervencionistas.

Materiais:

- Cuba com algodão para limpeza e álcool a 70%, ou swab com álcool.
- Lanceta descartável com proteção ou Agulha 13 x 4,5, em caso de absoluta inexistência da lanceta;
- Luvas para procedimento;
- Algodão;
- Glicosímetro portátil;
- Caixa para descarte de material perfurocortante.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Calçar luvas de procedimento;

6. Localizar superfície na face lateral, da falange distal (extremidade) dos dedos médios ou anular em crianças maiores de um ano e em adultos;
7. Fazer assepsia do local da punção e permitir secagem natural (álcool a 70%), ou solicitar para o usuário a lavagem das mãos com água e sabão;
8. Preparar a lanceta de punção, ou preparar o lancetador ou caneta de punção (seguir a orientação do fabricante);
9. Deixar o braço do usuário pendente ao longo do corpo por 30 segundos;
10. Ordenhar o dedo da base para a ponta;
11. Puncionar a face lateral da falange distal com lanceta;
12. Caneta para punção – lancetador: a agulha só sai quando o dispositivo é acionado pelo o profissional na pele do usuário. Neste caso uma vez retraído a agulha não existe possibilidade de reutilização.
13. Quando punção mecânica - descartar a lanceta em caixa para perfuro cortante (cuidar para não ocasionar acidente perfurocortante);
14. Com o dedo puncionado voltado para baixo preencher com a gota de sangue toda a área da fita reagente;
15. Limpar o local com algodão seco;
16. Pressionar o local da punção com algodão ou gaze e elevar ligeiramente a extremidade puncionada acima do nível do coração para interromper a saída de sangue;
17. Acompanhar a avaliação realizada pelo monitor portátil ou acompanhar o resultado das tiras de leitura;
18. Ler o resultado;
19. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
20. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
21. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
22. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.



Figura 9: Aferição de glicemia capilar.

Recomendações

1. Verificar validade das tiras reagentes para determinação de glicose no sangue;
2. Verificar jejum ou pós-prandial;

Calibragem do aparelho, verificar se o lote é correspondente às fitas;

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SÃO PAULO. 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, 2014.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 41

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: AFERIÇÃO DE PESO

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Enfermeiro.

Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Avaliar a evolução pondero-estatural do indivíduo, peso atualizado
- Interpretação das aferições antropométrica para estabelecimento de diagnóstico nutricional e cálculo de dosagem de medicamento.

Materiais:

- Álcool 70%,
- Papel toalha,
- Balança eletrônica digital e balança eletrônica pediátrica (digital),
- Luvas de procedimento não estéril se necessário,

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Conduzir a cliente até a balança.
6. Certificar-se de que a balança está afastada da parede.
7. Verificar se a balança está calibrada.
8. Forrar a balança com papel toalha.

9. Orientar a cliente para retirar chapéu, boné, bolsas, casacos e sapatos.
10. Auxiliar a cliente a subir na balança.
11. Posicionar o usuário com a cabeça alinhada ao corpo, os braços estendidos ao longo do corpo e os pés juntos. Orientar que não se mexa.
12. Observar o valor indicado do peso indicado no visor da balança.
13. Solicitar ou auxiliar o cliente a descer da balança e a calçar os sapatos.
14. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
15. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
16. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Em balança pediátrica eletrônica (digital):

1. Ligar a balança e certificar-se de que a mesma encontra-se zerada;
- ~~2.~~ Crianças menores de dois anos: com ajuda do responsável despir a criança
3. Forrar o prato da balança com papel ou lençol;
4. Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato;
5. Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na balança na criança e no equipamento;
6. Realizar a leitura quando o valor do peso estiver fixo no visor;
7. Retirar a criança;
8. Com ajuda do responsável vestir a criança;
9. Registrar o peso no cartão da criança, incluindo o gráfico de crescimento e desenvolvimento;
10. Proceder à assepsia do prato da balança com álcool 70%;
11. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
12. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
13. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
14. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Observações:

1. Registrar caso o usuário esteja usando, gesso, calha gessada, órteses ou próteses que possam alterar os valores de peso medidos.

2. Usuário cadeirante pode ser pesado no colo do acompanhante, descontando o peso do acompanhante.

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SILVA, Carlos Roberto Lyra; SANTIAGO, Luiz Carlos. **Semiologia em Enfermagem**. São Paulo: Rocca, 2011.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 42

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL (SINAIS VITAIS)

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Enfermeiro.

Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Verificar a pressão arterial através de uma monitorização não invasiva, obtendo valores fidedignos para avaliar a capacidade e eficácia do sistema cardiovascular, embasando as ações de enfermagem e condutas médicas.

Materiais:

- Esfigmomanômetro e estetoscópio previamente higienizados;
- Algodão embebido em álcool a 70%;
- Suporte para braço ou apoio na altura do coração;
- Bandeja;
- Caneta e papel se necessário.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
1. Reunir o material indicado para o procedimento;
2. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
3. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
4. Questionar sobre uso da medicação, horário e queixas;
5. Limpar as olivas do estetoscópio com álcool 70%;
6. Certificar-se de que o usuário não esteja com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes da medida;

7. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do cliente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento e envolver pelo menos 80% do braço;
8. Manter o braço do usuário na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido;
9. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneroide;
10. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente;
11. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;
12. Inflar rapidamente, de 10 em 10mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com a velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o cliente;
13. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica/diastólica;
14. Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com aposição dos usuários, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores e pressão arterial para dígitos terminado em zero ou cinco;
15. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas;
16. O usuário deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento;
17. Registrar procedimento em prontuário/mapa de controle, assinado e carimbado;
18. Comunicar médico/enfermeiro casos de alteração da PA;
19. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

20. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
21. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
22. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Observações:

1. Orientar para que o usuário descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento.
2. Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses.
3. Gestante recomenda-se que a PA seja verificada na posição sentada.
4. Dimensões aceitáveis da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos, conforme tabela 1
5. Em usuários obesos deve-se utilizar o manguito de tamanho adequado a circunferência do braço.
6. Na primeira avaliação fazer a medida da PA com o usuário sentado e em posição ortostática, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos ou em uso de medicação anti-hipertensiva.
7. Em mulheres mastectomizadas evitar aferir pressão arterial no membro do lado lesionado para não dificultar a passagem da linfa.
8. Pacientes em hemodiálise, evitar aferir pressão arterial no membro com presença de fístula ou "shunt", a fim de não ter complicação de obstrução do mesmo pela interrupção da passagem de sangue no local.

Tabela 1 - Tamanho da bolsa de borracha:

Circunferência do braço (cm)	Denominação do manguito	Largura do manguito (cm)	Comprimento da bolsa (cm)
<=6	Recém-nascido	3	6
06 á 15	Criança	5	15

16 á 21	Infantil	8	21
22 á 26	Adulto pequeno	10	24
27 á 34	Adulto	13	30
35 á 44	Adulto Grande	16	38
45 á 52	Coxa	20	42

Fonte: Associação Brasileira de Cardiologia, 2016

Valores da Pressão arterial:

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	>160-179	>100-109
Hipertensão Estágio 3	> ou = 180	> ou = 110

Fonte: Associação Brasileira de Cardiologia, 2016

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão-DBH VI- Diagnóstico e Classificação**. Ver. Bras. Hipertensão, 2016.

TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. **Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5 ed. Artmed. Porto Alegre, 2007.

SILVA, Marizete Pereira. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS PORTADORES DE SHUNT E FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 1976, v. 29, n. 2 [Acessado 29 Abril 2021], pp. 81-86. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-716719760002000011>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-716719760002000011>.

PANOBIANCO, Marislei Sanches et al. Estudo da adesão às estratégias de prevenção e controle do linfedema em mastectomizadas. **Escola Anna Nery** [online]. 2009, v. 13, n. 1 [Acessado 29 Abril 2021] , pp. 161-168. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100022>>. Epub 11 Jun 2010. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100022>.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 43

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: AFERIÇÃO PERÍMETRO ABDOMINAL

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Enfermeiro.

Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Avaliar a distribuição de gordura nos indivíduos, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal.
- Mensurar e controlar o perímetro abdominal especialmente em usuários com doenças gastrointestinais, hepáticas, renais e pós-operatório de cirurgias abdominais.
- Avaliação do desenvolvimento e do estado nutricional do usuário.

Materiais:

- Luvas de procedimento
- Bandeja
- Algodão
- Álcool 70%
- Fita métrica (não extensível/inelástica)
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;

5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Solicitar ao cliente que fique em pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;
7. O profissional deve se posicionar lateralmente à pessoa para fazer a leitura;
8. Localizar a última costela e solicitar para a pessoa inspirar e segurar a respiração por alguns segundos;
9. Localizar a crista ilíaca e apalpar o ilíaco até encontrar a região mais elevada;
10. Colocar a fita horizontalmente ao redor do abdome sobre o ponto médio definido entre a última costela e a região mais elevada da crista ilíaca (se necessário fazer uma pequena marcação com caneta, pedindo autorização ao usuário);
11. Segurar a parte inicial da fita com a mão esquerda e posicionar abaixo da parte final da fita que estará segura pela mão direita;
12. Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura alinhada em um plano horizontal, paralelo ao chão;
13. Ajustar a fita firmemente em torno do abdome, sem enrugar a pele, nem comprimir os tecidos subcutâneos;
14. Pedir ao cliente que inspire e, em seguida, que expire totalmente, realizando a leitura ao final da expiração;
15. Realizar a desinfecção da fita com álcool 70% e guardá-la em local adequado;
16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
18. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

OBSERVAÇÃO

Circunferência abdominal	Homem	Mulher
Risco cardiovascular	≥94	≥80
Alto risco cardiovascular	≥102	≥88

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em serviços de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 44

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: AFERIÇÃO PERÍMETRO CEFÁLICO

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Enfermeiro.

Quando:

Sempre que necessário acompanhar o crescimento e desenvolvimento do usuário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Identificar anormalidades relacionadas ao crescimento e desenvolvimento.

Materiais:

- Luvas de procedimento
- Bandeja
- Algodão
- Álcool 70%
- Fita métrica (não extensível/inelástica)

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar a criança e o responsável perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade a criança e familiares;
5. Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em álcool 70% em movimento único;
6. Posicionar a criança em decúbito dorsal ou sentada;

7. Posicionar a fita métrica sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima, mantendo a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça. Os pontos de referência são a glabella e a protuberância occipital externa (Figura 1, passando a fita métrica ao longo da sutura sagital (Figura 2); os pontos de referência são a inserção das orelhas, passando a fita métrica ao longo da sutura coronal (Figura 3).
8. Não incluir pavilhão auricular;
9. Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior;
10. Registrar os valores no prontuário da criança e na Caderneta de Saúde da Criança
11. Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em álcool 70% em movimento único;
12. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
13. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
14. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
15. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 10 -Medida do Perímetro Craniano.



Fonte: imagem da internet

Figura 11 - Medida Ântero-Posterior.



Fonte: imagem da internet

Figura 12 - Medida Bi-Auricular.



Fonte: imagem da internet.

Referências:

PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão – POPs**, Ribeirão Preto, 2020, versão 1.

UNICAMP. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Neuropediatria. **Medidas do Crânio**. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/medidas-do-cranio>

Acesso em: 18 dez. 2020.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 45

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: AFERIÇÃO PERÍMETRO DO QUADRIL

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Enfermeiro.

Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Indicar indiretamente a quantidade de gordura visceral no corpo quando relacionada a circunferência abdominal do indivíduo.

Materiais:

- Luvas de procedimento
- Bandeja
- Algodão
- Álcool 70%
- Fita métrica (não extensível/inelástica)
- Biombo, se necessário
- Caneta e papel, se necessário

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário

6. Solicitar ao cliente que fique em pé, ereto, abdômen relaxado, braços afastados do corpo e as pernas paralelas;
7. O profissional deve se posicionar lateralmente à pessoa para fazer a leitura;
8. Colocar a fita métrica ao redor do quadril, ao nível das espinhas ilíacas anteriores, sem comprimir a pele, levando em consideração a porção mais volumosa do glúteo;
9. Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes;
10. Realizar a leitura;
11. Realizar a desinfecção da fita com álcool 70% e guardá-la em local adequado;
12. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
13. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
14. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Referências:

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 46

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: AFERIÇÃO PERÍMETRO TORÁCICO

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Enfermeiro.

Quando:

Sempre que necessário acompanhar o crescimento e desenvolvimento do usuário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Acompanhar o desenvolvimento da criança.

Materiais:

- Luvas de procedimento
- Bandeja
- Algodão
- Álcool 70%
- Fita métrica (não extensível/inelástica)
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar a criança e o responsável perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade a criança e familiares;
5. Colocar as luvas de procedimento, se indicado
6. Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em álcool 70% em movimento único;

7. Posicionar a criança em decúbito dorsal ou sentada e expor o tórax;
8. Em recém-nascido, levantar o tórax suavemente e passar a fita por trás do mesmo e trazê-la a frente
9. Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando pelo dorso, na altura dos mamilos.
10. Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax.
11. Realizar a leitura do resultado obtido no ponto de encontro da fita métrica
12. Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em solução alcoólica 70%.
13. Registrar o valor obtido no prontuário eletrônico e na Caderneta de Saúde da Criança;
14. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
15. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
16. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

OBSERVAÇÃO

1. Em caso de erro de leitura e/ou obtenção de valores fora do padrão de normalidade repetir o procedimento e comunicar o enfermeiro e/ou médico.
2. Para realizar o procedimento em RN após o nascimento é necessário o uso de luvas de procedimentos para evitar possível contaminação do profissional e usuário.
3. Aproveitar o momento para investigar possíveis anormalidades como assimetria de mamilos, traumatismos, abaulamento uni ou bilateral (sugestivo de pneumotórax).

Referências:

BAHIA. **PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO PARA AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO SALVADOR. DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE COORDENADORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.** 2019. Disponível em <MicrosoftWord1.POPVersãoPreliminarúltimarevisão(2)(salvador.ba.gov.br)> Acesso em 18 dez. 2020.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 47

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: AFERIÇÃO DE SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Enfermeiro.

Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Verificar a saturação parcial de oxigênio nos tecidos através de uma monitorização não invasiva, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

Materiais:

- Bandeja ou carrinho de apoio;
- Oxímetro de pulso.
- Gaze;
- Álcool 70ºGEL;
- Luvas de procedimento;
- Removedor de esmalte se necessário;
- Algodão.

Descrição do procedimento:

1. Iniciar o processo de paramentação se atendimento a COVID-19.
2. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
3. Reunir o material indicado para o procedimento;
4. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
5. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
6. Observar condições de circulação periférica;

7. Remover esmaltes, corantes, unhas postiças ou excesso de sujidade no local escolhido para aferição;
8. Realizar a escolha do sensor de acordo com o indicado pelo fabricante;
9. Posicionar o sensor no local escolhido, com a incidência do infravermelho. A escolha do dedo indicador é preferencial (insira o dedo do usuário no fim do sensor);
10. Aguardar leitura com curva satisfatória e estável para realizar a verificação do valor apresentado no monitor;
11. Comunicar alterações nos sinais aferidos e condutas tomadas ao enfermeiro e médico;
12. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
13. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
14. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Recomendações

1. A oximetria de pulso é utilizada para avaliar a saturação de oxigênio no sangue de usuários submetidos à sedação, diagnosticar hipoxemia, fazer ajustes de oxigênio suplementar e para avaliar a tolerância às atividades;
2. A saturação funcional de oxigênio (SpO₂) é a relação entre a quantidade de hemoglobina oxigenada e a quantidade de hemoglobina disponível para realizar a ligação com o oxigênio no sangue;
3. Uma sonda ou sensor é colocado na ponta do dedo, lóbulo da orelha ou crista nasal. Ela detecta os valores da saturação do oxigênio monitorando os sinais luminosos gerados pelo oxímetro no sangue pulsátil, do tecido para o sensor;
4. Os valores normais da SpO₂ são de 95% a 100%. Os valores inferiores a 85% indicam que os tecidos não estão recebendo oxigênio suficiente e que o usuário precisa de avaliação médica.
5. Algumas situações clínicas, como baixa perfusão e alterações da hemoglobina (carboxihemoglobina e meta-hemoglobina) e presença de elementos como iluminação ambiente, esmalte nas unhas e outros, podem alterar a medição da SpO₂;
6. Coloque o sensor do oxímetro de pulso preferencialmente no braço onde não esteja sendo medida a pressão arterial, para não haver interferência quando o esfigmomanômetro for inflado. A movimentação do braço do usuário é a maior causa de desestabilização do sensor;

7. O sensor reutilizável deve ser mudado de local a cada 4 h em usuários com monitoramento contínuo;
8. Para a limpeza do sensor reutilizável e do cabo, utilize um pano limpo e úmido em uma solução desinfetante de baixa concentração em todas as superfícies expostas; depois, repita a operação com um pano limpo umedecido somente com água. O sensor não pode ser lavado em água corrente.

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SÃO PAULO. 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, 2014.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 48

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: AFERIÇÃO DE TEMPERATURA (SINAIS VITAIS)

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Enfermeiro.

Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas;
- Avaliar estado geral do usuário;
- Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações;
- Acompanhar a evolução da doença.

Materiais:

- Equipamentos de proteção individual se necessário (atendimentos COVID-19);
- Termômetro digital ou por infravermelho;
- Álcool a 70%;
- Algodão;
- Papel para anotação;
- Caneta;
- Papel toalha;

Descrição do procedimento:

Iniciar o processo de paramentação se atendimento a COVID-19.

Termômetro digital

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Manter o usuário em posição confortável;
6. Realizar desinfecção do termômetro zerando a temperatura armazenada anteriormente;
7. Selecionar local apropriado, livre de lesões (preferencialmente região axilar);
8. Aguardar a emissão de sinal sonoro (termômetro digital);
9. Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70% e zerar a temperatura armazenada;
10. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
11. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
12. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
13. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Termômetro por infravermelho

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Manter o usuário em posição confortável;
6. Ligue o termômetro pressionando o botão Liga/Desliga;
7. Um sinal sonoro será emitido
8. Verificar no visor se o ícone está piscando. Se sim, o termômetro estará pronto para mensuração;
9. Posicione o sensor na testa e mantenha o botão START pressionado. A luz de rastreamento é ativada e consegue-se medir a temperatura a uma distância de até 5 cm;
10. Mova gradativamente o termômetro em direção à têmpora para detectar a temperatura corporal. Quando concluída, um sinal sonoro será emitido;
11. Registre a temperatura que aparece no visor e informe o resultado ao usuário;
12. Aguarde por pelo menos dois minutos para nova mensuração (obrigatoriamente o termômetro deve ser desligado e ligado novamente entre medições consecutivas);
13. Realize a desinfecção com gaze embebida com álcool a 70%;

14. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
15. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
16. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Observações:

1. Comunicar ao enfermeiro e médico qualquer alteração;
2. Observar se vestimenta adequada à estação do ano ou temperatura ambiente ou fatores externos que possam alterar a temperatura.

Recomendações

1. Evitar utilizar os termômetros de mercúrio, pelo risco de exposição dos profissionais ou do ambiente à substância em caso de quebra. Utilize somente o termômetro digital;
2. A temperatura oral e a retal são alternativas para a verificação da temperatura corporal, quando as opções anteriores não estão disponíveis;
3. Verificação da temperatura oral: colocar o termômetro sob a língua do usuário, recomendando que o conserve na posição, mantendo a boca fechada até o sinal sonoro que indica o término da aferição. O termômetro deve ser de uso individual. Não utilize essa técnica em usuários com delírio, inconscientes, com lesões na boca, problemas nas vias respiratórias, em crianças, após ingestão de alimentos gelados e quentes ou em usuários taquipneicos;
4. Verificação da temperatura retal: calçar as luvas de procedimento e colocar o usuário em decúbito lateral esquerdo com a perna direita flexionada (posição de SIMS). Lubrificar a ponta do termômetro (utilizando vaselina ou lidocaína) e introduza-o no ânus na direção do umbigo (cerca de 1,5 cm no lactente, 2 cm na criança e 4 cm no adulto). O termômetro deve ser de uso individual. Essa técnica é mais utilizada na pediatria e na maternidade, e é contraindicada em casos de inflamação, obstrução e cirurgia do reto e em usuários pós-infarto agudo do miocárdio;

As médias das temperaturas encontradas na literatura são, em graus Celsius (°C):

Oral: 33,2 a 38,2

Retal: 34,4 a 37,8

Timpânica: 35,4 a
37,8

Axilar: 35,5 a 37

Alguns fatores intrínsecos influenciam a temperatura, como ovulação, ritmo circadiano, idade, exercício físico, hormônios tireoidianos.

Interpretações das temperaturas:

Hipotermia: temperatura central < 35°C

Febre: é um aumento na temperatura de > 38°C e uma resposta normal para infecções, inflamações ou terapias com drogas.

Hipertermia: temperatura central > 40°C. Está associada a danos que resultam em falência do hipotálamo

Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada usuário.

Para usuários em isolamento de contato, é recomendado manter um termômetro exclusivo.

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde, ANVISA. **AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020**, de 31 de março de 2020
Disponível em:

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

Acesso em: 10 dez. 2020.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem**. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA, M.H.R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2014.

Parte 6
CUIDADOS COM
PROCEDIMENTOS
INTRAVASCULARES



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 49

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

Aos usuários com prescrição de soluções ou medicamentos intravenosos.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Instalar cateter em trajeto venoso para manutenção de uma via de acesso para infusão de soluções ou administração de medicamentos (contínua ou intermitente).

Material:

- Bandeja;
- Garrote;
- Cateter intravenoso periférico sobre agulha apropriado para o procedimento;
- Fita hipoalergênica microporosa;
- Dispositivo a ser conectado ao cateter venoso – de acordo com o objetivo da punção;
- Luvas de procedimento;
- Material para permeabilização do cateter;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Confirmar prescrição;
5. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
6. Escolher o local de acesso venoso, verifique as condições das veias.
7. Calçar luvas de procedimento;

8. Manter o algodão embebido em álcool a 70% ao alcance das mãos;
9. Garrotear o local a ser puncionado para propiciar a visualização da veia;
10. Solicitar ao usuário que mantenha o braço imóvel;
11. Localizar o acesso venoso;
12. Fazer a antisepsia da pele, no local da punção, utilizando álcool a 70%;
13. Tracionar a pele para baixo, com o polegar abaixo do local a ser puncionado;
14. Introduzir o cateter venoso na pele, com o bisel voltado pra cima, em um ângulo aproximado de 30 a 45º e, após o refluxo de sangue no canhão, mantenha o mandril imóvel, introduza o cateter na veia e, em seguida, remova o mandril;
15. Conectar o dispositivo selecionado previamente preenchido com solução fisiológica;
16. Retirar o garrote;
17. Injetar a solução fisiológica lentamente (permeabilize o acesso venoso);
18. Observar se há sinais de infiltração no local da punção, além de queixas de dor ou desconforto do usuário, se houver, retire o cateter imediatamente;
19. Fixar o dispositivo com fita microporosa;
20. Colocar a data e o horário da punção;
21. Orientar o usuário sobre os cuidados para a manutenção do cateter;
22. Deixar o usuário confortável de acordo com a sua necessidade;
23. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
24. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
25. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando a local da punção, dispositivo e qualquer intercorrência.

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

Parte 7
CUIDADOS COM
ADMINISTRAÇÃO DE
MEDICAMENTOS



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 50

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENTERAL

Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem.

Enfermeiro

Quando:

Conforme prescrição

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por sonda enteral – SNG ou SNE, pré ou pós-pilórica – ou de gastrostomia, em usuário com impossibilidade, dificuldade ou contraindicação de deglutição.

Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Estetoscópio;
- Seringa de 10 ou 20 ml (uma para cada medicamento e uma para teste e lavagem da sonda);
- Triturador de comprimidos;
- Água filtrada ou mineral;
- Luvas de procedimento;
- Gazes.

Descrição do procedimento:

1. Verificar a prescrição medicamentosa, e os medicamentos que devem ser administrados via enteral;
2. Aplicar os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
3. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);
4. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

5. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (consta na prescrição) e o prazo de validade;
6. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;
7. Reunir todo o material em uma bandeja;
8. Preparar o medicamento:
 - a. Solução: aspire a dose prescrita com uma seringa de 10 ou 20 ml e complete o volume restante da seringa com água;
 - b. Comprimido: retire da embalagem, coloque-o no triturador, triture-o até tornar-se pó, dilua-o em 10ml de água e aspire-o com uma seringa de 10 ou 20ml. Antes de triturar os comprimidos, confirme com o farmacêutico se eles podem ser triturados;
9. Proteger a seringa com a própria embalagem e coloque-a em uma bandeja;
10. Colocar o medicamento preparado na bandeja;
11. Dirigir aos usuários, confira o nome com dupla checagem;
12. Informar ao usuário sobre o procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos;
13. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
14. Calçar as luvas de procedimento;
15. Testar posicionamento e permeabilidade:
 - a. Sonda enteral: abra a sonda, conecte a seringa vazia, aspire e observe se há retorno de resíduo gástrico (em sondas enterais pós-pilóricas, não ocorre ao aspirar). Não havendo retorno, injete 10 ml de ar, auscultando o quadrante superior esquerdo do abdome (confirmando o posicionamento da sonda);
 - b. Gastrostomia: Abra o cateter, conecte a seringa vazia, aspire e observe se há retorno de resíduo gástrico. Em caso de dúvida, interrompa o procedimento e consulte o enfermeiro ou o médico;
16. Adaptar a seringa que contém o medicamento à sonda;
17. Injetar lentamente toda a medicação (durante aproximadamente 1 minuto);
18. Lavar a sonda administrando 20 a 30 ml de água (utilize a própria seringa que continha o medicamento e aplique pressão moderada, a fim de remover resíduos de medicamento do interior da sonda). Esse procedimento deve ser repetido entre cada medicamento a ser administrado;

19. Deixar a sonda fechada (em caso de SNG em drenagem, mantenha-a fechada por 30 minutos);
20. Deixar o usuário em uma posição confortável;
21. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
22. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
23. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

Referências:

POTTER, Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles...et Al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et. al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SECRETARIA DA SAÚDE. ANVISA, **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 51

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA

Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem;
Enfermeiro.

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por vias respiratórias superiores (inalação) utilizando inalador.
- Auxiliar no tratamento do trato respiratório, produzindo efeitos locais ou sistêmicos ou para fluidificar secreções.

Material:

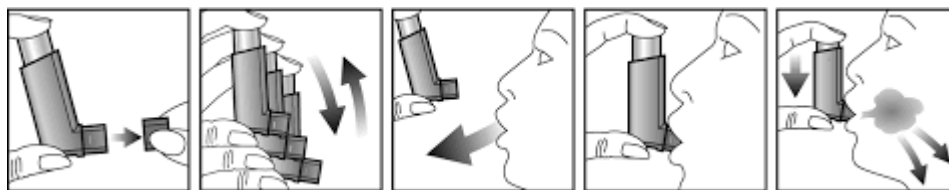
- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Solução fisiológica;
- Inalador;
- Máscara de inalação;
- Lenço de papel;

Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);
3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (consta na prescrição) e o prazo de validade;
5. Colocar o medicamento, na dose prescrita, no reservatório do inalador;
6. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;
7. Reunir todo o material em uma bandeja;
8. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;
9. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos;
10. Realizar as avaliações pré administração necessárias (avalie a capacidade do usuário de usar o inalador, segurar, manipular, pressionar o frasco, força da inalação);
11. Enfermeiro: avalie o padrão respiratório do usuário e ausculte o murmúrio vesicular (comparação durante e após o tratamento);
12. Auxiliar o usuário a posicionar-se na posição sentada, ou Fowler;
13. Dar a oportunidade para o usuário manipular o inalador, frasco e espaçador, explique e demonstre;
14. Inalador de dose metrificada:
 - a. Quando o inalador é novo ou não foi usado por vários dias, faça um “teste de spray” ao ar livre.
 - b. Explique os passos para administrar ao usuário
 - c. Retire a tampa do bocal do inalador
 - d. Agite vigorosamente o inalador por 5 a 6 vezes
 - e. Segure o inalador na posição ereta na mão dominante
 - f. Oriente o usuário que realize uma inspiração profunda e expire.
 - g. Instrua o usuário a posicionar o inalador: fechar a boca ao redor do bocal com a abertura virada para a parte posterior da garganta e com os lábios cerrados firmemente ao seu redor ou a técnica alternativa, posicione o bocal a 2 a 4 cm na frente da boca.
 - h. Com o inalador posicionado adequadamente, faça com que o usuário reajuste a pegada e coloque o polegar no bocal e os dedos indicador e médio no ápice (figura).
 - i. Instruir o usuário a inclinar a cabeça levemente para trás e inspirar de forma lenta e profunda através da boca por 3 a 5 segundos, enquanto abaixa totalmente o frasco.
 - j. Faça com que o usuário prenda a respiração por aproximadamente 10 segundos.
 - k. Remover o inalador da boca e expire com os lábios semicerrados.
15. Inalador de pó seco:

- a. Remover a tampa do bocal
 - b. Não agite o inalador
 - c. Preparar o medicamento conforme orientado pelo fabricante (ex: carregar a cápsula, ou girar a roda para direita ou esquerda até ouvir o estalido).
 - d. Orientar o paciente a Expirar longe do inalador antes da inalação
 - e. Posicionar o bocal entre os lábios
 - f. Orientar o usuário a Inspirar de maneira profunda e vigorosa através da boca
 - g. Orientar o paciente a prender a respiração por 5 a 10 segundos.
16. Instruir o usuário a aguardar um mínimo de 20 a 30 segundos entre as inalações do mesmo medicamento e 2 a 5 minutos entre as de diferentes medicamentos ou conforme prescrito.
17. Aproximadamente 2 minutos depois da dose, faça com que o usuário enxágue a boca com água morna.
18. Enfermeiro: realizar ausculta pulmonar para avaliar melhora no padrão respiratório comparado com a ausculta antes do medicamento.
19. Deixe o usuário em uma posição confortável.
20. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
21. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
22. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
23. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada



Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SECRETARIA DA SAÚDE, ANVISA. **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 52

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRADÉRMICA

Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem;
Enfermeiro.

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Preparar e administrar por via intradérmica (ID) medicamentos que não podem ser absorvidos diretamente pela mucosa gástrica;
- Obter ação mais rápida do que VO.
- Realizar testes de hipersensibilidade e teste de PPD (prova da tuberculina).

Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 1 mL;
- Agulha de 13 mm x 0,45 mm;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%.

Descrição do procedimento para colocação:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);
3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (contida na prescrição) e o prazo de validade;
5. Reunir todo o material em uma bandeja;
6. Fazer a desinfecção do frasco/ampola com algodão embebido em álcool a 70%;
7. Conecte a agulha (13 mm × 0,45 mm) na seringa de 1 mL ;
8. Aspirar o conteúdo do frasco/ampola (o volume correspondente à dose prescrita);
9. Retirar o ar da seringa;
10. Desconectar agulha (sem reencapá-la e com cuidado para não se ferir) e descarte-a em recipiente adequado para perfurocortantes;
11. Conectar outra agulha (13 mm × 0,45 mm) na seringa de 1 mL ;
12. Identificar a seringa com o nome do medicamento correspondente;
13. Colocar o medicamento preparado na bandeja;
14. Com a prescrição e a bandeja dirija-se ao usuário;
15. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
16. Conferir o nome do usuário (dupla checagem);
17. Orientar sobre o medicamento que será administrado (nome do medicamento e via de administração);
18. Escolher a região da aplicação
19. Colocar o usuário na posição mais adequada ao procedimento;
20. Calçar as luvas de procedimento;
21. Exponha a área e delimite o local de aplicação;
22. Realizar a antisepsia do local com o algodão embebido em álcool a 70%, em um único sentido e direção, e espere secar;
23. Retirar a proteção da agulha (segurando a seringa com a mão que fará a punção);
24. Retirar o ar da agulha;
25. Estique a pele do local de aplicação usando os dedos indicador e polegar da mão oposta à que segura a seringa
26. Com o bisel da agulha voltado para cima e fazendo um ângulo de 15° em relação à superfície da pele, introduza a agulha por aproximadamente 3 mm (somente o bisel) abaixo da epiderme, com um movimento delicado, porém firme
27. Injete o medicamento, empurrando o êmbolo com a mão oposta à que segura a seringa, e observe a formação de uma pápula

28. Retire a agulha com um único movimento, rápido e firme, e coloque-a na bandeja (não reencepe a agulha)
29. Não fricção o local da pápula com algodão nem com outro material
30. Oriente o paciente a não coçar nem esfregar o local
31. Deixar o usuário confortável, de acordo com sua necessidade;
32. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
33. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
34. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
35. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

OBSERVAÇÕES:

- Administre um volume máximo de 0,5 mL.
- Os locais indicados para aplicação são a face anterior do antebraço e a região subescapular
- As seringas de aplicação têm capacidade para 1 mL e apresentam graduações em decimais ou centesimais
- Em situações específicas, nas quais a antissepsia possa interferir no tempo de absorção do medicamento e/ou na reação local, esta é contraindicada
- Em caso de PPD, é necessário demarcar a área de aplicação com régua, a fim de medir-se a reação local posteriormente.
- A injeção ID (0,1 mL) é feita na face ventral do antebraço
- É importante monitorar o paciente por cerca de 30 min após da aplicação ID, para constatar uma reação alérgica grave.

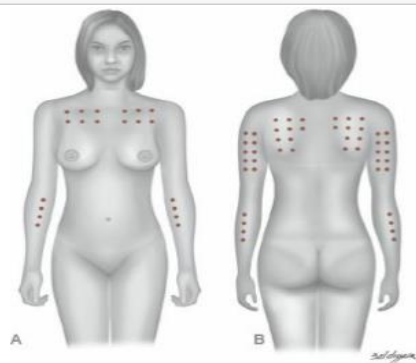


Figura 16.1 A e B. Locais de administração intradérmica.

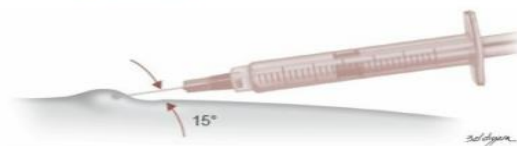


Figura 16.2 Ângulo de inserção da agulha em relação à pele e formação de pápula na administração intradérmica.

Referências:

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al, 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et. al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA) - **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-naprescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 53

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRAMUSCULAR

Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem;
Enfermeiro.

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Preparar e administrar por via intramuscular (IM) medicamentos que não podem ser absorvidos diretamente pela mucosa gástrica;
- Obter ação mais rápida do que VO.

Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Diluente para o medicamento (se necessário);
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 5 mL;
- Agulha de 40 mm × 1,2 mm;
- Agulha para aplicação IM adequada (Tabela);
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%.

Descrição do procedimento para colocação:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);

3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (contida na prescrição) e o prazo de validade;
5. Reunir todo o material em uma bandeja;
6. Fazer a desinfecção do frasco/ampola com algodão embebido em álcool a 70%;
7. Conectar a agulha (40 mm × 1,2 mm) na seringa;
8. Fazer a reconstituição do medicamento (se pó ou liofilizado), utilizando o diluente adequado;
9. Aspirar o conteúdo do frasco/ampola (o volume correspondente à dose prescrita);
10. Retirar o ar da seringa;
11. Desconectar agulha (sem reencapá-la e com cuidado para não ferir-se) e descarte-a em recipiente adequado para perfurocortantes;
12. Conectar a agulha específica para a via IM (Tabela 5) na seringa;
13. Identificar as seringas com o nome do medicamento correspondente;
14. Colocar o medicamento preparado na bandeja;
15. Com a prescrição e a bandeja dirija-se ao usuário;
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Conferir o nome do usuário (dupla checagem);
18. Orientar sobre o medicamento que será administrado (nome do medicamento e via de administração);
19. Escolher a região da aplicação (alterne os locais apropriados para a administração intramuscular);
20. Colocar o usuário na posição mais adequada ao procedimento;
21. Calçar as luvas de procedimento;
22. Exponha a área e delimite o local de aplicação;
23. Realizar a antisepsia do local com o algodão embebido em álcool a 70%, em um único sentido e direção, e espere secar;
24. Retirar a proteção da agulha (segurando a seringa com a mão que fará a punção);
25. Retirar o ar da agulha;
26. Pince a pele e o músculo do local selecionado com os dedos indicador e polegar da mão oposta à que segura a seringa;
27. Inserir a agulha a um ângulo de 90° em relação ao músculo (Figura 8);

28. Tracionar suavemente o êmbolo da seringa para certificar-se de que não há retorno sanguíneo (em caso positivo, retire a seringa e reinicie o procedimento);
29. Injetar lentamente o conteúdo da seringa, empurrando o êmbolo com a mão oposta à que segura a seringa;
30. Retirar a seringa/agulha com um único movimento e coloque-a sobre a bandeja (não reencape a agulha);
31. Comprima levemente o local com algodão seco, sem massagear, até que se conclua a hemostasia;
32. Verificar o local da punção, observando a formação de hematoma ou qualquer tipo de reação (se necessário, faça um curativo local);
33. Perguntar ao usuário se ele se sente bem (verificando sintomas e queixas de possíveis reações ao medicamento);
34. Deixar o usuário confortável, de acordo com sua necessidade;
35. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
36. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
37. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
38. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

OBSERVAÇÕES:

Uma das formas de realizar a administração intramuscular é com a técnica em Z. O método em Z (Z-track) cria um zigzague através dos tecidos, o que veda o trajeto da agulha, para evitar o retorno da medicação. É indicada para injeções profundas de medicamentos ou drogas irritantes, como o ferro. Dessa forma a técnica possibilita o não extravasamento de medicamento da localidade, gerando menor desconforto para o paciente, diminuindo lesões na região do local de aplicação. O procedimento ocorre da forma descrita acima, devendo ser observado dois pontos:

1. Posicionar a mão não dominante abaixo do local que será administrado o medicamento;
2. Puxar a pele para baixo ou para ou de forma lateral com o lado ulnar da mão, mantendo-o dessa forma até o que a agulha seja totalmente introduzida.

Tabela 5- Especificação de agulhas para a aplicação IM em adultos

Biotipo do usuário	Solução oleosa/suspensão	Solução aquosa
Magro	25 mm x 0,8 mm	25 mm x 0,7 mm

Normal	30 mm × 0,8 mm	30 mm × 0,7 mm
Obeso	40 mm × 0,8 mm	40 mm × 0,7 mm

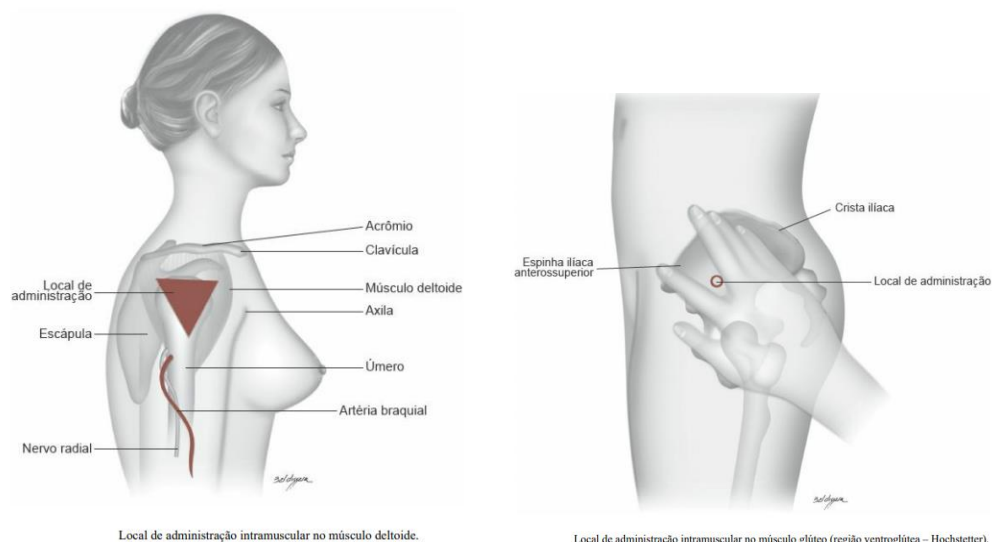
Tabela- Especificações para idade, local de aplicação e volume máximo a ser injetado em cada região.

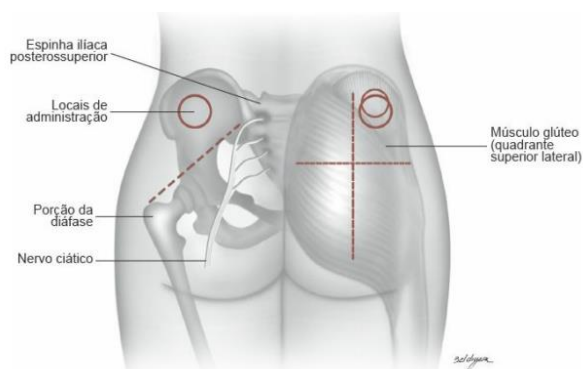
Tabela – Faixa etária, local de aplicação e volume máximo a ser injetado.

Idade/Músculo	Deltoide	Ventro glúteo	Dorso glúteo	Vasto lateral
Prematuros	-	-	-	0,5 ml
Neonatos	-	-	-	0,5 ml
Lactentes	-	-	-	1,0 ml
Crianças de 3 a 6 anos	-	1,5 ml	1,0 ml	1,5 ml
Crianças de 6 a 14 anos	0,5 ml	1,5 – 2,0 ml	1,5 - 2,0 ml	1,5 ml
Adolescentes	1,0 ml	2,0 – 2,5 ml	2,0 – 2,5 ml	1,5 – 2,0 ml
Adultos	1,0 ml	4,0 ml	4,0 ml	4,0 ml

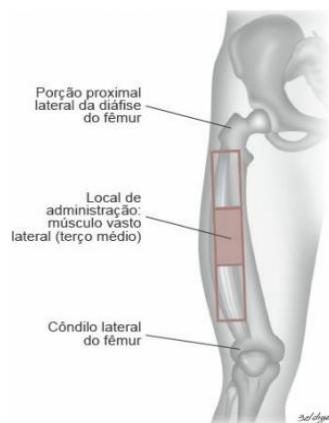
Fonte: Adaptado de SILVA, L.M.G.; SANTOS, R.P. Administração de medicamentos. In: BORK, A.M.T. Enfermagem baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.166-190.

Figura 8: Posições para administração medicamento IM:

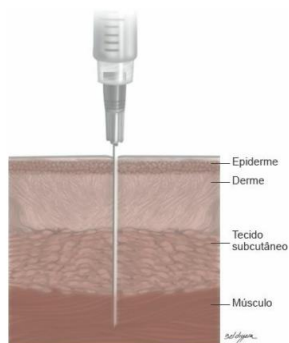




Locais de administração intramuscular no músculo glúteo (região dorsoglútea).



Local de administração intramuscular no músculo vasto lateral.



Ângulo de inserção da agulha, em relação à pele, na administração intramuscular.

Referências:

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles...et Al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et. al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuário/index.php/publicacoes/item/seguranca-naprescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>

POLAKIEWICZ, Rafael. Como realizar administração intramuscular com técnica de aplicação em Z? **PEBMED**, [14 fevereiro 2020]. Disponível em: <https://pebmed.com.br/como-realizar-administracao-intramuscular-com-tecnica-de-aplicacao-em-z/>

Acesso em: 29 abr. 2021.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 54

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRAVENOSA

Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem;
Enfermeiro.

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por via intravenosa (IV);
- Administrar grande volume de líquidos;
- Obter ação imediata do medicamento.

Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Diluente para o medicamento (se necessário);
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 10 mL;
- Agulha de 40 mm x 1,2 mm;
- Agulha de 25 mm x 0,8 mm;
- Agulha do tamanho desejado para acesso venoso;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%.

Descrição do procedimento para colocação:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);

3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Separar o medicamento e confira o nome, apresentação, a dose necessária (contida na prescrição) e o prazo de validade;
5. Fazer a etiqueta de identificação contendo as informações do medicamento e do usuário;
6. Reunir todo o material em uma bandeja;
7. Fazer a desinfecção do frasco, bolsa ou ampola com algodão embebido em álcool a 70%;
8. Preparo:
 - a. Frasco ou bolsa – pronto para uso (dose certa):
 - i. Conecte um equipo de soro ao frasco/bolsa;
 - ii. Retire o ar do equipo, preenchendo-o com o medicamento;
 - iii. Mantenha a extremidade do equipo de soro protegida.
 - b. Frasco ou ampola com solução com necessidade de diluição:
 - i. Conecte a agulha 40 mm x 1,2 mm na seringa;
 - ii. Faça a diluição do medicamento, utilizando o diluente e o volume adequados (conforme prescrição e/ou indicação do fabricante);
 - iii. Aspire o conteúdo do frasco/ampola (o volume correspondente à dose certa prescrita);
 - iv. Retire o ar da seringa, desconecte a agulha (sem reencapá-la), descarte-a em recipiente adequado para perfurocortantes;
 - v. Conecte a agulha de 25 mm x 0,8 mm na seringa.
 - c. Pó ou liofilizado:
 - i. Conecte a agulha de 40 mm x 1,2 mm na seringa;
 - ii. Faça a reconstituição do medicamento, utilizando o diluente e o volume adequado (conforme prescrição e/ou indicação do fabricante);
 - iii. Aspire o conteúdo do frasco/ampola (volume correspondente a dose prescrita);
 - iv. Retire o ar da seringa, desconecte a agulha (sem reencapá-la), descarte-a em recipiente adequado para perfurocortantes;
 - v. Conecte a agulha de 25 mm x 0,8 mm na seringa;
9. Transferir a etiqueta de identificação para a seringa que contém o medicamento correspondente;
10. Reunir todo o material em uma bandeja;
11. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;

12. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação, possíveis efeitos adversos e a sensações a esperar;
13. Colocar o usuário na posição mais adequada ao procedimento e exponha a região de aplicação (com dispositivo venoso ou que será punccionada);
14. Higienizar as mãos e calce as luvas de procedimento;
15. Administração do medicamento:
 - a. Dispositivo de acesso venoso ou central já instalado:
 - i. Limpe a conexão do dispositivo de acesso venoso com gaze estéril embebida em álcool a 70%;
 - ii. Remova a tampa da torneira de duas vias ou do cateter e descarte-a;
 - iii. Desconecte a agulha da seringa e conecte a seringa que contém o medicamento ao dispositivo de acesso venoso;
 - iv. Bloqueie a via de acesso de soro durante o período de administração do medicamento;
 1. Teste o dispositivo venoso: tracione o êmbolo da seringa até que uma pequena quantidade de sangue reflua (não é indicado aspirar cateteres venosos salinizados, cateteres plásticos ou cateteres de pequeno calibre).
 - v. Injete todo o medicamento, no tempo recomendado (na prescrição e/ou bula do medicamento);
 - vi. Observe sinais de infiltração no local da punção, além de queixas de dor, desconforto, reações ou alterações do usuário (se ocorrer durante a administração, interrompa-a) e comunique imediatamente ao médico;
 - vii. Após a administração, bloqueie a via de acesso da torneira de três vias, desconecte a seringa e coloque uma nova tampa estéril de proteção ou restabeleça a infusão de soro e controle o gotejamento.
 - b. Na administração por punção venosa
 - i. Realize a punção venosa;
 - ii. Solte o garrote;
 - iii. Conecte a seringa que contém o medicamento ao cateter venoso;
 - iv. Tracione o êmbolo da seringa até que reflua uma pequena quantidade de sangue;
 - v. Injete todo o medicamento no tempo recomendado;
 - vi. Observe sinais de infiltração ou hematoma no local da punção, além de queixas de dor, desconforto, reações ou alterações do usuário (se ocorrerem durante a

administração, interrompa-a) e comunique imediatamente ao enfermeiro ou médico;

vii. Após a administração retire o dispositivo de acesso venoso e comprima o local da punção com um algodão seco, por alguns minutos. Observe se há sangramento persistente no local e, nesse caso mantenha a compressão;

viii. Oriente o usuário sobre os cuidados com o local.

16. Perguntar ao usuário se ele se sente bem (verificando sintomas e queixas de possíveis reações ao medicamento);

17. Deixar o usuário confortável de acordo com a sua necessidade;

18. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

19. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

20. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;

21. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada

Referências:

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles...et Al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 55

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA NASAL

Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem.

Enfermeiro

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por via nasal para auxílio no tratamento de doenças inflamatórias/infeciosas das vias respiratórias superiores, para aliviar a congestão nasal ou para serem absorvidos sistemicamente.

Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Lenço de papel ou gaze;
- Solução fisiológica (10ml);
- Luvas de procedimento;
- Se necessário: travesseiro pequeno, toalha de rosto, lanterna.

Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);
3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;

5. Reunir todo o material em uma bandeja;
6. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;
7. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação, possíveis efeitos adversos e as sensações a esperar, como sensação de ferroada ou queimação, ou sensação de sufocação à medida que o medicamento escoar para dentro da garganta;
8. Certificar-se de qual seio está afetado quando administrar gotas nasais;
9. Higienizar as mãos e calce as luvas de procedimento se necessário (secreções nasais);
10. Inspecionar a condição do nariz e dos seios paranasais. Palpe os seios para a dor;
11. Examinar o conhecimento do usuário em relação ao uso da técnica para a instilação nasal, bem como a vontade de aprender a autoadministração;
12. Auxiliar o usuário a sentar-se ou elevar a cabeceira do leito;
13. Solicitar ao usuário que limpe as narinas com lenço de papel ou gaze embebida em solução fisiológica (auxilie-o se necessário), exceto quando contraindicado (risco para pressão intracraniana aumentada ou de epistaxe);

Administrando as gotas nasais:

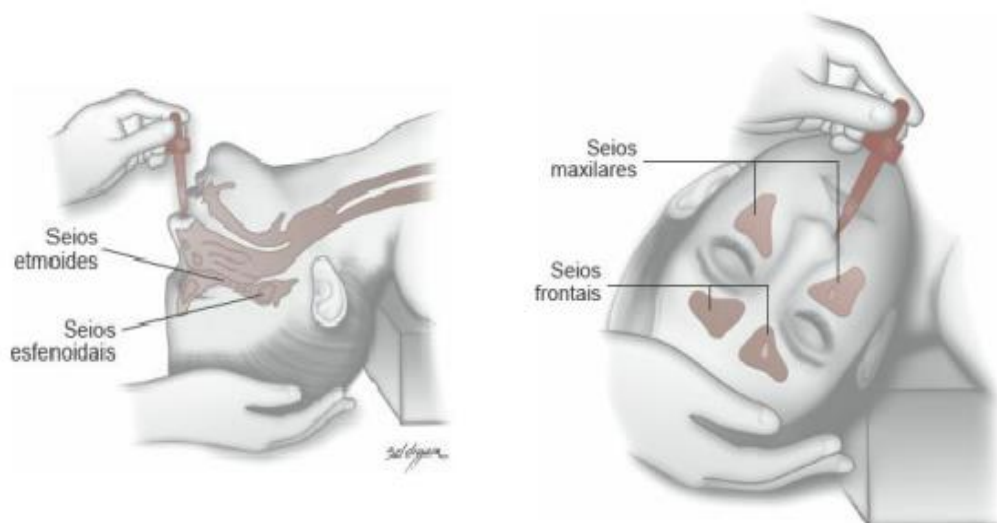
14. Ajude o usuário a ficar na posição supina e posicione adequadamente a cabeça conforme a necessidade de acesso do medicamento:
15. Faringe posterior: solicite ao usuário que incline a cabeça para trás;
16. Seio etmoide ou esenoide: coloque um travesseiro sobre os ombros e incline a cabeça do usuário para trás (figura 9);
17. Seios frontais e maxilares: solicite ao usuário que incline a cabeça para trás e para o lado que deve ser tratado (figura 9);
18. Sustente a cabeça do usuário com a mão não dominante;
19. Instrua o usuário a respirar pela boca;
20. Segure o conta gotas a 1cm acima das narinas e instile o número de gotas prescrito no sentido da linha média do osso etmoide;
21. Oriente o usuário a permanecer na mesma posição por 5 minutos e respirar pela boca;
22. Ofereça lenço de papel ou gaze e oriente-o a não assoar o nariz durante alguns minutos.

Administrando o spray nasal

23. Prepare o spray conforme indicado pelo fabricante;
24. Ajude o usuário a ficar na posição supina e a posicionar a cabeça ligeiramente inclinada para frente;

25. Ajude o usuário a colocar o bico do spray dentro das narinas apropriadas, apontando o bico para o lado e longe do centro do nariz. Feche gentilmente a narina oposta com um dedo;
26. Faça com que o usuário borrife o medicamento dentro do nariz enquanto inspira;
27. Ajude o usuário a tirar o bico do spray para fora do nariz e instruí-lo a prender a respiração por alguns segundos e em seguida expirar através da boca;
28. Ofereça lenço de papel ou gaze ao usuário, mas oriente-o a não assoar o nariz durante alguns minutos.
29. Ajude o usuário a ficar em uma posição confortável depois que o medicamento tiver sido absorvido;
30. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
31. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
32. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

Figura 9: Posicionamento para Administração de medicamentos via nasal



Referências:

POTTER, Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 56

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OFTÁLMICA

Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem.

Enfermeiro

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Administrar medicamentos por via oftálmica, para auxílio no tratamento de doenças inflamatórias/infeciosas dos olhos, lubrificação e no exame oftalmológico.

Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito (solução ou pomada);
- Lenços de papel, gaze ou algodão;
- Luva de procedimento;
- Solução fisiológica;
- Tampão ocular

Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa e verifique os medicamentos que devem ser administrados via oftálmica;
2. Aplicar os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
3. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);
4. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
5. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (quantidade de gotas, quando for líquido), o olho (direito, esquerdo ou ambos) e o prazo de validade;

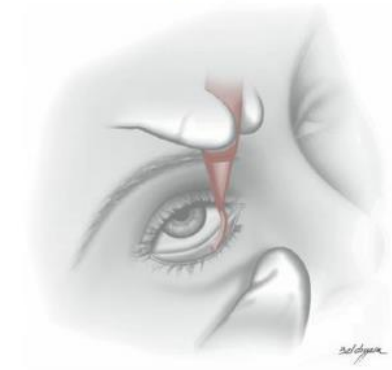
6. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;
7. Reunir todo o material em uma bandeja;
8. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;
9. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos;
10. Higienizar as mãos e calce as luvas de procedimento;
11. Examinar a condição das estruturas oculares externas. Atente-se para a lateralidade do olho;
12. Auxiliar o usuário a posicionar-se na posição sentada com a cabeça ligeiramente hiperestendida ou decúbito dorsal;
13. Na presença de secreção no olho, higienize-o com gaze embebida em solução fisiológica, delicadamente do canto interno para o externo do olho;
14. Com o lenço ou algodão repousando abaixo da pálpebra inferior, pressione gentilmente para baixo com o polegar ou indicador;
15. Peça ao usuário para olhar para cima;
16. Instile as gotas oftálmicas (figura 10):
 - a. Com a mão dominante repousando sobre a fronte do usuário, segure o conta-gotas cheio do medicamento ou solução oftálmica a aproximadamente 1 a 2 cm acima do saco conjuntival;
 - b. Goteje a quantidade prescrita de gotas do medicamento dentro do saco conjuntival;
 - c. Caso o usuário pisque ou feche os olhos e o medicamento caia fora da margem palpebral externa, repita a instilação;
 - d. Depois de instilar as gotas peça para o usuário fechar o olho suavemente;
 - e. Quando o usuário recebe mais de um medicamento ocular no mesmo olho ao mesmo tempo, espere pelo menos 5 minutos antes de administrar o próximo.
17. Aplique a pomada oftálmica (figura 10):
 - a. Segure o aplicador da pomada acima da margem palpebral inferior, aplique em filete fino de pomada de maneira uniforme ao longo da borda interna da borda interna da pálpebra inferior sobre a conjuntiva desde o canto interno até o canto externo;
 - b. Faça com que o usuário feche o olho e friccione a pálpebra suavemente em um movimento circular com a bola de algodão, quando não há contraindicação para o atrito;
18. Quando o medicamento em excesso está sobre o olho, limpe gentilmente, passando do canto interno para o externo;

19. Quando o usuário portava um tampão ocular, aplique um limpo sobre o olho afetado de tal modo que a totalidade do olho seja coberta. Fixe firmemente, sem aplicar pressão sobre o olho;
20. Deixe o usuário em uma posição confortável;
21. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
22. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
23. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

Figura 10: Administração de medicamentos via oftálmica



Posicionamento do paciente para a instilação de gotas oftálmicas.



Posicionamento do paciente para aplicação de pomada oftálmica.

Referências:

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de enfermagem: Guia Prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 57

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL

Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem.

Enfermeiro

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por via oral (VO), utilizando o trato gastrointestinal para absorção

Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Copo descartável;
- Copo com água;
- Se necessário: Seringa, cálice graduado, conta-gotas, dosador, triturador de comprimidos.

Descrição do procedimento para colocação:

1. Certifica-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar).
3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (consta na prescrição) e o prazo de validade;
5. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;

6. Reunir todo o material em uma bandeja;
7. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;
8. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos;
9. Realizar as avaliações pré administração necessárias;
10. Auxiliar o usuário a posicionar-se na posição sentada ou Fowler. Caso a posição sentada esteja contra indicada, use o decúbito lateral;
11. Administrar o medicamento
 - a. Comprimidos: retire da embalagem e coloque no copo, sem tocá-lo. Conforme a necessidade do usuário, triture e dilua. Cápsulas não devem ser rompidas nem diluídas. Ofereça ao usuário e ofereça água para deglutição;
 - b. Formulações que se dissolvem via oral: Remova o medicamento da embalagem exatamente antes do uso. Coloque o medicamento em cima da língua do usuário e o advirta para não mastigar o medicamento;
 - c. Medicamentos sublinguais: Faça com que o usuário coloque o medicamento embaixo da língua e permita que ele se dissolva por completo. Advirta o usuário para não engolir o comprimido;
 - d. Medicamentos bucais: Faça com que o usuário coloque o medicamento na boca contra a mucosa das bochechas até que ele se dissolva. Evite administrar líquidos até que o medicamento bucal tenha se dissolvido;
 - e. Medicamentos em pó: misture-os com líquidos ao lado do usuário e dê para o usuário beber;
 - f. Medicamentos macerados misturados no alimento: forneça cada medicamento em separado em uma colher de chá de alimento;
 - g. Pastilhas: Advirta o usuário a não mastigar ou engolir as pastilhas;
 - h. Medicamentos efervescentes: Adicione o comprimido ou pó a um copo de líquido. Administre o medicamento imediatamente após a dissolução;
12. Caso o usuário seja incapaz de segurar os medicamentos, coloque o copo próximo aos lábios e introduza gentilmente cada medicamento na boca;
13. Aguardar e certifique-se de que o usuário deglutiu todos os medicamentos;
14. Deixar o usuário em uma posição confortável;
15. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada

Referências:

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de Enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et. al. **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:
<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 58

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OTOLÓGICA

Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem.

Enfermeiro

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por via otológica para auxílio no tratamento de doenças inflamatórias/infeciosas do ouvido.

Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Gaze;
- Solução fisiológica (10 ml);
- Luvas de procedimento;
- Bola de algodão;
- Cotonete, se necessário.

Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);
3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (consta na prescrição) e o prazo de validade;

5. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;
6. Reunir todo o material em uma bandeja;
7. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;
8. Certificar-se de qual ouvido para administração do medicamento;
9. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos. Explique as sensações que se devem esperar, como borbulhamento na audição e a sensação de água entrando no ouvido à medida que o medicamento escoar para dentro do ouvido;
10. Realizar as avaliações pré-administração necessárias (história de tontura, perda de audição);
11. Segurar o frasco nas mãos durante alguns minutos para fazer com que o medicamento fique na temperatura do corpo, quando as gotas otológicas estão em uma suspensão turva, agite-as durante aproximadamente 10 segundos;
12. Higienizar as mãos e calce luvas de procedimento (se presença de drenagem pelo conduto auditivo);
13. Auxiliar o usuário a posicionar-se na posição sentada ou decúbito lateral com a cabeça inclinada lateralmente, com o ouvido a ser tratado voltado para cima;
14. Na presença de sujidade ou secreção no ouvido, higienize-o com gaze embebida em solução fisiológica;
15. Retifique o canal auditivo:
16. Em crianças acima de 3 anos e adultos: segure a porção superior do pavilhão auricular e puxe-a suavemente para cima e para trás (figura 11);
17. Em crianças menores de 3 anos: segure a porção superior do pavilhão auricular e puxe-a suavemente para baixo e para trás (figura 11);
18. Instile as gotas prescritas segurando o conta-gotas a 1cm acima do canal;
19. Peça ao usuário para permanecer na posição de decúbito lateral por 2 a 3 minutos;
20. Se prescrito, oclua o canal auditivo com uma bola de algodão (inserindo-a sem comprimir o canal);
21. Repita o procedimento no lado oposto, se estiver prescrito;
22. Deixe o usuário em uma posição confortável;
23. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
24. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

25. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

Figura 11: Administração de medicamentos via otológica



Referências:

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 59

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL

Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem;
Enfermeiro.

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por via retal para o auxílio no tratamento utilizando a via retal para absorção local do medicamento ou para provocar a evacuação do conteúdo intestinal.

Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito (supositório, creme, pomada ou solução);
- Gaze;
- Material para higiene íntima;
- Papel higiênico;
- Luvas de procedimento;
- Aplicador retal para cremes e pomadas;
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário.
- No caso de soluções (enema), acrescentar: forro impermeável, lençol ou toalha de banho, comadre, gel hidrossolúvel ou vaselina líquida, máscara, óculos de proteção e avental.

Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);

3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (consta na prescrição) e o prazo de validade;
5. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;
6. Reunir todo o material em uma bandeja;
7. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;
8. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos, explique em relação ao posicionamento, e as sensações a esperar, como a sensação de esperar defecar. Certifique-se de que o usuário compreende o procedimento caso ele vá autoadministrar o medicamento;
9. Realizar as avaliações pré administração necessárias (história de hemorroidas, fissuras anais, cirurgia retal ou sangramento);
10. Fechar a porta do quarto ou feche a cortina do biombo, fornecendo privacidade ao usuário;
11. Higienizar as mãos e calce as luvas de procedimento;
12. Solicitar ao usuário que faça a higiene da região anal, ou realize-a caso ele estiver impossibilitado;
13. Ajudar o usuário a ficar na posição de decúbito lateral, mantenha o coberto, apenas com a região anal exposta;
14. Certificar-se de que a iluminação é adequada para visualizar ânus. Inspeção a condição do ânus externamente e palpe as paredes anais quando necessário;
15. Descartar as luvas no recipiente adequado quando sujas e calce um novo par de luvas de procedimento;
16. Na aplicação de supositórios:
 - a. Solicite ao usuário que respire lenta e profundamente e que realize o esfíncter anal durante a aplicação do medicamento;
 - b. Afaste as nádegas com uma das mãos e, com a outra mão introduza a extremidade afilada do supositório no ânus do usuário. Use o dedo indicador para direcionar o supositório até que ele ultrapasse o esfíncter anal interno;
 - c. Oriente o usuário a permanecer deitado e a aguardar por, no mínimo, 5 min para que ocorra o efeito do medicamento antes de eliminar o conteúdo intestinal;
 - d. Ajude o usuário a ir ao banheiro ou posicione a comadre;
 - e. Observe o efeito do procedimento após a eliminação intestinal.

17. Na aplicação de cremes e pomadas:

- a. Solicite ao usuário que faça esvaziamento intestinal (se possível ou necessário) e que realize a higiene da região anal, ou realize-a quando ele estiver impossibilitado;
- b. Preencha o aplicador com a quantidade prescrita do medicamento;
- c. Solicite ao usuário que respire lenta e profundamente e que relaxe o esfíncter anal durante a aplicação do medicamento;
- d. Lubrifique a ponta do aplicador retal com gel hidrossolúvel ou vaselina líquida;
- e. Afaste as nádegas com uma das mãos e, com a outra, introduza o aplicador no ânus do usuário, até que ele ultrapasse o esfíncter anal interno;
- f. Oriente o usuário a permanecer deitado e a aguardar por, no mínimo, 5 min para que ocorra o efeito do medicamento; oriente-o a evitar evacuar na sequência;
- g. Mantenha os tubos e as bisnagas de cremes ou pomadas utilizadas, que serão reutilizados, identificados e guardados na gaveta do usuário.

18. Deixe o usuário confortável de acordo com a sua necessidade;

19. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

20. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

21. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada

Referências:

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de Enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:
<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 60

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEA

Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem

Enfermeiro

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por via subcutânea (SC).

Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 1 mL;
- Agulha de 13 mm x 0,45 mm;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%.

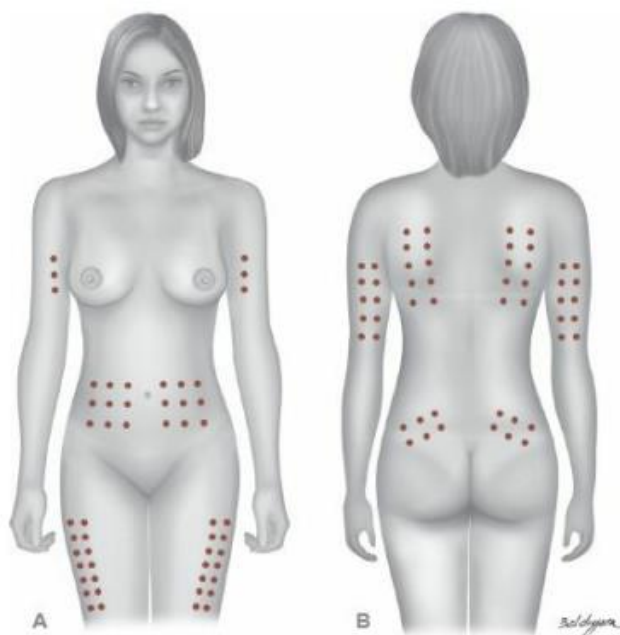
Descrição do procedimento para colocação:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);
3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Separar o medicamento e confira o nome, apresentação, a dose necessária (contida na prescrição) e o prazo de validade;
5. Fazer a etiqueta de identificação contendo as informações do medicamento e do usuário;

6. Reunir todo o material em uma bandeja;
7. Fazer a desinfecção do frasco, bolsa ou ampola com algodão embebido em álcool a 70%;
8. Conectar a agulha (13 mm x 0,45 mm) na seringa de 1ml;
9. Aspirar o volume correspondente à dose prescrita, sem deixar ar no interior;
10. Desconectar a agulha (sem reencapá-la e descartá-la em recipiente adequado para perfurocortantes);
11. Conectar a outra agulha (13 mm x 0,45 mm) na seringa;
12. Transferir a etiqueta de identificação para a seringa que contém o medicamento correspondente;
13. Reunir todo o material em uma bandeja;
14. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;
15. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação, possíveis efeitos adversos e as sensações a esperar;
16. Colocar o usuário na posição mais adequada ao procedimento e exponha a região de aplicação (alterne os locais apropriados à administração subcutânea);
17. Higienizar as mãos e calce as luvas de procedimento;
18. Delimitar o local de aplicação;
19. Realizar antisepsia do local com algodão embebido em álcool a 70% em único sentido e direção, e espere secar;
20. Retirar a proteção da agulha (segurando a seringa com a mão que fará a punção);
21. Pinçar a pele do local selecionado com os dedos indicador e polegar à mão oposta que segura a seringa;
22. Introduza a agulha na pele, fazendo um ângulo de 90º (ou de 45º em crianças ou usuários adultos muito magros);
23. Não tracione o êmbolo da seringa;
24. Solte a pele e injete o medicamento, empurrando lentamente o êmbolo;
25. Retire a seringa/agulha com um movimento rápido e único e coloque-a na bandeja (não reencape a agulha);
26. Aplique pouca pressão no local da aplicação, com uma bola de algodão;
27. Verifique o local da punção, observando a formação de hematoma ou qualquer tipo de reação (se necessário, faça um curativo local);
28. Pergunte ao usuário se ele se sente bem (verificando sintomas e queixas de possíveis reações ao medicamento);

29. Deixe o usuário confortável de acordo com a sua necessidade;
30. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
31. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
32. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
33. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

Figura 12: Locais administração subcutânea



Locais de administração subcutânea.

Referências:

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:
<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 61

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA TÓPICA

Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem;
Enfermeiro.

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por via tópica, para auxílio no tratamento por ação local ou sistêmica.

Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Gaze;
- Luva de procedimento;
- Espátula.

Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);
3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (consta na prescrição) e o prazo de validade;
5. Identificar o medicamento;

6. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;
7. Reunir todo o material em uma bandeja;
8. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;
9. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos;
10. Higienizar as mãos e calce as luvas de procedimento;
11. Auxilie o usuário a posicionar-se na posição mais adequada ao procedimento;
12. Expor a área de aplicação e faça a higiene local com gaze embebida em solução fisiológica, se necessário (para remoção de sujidade, secreção, resíduos de aplicações anteriores);
13. Abrir a tampa do frasco ou tubo;
14. Colocar o medicamento em uma gaze, sem tocar a ponta do tubo na gaze, na quantidade suficiente para cobrir a área indicada até a sua absorção (se necessário, utilize uma espátula);
15. Aplicar o medicamento na área indicada e espalhe-o delicadamente até a sua absorção (se necessário, enfaixe o local).
16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
18. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
19. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

Referências:

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>

Acesso em: 03 dez. 2020.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 62

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA VAGINAL

Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem.

Enfermeiro

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por via vaginal para o auxílio no tratamento de doenças ginecológicas utilizando a mucosa vaginal para absorção local do medicamento.

Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Comadre;
- Material para higiene íntima;
- Papel higiênico;
- Luvas de procedimento;
- Aplicador vaginal;
- Absorvente higiênico;
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário.

Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);

3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (consta na prescrição) e o prazo de validade;
5. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;
6. Reunir todo o material em uma bandeja;
7. Dirigir-se à usuáries, confira o nome com dupla checagem;
8. Informar à usuáries do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos, explique em relação ao posicionamento, as sensações a esperar, como sensação de umidade na área vaginal. Certifique-se de que a usuáries compreende o procedimento quando ela planeja autoadministrar o medicamento;
9. Realizar as avaliações pré-administração necessárias (história de secreção vaginal);
10. Fechar a porta do quarto ou feche a cortina do biombo;
11. Higienizar as mãos e calce as luvas de procedimento;
12. Solicitar ao usuáries que esvazie a bexiga e que faça a higiene íntima, ou realize-a, quando ela estiver impossibilitada;
13. Ajudar a usuáries a ficar na posição ginecológica, eleve os quadris com um coxim e mantenha o abdome e membros inferiores cobertos com lençol;
14. Certificar-se de que a iluminação é adequada para visualizar a abertura vaginal. Inspecione a condição da genitália externa e do canal vaginal;
15. No caso de aplicação de creme, preencha o aplicador vaginal com a quantidade prescrita do medicamento;
16. Separar os grandes lábios com uma das mãos, de modo a visualizar o canal vaginal;
17. Com a outra mão, introduza o aplicador, ou outra forma de apresentação do medicamento (comprimido, supositório), na vagina da usuáries. Empurre completamente o êmbulo do aplicador;
18. Retirar o aplicador e libere os grandes lábios;
19. Solicitar ao usuáries que permaneça deitada por 15 min;
20. Fornecer ou coloque um absorvente higiênico e auxilie a usuáries a se vestir;
21. Deixar a usuáries confortável de acordo com a sua necessidade;
22. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

23. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
24. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

Referências:

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:
<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>

Acesso em: 03 dez. 2020.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 63

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO E MISTURA DE INSULINAS

Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem;
Enfermeiro.

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

- Administrar insulinas via subcutânea;
- Alcançar o controle glicêmico basal;
- Alcançar o controle glicêmico após as refeições.

Material:

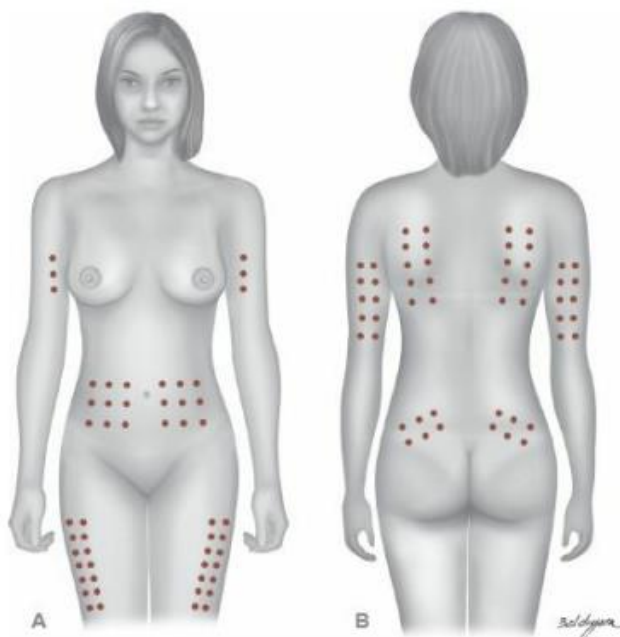
- Bandeja;
- Insulina prescrita (NPH ou regular);
- Luvas de procedimento;
- Seringa com agulha fixa de 13 mm x 0,45 mm;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%.

Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Separar todo o material necessário;
3. Ao abrir o frasco pela primeira vez, anotar a data especificando dia, mês e ano, para o controle adequado dos vencimentos. Seguir a indicação do fabricante quanto a validade em dias após a abertura do frasco;
4. Conferir o prazo de validade da insulina, se estiver vencido, descarte;
5. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

6. Calçar as luvas de procedimento;
7. Utilizar seringa de insulina, graduada em unidade, com agulha fixa no corpo da seringa, garantindo a precisão da dosagem. Nunca utilize seringa com agulha separada, nestas seringas existe um espaço extra, formado pelo pico da seringa e a base de fixação da agulha;
8. Certificar-se da padronização das seringas quanto as unidades, se 50UI ou 100UI;
9. Conferir o aspecto da insulina. Observe se muda de cor, apresenta partículas boiando ou aspectos de congelamento. Se um desses estiver presente, descarte-a;
10. Fazer movimentos circulares ou palmares suaves com o vidro para que haja uma homogeneização do seu conteúdo, não agite o frasco em hipótese alguma;
11. Realizar a desinfecção da borracha dos frascos de insulina com algodão embebido em álcool 70% e aguarde secar. Certifique-se que a borracha do frasco não esteja úmida com o álcool;
12. Quando houver necessidade de administrar duas insulinas simultaneamente, aspirar primeiro a insulina de ação rápida (R) ou ultrarrápida, que possuem aspecto límpido transparente e, em seguida, a insulina de ação intermediária (NPH) que possui aspecto turvo, leitoso (o objetivo é diminuir a possibilidade de entrada de insulina NPH no frasco de insulina R ou ultrarrápida, alterando a capacidade destas insulinas agirem rapidamente em uma outra aplicação);
13. Manter a agulha com protetor e aspire ar até a graduação correspondente à dose de insulina NPH prescrita;
14. Retirar o protetor da agulha, injete o ar no frasco de insulina NPH e retire a agulha SEM aspirar a insulina;
15. Com a mesma seringa puxe o êmbolo até a marca da escala que indica a quantidade de insulina R prescrita;
16. Injetar o ar no frasco de insulina R sem retirar a agulha, coloque o frasco na posição vertical de cabeça para baixo e puxe o êmbolo lentamente aspirando a quantidade de insulina R prescrita;
17. Retornar o frasco para a posição anterior e retire a agulha lentamente;
18. Colocar o frasco de insulina NPH na posição vertical de cabeça para baixo, introduza a agulha segurando no corpo da seringa com cuidado para não perder a insulina R que já está no interior da seringa;
19. Aspirar lentamente a quantidade de insulina NPH prescrita;
20. O total preparado deve corresponder à soma das doses das insulinas NPH e R prescritas;
21. Retornar o frasco para a posição anterior e retire a agulha lentamente e recoloca o protetor de agulha com cuidado para prevenir contaminação;
22. Não faça nenhum tipo de mistura sem prescrição;

23. No caso de dúvidas ou erros durante o preparo despreze tudo e comece novamente. Quando cometer erros, nunca devolva para nenhum dos frascos as insulinas já misturadas;
24. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação, possíveis efeitos adversos e a sensações a esperar;
25. Colocar o usuário na posição mais adequada ao procedimento e exponha a região de aplicação (alterne os locais apropriados a administração subcutânea);
26. Higienizar as mãos e calce as luvas de procedimento;
27. Delimitar o local de aplicação;
28. Retire a proteção da agulha (segurando a seringa com a mão que fará a punção);
29. Pince a pele do local selecionado com os dedos indicador e polegar à mão oposta que segura a seringa;
30. Introduzir a agulha na pele, fazendo um ângulo de 90º (ou de 45º em crianças ou usuários adultos muito magros);
31. Não tracione o êmbolo da seringa;
32. Soltar a pele e injete a insulina, empurrando lentamente o êmbolo;
33. Retirar a seringa/agulha com um movimento rápido e único e coloque-a na bandeja (não reencape a agulha);
34. Aplicar pouca pressão no local da aplicação, com uma bola de algodão.
35. Perguntar ao usuário se ele se sente bem (verificando sintomas e queixas de possíveis reações ao medicamento);
36. Deixar o usuário confortável de acordo com a sua necessidade;
37. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
38. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
39. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada



Locais de administração subcutânea.

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN – SC). PARECER COREN/SC Nº 003/CT/2016. Assunto: Esclarecimentos sobre a administração de dois tipos de Insulina NPH e Regular concomitantemente, em mesma seringa. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Parecer-T%C3%A9cnico-003-2016-CT-ABS-Mistura-de-Insulina.pdf>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 64

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE SOROTERAPIA VIA SUBCUTÂNEA – HIPODERMOCLISE

Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem

Enfermeiro

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Administrar infusão contínua de soluções em volumes maiores quando impossibilidade de administração via oral, impossibilidade de acesso venoso e contraindicação de procedimento invasivo;
- Permitir até 1500ml em 24h por sítio de punção, podendo ser realizado dois sítios distintos.

Contraindicação absoluta:

- Recusa do usuário;
- Anasarca;
- Trombocitopenia grave;
- Necessidade de reposição rápida de volume (desidratação grave, choque).

Contraindicação relativa:

- Caquexia;
- Síndrome da veia cava superior;
- Ascite;
- Áreas com circulação linfática comprometida (após cirurgia ou radioterapia);
- Áreas de infecção, inflamação ou ulceração cutânea;
- Proximidade de articulação;
- Proeminências ósseas.

Material:

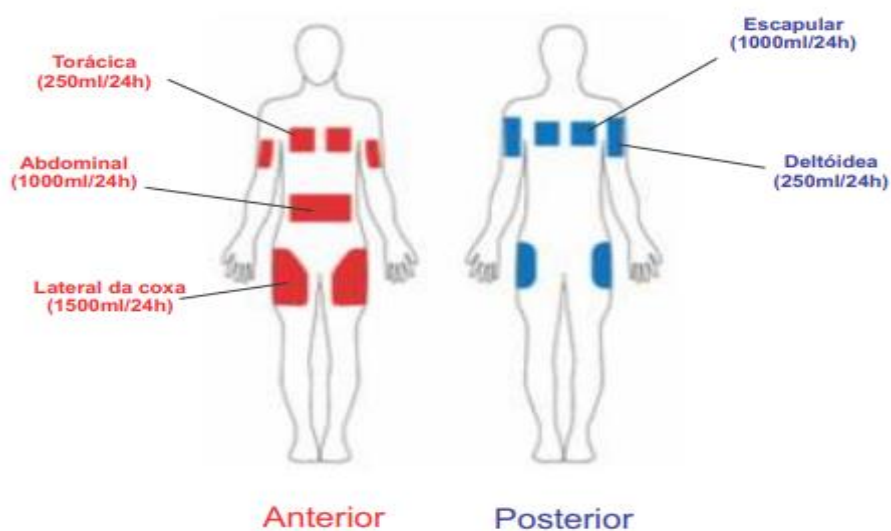
- Bandeja;

- Dispositivo de punção (agulhado ou não agulhado);
- Luvas de procedimento;
- Seringa preparada com 3ml de soro fisiológico 0,9%;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%;
- Curativo filme transparente.

Descrição do procedimento para colocação:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
3. Dirigir-se ao usuário com os materiais na bandeja;
4. Explicar o procedimento e finalidade ao usuário;
5. Inspeccionar o local a ser puncionado;
6. Abrir o invólucro do dispositivo pela área demarcada;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Preencher o dispositivo com SF 0,9%;
9. Realizar antisepsia da pele com algodão embebido em álcool 70%;
10. Retirar o protetor do dispositivo;
11. Escolher o local da punção com maior tecido adiposo e que proporcione melhor mobilidade do usuário;
12. Fazer a prega subcutânea com a mão não dominante;
13. Introduzir o dispositivo na pele com a mão dominante em um ângulo de 30 a 45º com o bisel voltado pra cima;
14. Aspirar pra verificar a ausência de retorno sanguíneo;
15. Administrar 1ml de soro fisiológico e verificar se há presença de extravasamento;
16. Fixar o dispositivo com curativo filme transparente;
17. Conectar o equipo da solução ao dispositivo;
18. Identificar o acesso subcutâneo com data, nome, horário, calibre do cateter.
 - a. A recomendação de troca é de 5 a 7 dias, mas a ANVISA estabelece um padrão de troca a cada 72h.

19. Pergunte ao usuário se ele se sente bem (verificando sintomas e queixas de possíveis reações ao medicamento);
20. Deixe o usuário confortável de acordo com a sua necessidade;
21. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
22. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
23. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada



Referências:

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles...et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>

Acesso em: 03 dez. 2020.

GODINHO, Natalia Cristina; SILVEIRA, Luciana Vaz de Arruda. **Manual de Hipodermóclise** [recurso eletrônico]. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu- HCFMB, 2017 Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2017/12/Manual-de-Hipoderm%C3%B3clise-HCFMB.pdf>

Conselho Regional De Enfermagem Da Bahia (COREN – BA). PARECER Nº 004/2017. Competência técnica da equipe de enfermagem na realização da hipodermóclise. Disponível em:

http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0042017_29418.html#:~:text=O%20uso%20da%20via%20subcut%C3%A2nea,e%20tenha%20conhecimento%20quanto%20%C3%A0

Acesso em: 11 abr. 2021.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 65

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

Sempre que houver necessidade de administração de reposição de líquidos e eletrólitos, preferencialmente conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Corrigir o desequilíbrio hidroeletrolítico pela reidratação oral, prevenindo a desidratação e os seus agravos.

Material:

- Água filtrada ou fervida (fria);
- Copo descartável;
- Envelope de Soro de Reidratação Oral – SRO;
- Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa).

1. Descrição do procedimento:

2. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
3. Reunir o material indicado para o procedimento;
4. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
5. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
6. Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água;
7. Ofertar ao usuário em curtos intervalos ou toda vez que ele desejar;
8. Solicitar reavaliação do usuário após o término da terapia (médica ou do enfermeiro);
9. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
10. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
11. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;

12. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin; **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 66

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DAS LESÕES CONDILOMATOSAS

Responsável:

Enfermeiro

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Preparar o usuário para a realização do procedimento;
- Realizar a instrumentação para a realização da cauterização química das lesões condilomatosas com Ácido Tricloroacético 90%.

Material:

- Luva de procedimento;
- Compressa cirúrgica;
- Ácido tricloroacético à 90% (ATA);
- Swab ou cotonete;
- Pinça Cheron;
- Gaze;
- Lençol;
- Avental/camisola para mulher;
- Loção hidratante neutra ou vaselina líquida
- Bicarbonato de Sódio

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares, explicando que o procedimento a ser realizado, pode gerar dor e desconforto;
5. Solicitar que o usuário esvazie a bexiga;

6. Solicitar que o usuário troque de roupa, em local reservado, dando-lhe um avental para que se cubra proporcionando privacidade;
7. Colocar luvas de procedimento;
8. Posicionar a usuário em posição ginecológica, com a pelve coberta com lençol;
9. Posicionar a compressa cirúrgica abaixo das nádegas;
10. Realizar inspeção visual da vulva, vagina, região perianal, pênis e bolsa escrotal buscando identificar a localização da(s) lesão(ões);
11. Proteger com loção hidratante ou vaselina líquida as margens da lesão, para evitar que o ATA possa provocar queimaduras na pele sadia ao redor;
12. Aplicar cuidadosamente com auxílio de cotonete embebido (ATA) sobre as lesões;
13. Remover o excesso (se aplicada quantidade excessiva) polvilhando-se bicarbonato de sódio sobre o local;
14. Auxiliar o usuário na descida da mesa ginecológica;
15. Solicitar que ele troque de roupa, fornecendo privacidade para a mesmo;
16. Orientar para retorno semanal, para reaplicação do ATA até remissão da lesão, ou no caso de resistir ao tratamento, retornar à consulta médica para reavaliar indicação terapêutica (possibilidade da excisão com bisturi, cauterização, cirurgia de alta frequência – CAF – ou laser);
17. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
19. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
20. Evoluir procedimento no prontuário do usuário

Referências:

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (HUMAP). POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH. Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. p: 480. 2016.

PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão – POP**, SMS Ribeirão Preto, 2020, versão 1.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP). Faculdade de Ciências Médicas. Neuropediatria. Medidas do Crânio. Disponível em <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/medidas-do-cranio>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 67

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: NEBULIZAÇÃO

Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem;
Enfermeiro.

Quando:

Conforme prescrição.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por vias respiratórias superiores (inalação) utilizando nebulizador. Para o auxílio no tratamento do trato respiratório, produzindo efeitos locais ou sistêmicos ou para fluidificar secreções.

Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Solução fisiológica;
- Nebulizador;
- Kit de nebulização infantil ou adulto;
- Fluxômetro;
- Cadorço;
- Lenço de papel;

Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa).
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar).
3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (consta na prescrição) e o prazo de validade.
5. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito.
6. Reunir todo o material em uma bandeja.
7. Colocar o medicamento, na dose prescrita, no reservatório do nebulizador. Se prescrito adicione a solução fisiológica (no volume prescrito)
8. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem.
9. Informe ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos.
10. Realizar as avaliações pré administração necessárias
11. Enfermeiro: realizar ausculta pulmonar prévia;
12. Calce as luvas de procedimento.
13. Auxilie o usuário a posicionar-se na posição sentada ou Fowler.
14. Instale o fluxômetro na fonte de oxigênio.
15. Conecte uma extremidade do tubo extensor ao fluxômetro e a outra extremidade ao nebulizador.
16. Conecte a máscara ao reservatório do nebulizador
17. Abra o fluxômetro (entre 2 e 7 L/m) e verifique se há saída de névoa pelo inalador.
18. Entregue o inalador ao usuário e oriente-o a segurá-lo, mantendo a máscara junto à face (sobre o nariz e a boca), e a respirar tranquilamente. Caso não consiga segurá-lo corretamente, fixe a máscara, por meio do cadarço.
19. Deixe o usuário em uma posição confortável.
20. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
40. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
21. Ao término da nebulização:
 - a. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
 - b. Calce as luvas de procedimento
 - c. Feche o fluxômetro e retire o inalador da face do usuário.
 - d. Coloque o inalador na bandeja
 - e. Ofereça lenços de papel para que o usuário seque a face e o nariz.

f. Deixe o usuário confortável.

22. Enfermeiro: realizar ausculta pulmonar

23. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

24. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

25. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;

26. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>.

Acesso em: 03 dez. 2020.

Parte 8

CUIDADOS COM EXAMES

8.1 COLETA DE EXAMES



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 68

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: COLETA DE AMOSTRA DE FERIDA INFECTADA

Responsável:

Enfermeiro

Técnico de enfermagem

Quando:

Conforme requisição.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Diagnosticar infecções e identificar o perfil de sensibilidade aos antibióticos.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Soro fisiológico;
- Swab estéril ou seringa;
- Tubo de ensaio ou de cultura;
- Toalha de papel;
- Etiqueta de identificação.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário com o nome, a data e o horário da coleta;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Colocar luvas de procedimento;
7. Limpar o local com soro fisiológico;
8. Limpar a partir das bordas exteriores para remover o exsudato antigo;
9. Remover as luvas e colocar novas luvas;
10. Usar um swab estéril ou seringa para colher o máximo de drenagem possível;
11. Ter um tubo de ensaio limpo ou um tubo de cultura sobre uma toalha de papel limpa;

12. Após esfregar no centro do local da ferida, segurar o tubo de coleta com um papel-toalha;
13. Inserir com cuidado o swab sem tocar o lado externo do tubo;
14. Etiquetar o recipiente da amostra com o nome do usuário e informações de identificação e transferir o tubo para o saco de risco biológico etiquetado para transporte;
15. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
18. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Referências:

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS (EBSERH). Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. **Procedimento de coleta de material para cultura**. 2016. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/PROCEDIMENTO+DE+COLETA+DE+MATERIAL+PARA+CULTURA.pdf/96a17a54-fbdb-4820-9c8d-7db3d33fb595>
Acesso em: 27 nov. 2020.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et al. 9. ED. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 69

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: COLETA DE AMOSTRA DE FEZES

Responsável:

Enfermeiro;
Técnico de enfermagem.

Quando:

Conforme requisição;
Usuários restritos ao leito.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Auxiliar no diagnóstico de infecções intestinais.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Etiqueta de identificação;
- Recipiente para coleta;
- Material para higiene íntima;
- Comadre.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário bem como o frasco da amostra com o nome, a data e o horário da coleta;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Orientar a evacuar na comadre e solicitar de imediato o profissional de enfermagem;
7. Colocar luvas de procedimento;
8. Coletar amostra de fezes conforme orientação do laboratório;
9. Auxiliar na higiene íntima;
10. Desprezar as fezes sobressalentes;

11. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
12. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
13. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
14. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

ANEXOS

- Oriente o usuário a não urinar na comadre onde serão coletadas as fezes para o exame;
- Não refrigere a amostra.

Referências:

CARMAGNANIM, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara.

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 70

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: COLETA DE AMOSTRA DE SANGUE ARTERIAL

Responsável:

Enfermeiros

Quando:

Conforme requisição.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Obter amostra de sangue arterial para exames de pH, gases e avaliação do equilíbrio acidobásico, e dosagem de eletrólitos.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Agulha para punção (calibre adequado ao usuário);
- Heparina sódica (5.000 UI/ml);
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Gaze estéril;
- Etiqueta de identificação;
- Fita hipoalergênica microporosa.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário bem como o frasco da amostra com o nome, a data e o horário da coleta;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Colocar luvas de procedimento;

- 7.** Aspirar 1ml de heparina e molhe a luz da seringa
- 8.** Despreze todo o conteúdo da seringa;
- 9.** Escolha o local avaliando dentre os possíveis locais de punção (artérias radial, pediosa e femural);
- 10.** Fazer o teste de Allen se a artéria escolhida for a radial;
- 11.** Solicitar ao usuário que mantenha o membro estável no momento do procedimento;
- 12.** Manter algodão seco ao alcance;
- 13.** Palpar a artéria, colocando a ponta dos dedos indicador e médio sobre ela, definindo sua localização e trajeto, mantendo-os no local para guiar a punção;
- 14.** Fazer a antisepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, em movimentos circulares, do centro para as extremidades;
- 15.** Introduzir a agulha lentamente entre a ponta dos dedos no ângulo adequado de acordo com a artéria escolhida: 45 a 60° para artéria radial; 30° em relação ao dorso do pé para a artéria pediosa, e 90° para a artéria femoral;
- 16.** Verificar a entrada da agulha na artéria por visualização do sangue pulsátil no canhão da agulha;
- 17.** Coletar a quantidade de sangue necessária (1 a 3ml);
- 18.** Retirar a agulha;
- 19.** Comprimir imediatamente firmemente o local de punção com algodão seco por aproximadamente 5 minutos;
- 20.** Retirar com cautela o ar da seringa;
- 21.** Descartar a agulha em local correto para perfurocortantes;
- 22.** Ocluir o bico da seringa com material não perfurocortante;
- 23.** Observar se há sinais de formação de hematoma ou sangramento no local de punção;
- 24.** Caso observe algum dos sinais do item anterior, comprimir local por mais 5 minutos;
- 25.** Fazer no local da punção curativo compressivo com gaze estéril e fita hipoalergênica no local da punção;
- 26.** Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
- 27.** Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
- 28.** Colocar a identificação do usuário na seringa com amostra de sangue arterial;
- 29.** Providenciar o encaminhamento imediato do material para o laboratório;

30. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;

31. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

ANEXOS

- A amostra de sangue arterial, quando resfriada e lacrada corretamente, permanece estável por até 1 h.

Teste de Allen: Consiste em um teste para avaliar a circulação arterial da mão antes da punção:

- Pedir ao usuário que feche a mão fortemente;
- Usando seus dedos indicador e médio de ambas as mãos, palpe as artérias ulnar e radial do usuário;
- Comprima e obstrua o fluxo do sangue em ambas as artérias enquanto ele abre parcialmente e fecha a mão de 4 a 5 vezes;
- Mantenha a mão do usuário com a palma para cima, ela deverá aparecer esbranquiçada;
- Reduza a pressão na artéria ulnar enquanto observa a coloração da palma da mão e dos dedos. A mão e os dedos devem ficar preenchidos dentro de 10 a 15 s se a circulação ulnar estiver adequada. Se a mão permanecer esbranquiçada, a circulação não está adequada para ele (teste de Allen negativo) e a punção da radial não deve ser feita. Se a cor for retomada (teste de Allen positivo), a punção da artéria radial pode ser efetuada com segurança;
- Em casos de usuários inconscientes, eleve a mão do usuário acima do coração e aperte ou comprima-a, até que ocorra o empalidecimento.
- Baixe a mão do usuário enquanto ainda está comprimindo a artéria radial (libere a pressão sobre a artéria ulnar) e observe o retorno da coloração.

Referências:

CARMAGNANIM, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO.** Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	NÚMERO: POP 71	DATA DA VALIDAÇÃO: 12/2020	DATA DA REVISÃO: 12/2022
Procedimento: COLETA DE AMOSTRA DE SANGUE VENOSO			
Responsável: Enfermeiro; Técnico de enfermagem.			
Quando: Conforme requisição.			
Monitoramento: Enfermeiros.			
Objetivo: Coletar sangue venoso para a investigação de alterações nas substâncias circulantes.			
Material: - Luvas de procedimento; - Álcool 70%; - Seringa; - Agulha hipodérmica; - Garrote; - Fita adesiva hipoalergênica; - Etiqueta; - Tubos de exame. - Algodão.			
Descrição do procedimento: - Lavar as mãos conforme POP XX de fricção antisséptica de mãos; - Confirmar a identificação do paciente com o nome, a data e o horário da coleta; - Explicar o procedimento ao paciente; - Etiquetar o recipiente da amostra com o nome do paciente e informações de identificação. - Colocar luvas de procedimento conforme POP XX; - Escolher o local de punção venosa, expor a área avaliando as condições das veias; - Garrotear o local que será puncionado; - Solicitar ao paciente que mantenha o membro imóvel; - Manter algodão seco ao alcance;			

10. Faça a antissepsia da pele, no local da punção, utilizando algodão com álcool a 70%, por 3 vezes, em movimento espiral centrífugo;
11. Puncione a veia com agulha hipodérmica ou escalpe mais adequado ao paciente;
12. Coletar a quantidade necessária de sangue;
13. Retirar o garrote;
14. Realizar pressão no local da punção com algodão seco;
15. Colocar a quantidade de sangue adequada dentro dos tubos;
16. Verificar o local da punção, observando se há formação de hematoma e sangramento;
17. Descartar agulhas em local correto para descarte de perfurocortante;
18. Descartar cada material em seu lixo correto;
19. Retirar as luvas;
20. Higienizar as mãos;
21. Evoluir procedimento no prontuário do paciente;
22. Inserir código do procedimento conforme tabela SIGTAP.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Técnicas para Coleta de Sangue**. Brasília, DF, 2001. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0108tecnicas_sangue.pdf

Acesso em: 19 jul. 2021.

CARMAGNANIM, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017, 330p.

Anexos

- Em caso de uso do sistema a vácuo, proceder de mesma forma até o passo número 10, a seguir prosseguir da seguinte forma:
 1. Introduzir o tubo no suporte da agulha, pressionando-o ao limite;
 2. Soltar o garrote assim que o sangue fluir ao tubo;
 3. Pressionar o local da punção com algodão seco;
 4. Separar a agulha do suporte com o auxílio de uma pinça;
 5. Seguir a partir do passo 16 conforme POP.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 72

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: COLETA DE AMOSTRA DE URINA

Responsável:

Enfermeiro;
Técnico de enfermagem.

Quando:

Conforme requisição.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Avaliar presença de infecção urinária e identificar agente etiológico.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Etiqueta de identificação;
- Recipiente para coleta;
- Material para higiene íntima;
- Comadre;
- Gaze;
- Álcool 70%.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário bem como o frasco da amostra com o nome, a data e o horário da coleta;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Colocar luvas de procedimento.
7. Realizar a higiene íntima do usuário com sabão neutro, secando a pele e as mucosas com gaze estéril;

8. Orientar o usuário a desprezar o primeiro jato e, em seguida, aproxime o frasco esterilizado do meato uretral, sem encostar, coletando em jato médio aproximadamente 5 ml da urina;
9. Tampe o frasco;
10. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
11. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
12. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
13. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Procedimento para usuários que não controlam ato miccional (uso de saco coletor):

1. Realizar passos anteriores de “descrição do procedimento” até o item 8;
2. Retirar o papel que cobre a parte adesiva do saco coletor e fixar o saco na região genital;
3. Aguardar 30 minutos para o usuário urinar, caso não urine, repetir o processo a cada 30 minutos;
4. Repetir item descritos anteriormente em “descrição do procedimento” a partir do item 10.

Procedimento para usuários que fazer uso de sonda Foley:

1. Realizar passos anteriores de “descrição do procedimento” até o item 7;
2. Clampear a extensão da bolsa coletora pouco abaixo do local apropriado para punção;
3. Realizar a desinfecção no local apropriado para coleta de urina, com algodão e álcool a 70%;
4. Introduzir a agulha de 30 mm × 7 mm, aspirar, com uma seringa, 10 ml de urina, injetar no frasco de vidro estéril e o tapar.
5. Repetir item descritos anteriormente em “descrição do procedimento” a partir do item 10.

ANEXOS

- Não utilize solução antisséptica na higienização da região íntima do usuário
- Colete preferencialmente a primeira urina da manhã;
- Encaminhe a urina coletada ao laboratório em até 1 h;
- Se o usuário tiver condições de realizar a coleta, oriente e monitore todos os passos do procedimento.

Referências:

CARMAGNANIM, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 73

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: COLETA DE ESCARRO PARA BACILOSCOPIA

Responsável:

Enfermeiro;
Técnico de enfermagem.

Quando:

Conforme requisição.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Auxiliar no diagnóstico, acompanhamento de casos de tuberculose e vigilância epidemiológica de sintomático respiratório decorrentes de infecções pulmonares causadas por mico bactérias.

Material:

- Livro de registro de sintomático respiratório;
- Etiqueta de identificação;
- Recipiente para coleta, com capacidade de 35-50mL, transparente, tampa com rosca;
- EPIs: Máscara cirúrgica ou máscara N95, óculos, avental, luvas de procedimento.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Etiquetar o recipiente da amostra com o nome do usuário e informações de identificação no corpo do pote, nunca na tampa;
7. Proceder registro dos dados no livro de sintomático respiratório;
8. Encaminhar usuário para ambiente arejado, atentando para condições mínimas de biossegurança ou orientar coleta no domicílio;

9. Colocar o usuário em posição sentada ou semissentada;
10. Colocar os EPIs;
11. Entregar o frasco coletor e solicitar ao usuário orientando para aspirar profundamente três vezes e então, tossir e expectorar para alcançar o volume de escarro ideal (de 5 a 10 ml), mínimo 1mL para TRM (teste rápido molecular);
12. Oferecer toalha de papel, deixando o usuário em posição confortável;
13. Fechar o frasco rosqueando firmemente a tampa ou orientar se a coleta for na residência;
14. Retirar de forma adequada cada EPI;
15. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
18. Evoluir procedimento no prontuário eletrônico do usuário;
19. Se a coleta for realizada no domicílio, orientar que seja trazido a Unidade de Saúde para adequado acondicionamento (caixa térmica refrigerada) e encaminhamento ao laboratório para processamento, no máximo até 5 dias da coleta;
20. Não é necessário jejum, a cavidade oral deve estar limpa, sem resíduo alimentar, preferencialmente sem prótese dentária no momento da coleta, recomenda-se coletar antes da refeição ou jejum pela manhã.

BIBLIOGRAFIA

PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão – POPs**, SMS Ribeirão Preto, 2020, versão 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para controle da tuberculose no Brasil/MS**-Brasília, 2018.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 74

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: RASPADO INTRADÉRMICO PARA PESQUISA DE BAAR/ HANSENÍASE

Responsável:

Enfermeiro.

Quando:

Conforme requisição.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Auxiliar no diagnóstico de Hanseníase, identificando a presença de bacilos de Hansen e forma clínica PB/ MB.

Material:

- Cuba rim;
- Toalha de papel;
- Recipiente com algodão;
- Caixa coletora de perfurocortante;
- EPIs: Máscara cirúrgica ou máscara N95, óculos, avental, luvas de procedimento, óculos de proteção ocular;
- Bisturi nº 15;
- Pacote de curativo contendo pinça anatômica e pinça Kelly;
- Lâmina de vidro com ponta fosca para microscopia;
- Gaze estéril;
- Caixa para acondicionamento e transporte da lâmina;
- Caneta com ponta de videa;
- Lápis preto.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;

3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Proceder registro dos dados no livro de coleta de Hanseníase e sistema GAL (laboratório);
6. Encaminhar à sala de procedimentos;
7. Colocar o usuário em posição sentada;
8. Colocar os EPIs;
9. Organizar o material na mesa auxiliar ou bancada;
10. Realizar desinfecção da lâmina com álcool 70%;
11. Proceder marcação da lâmina com 4 círculos, cerca de 5-7mm, correspondentes aos sítios de coleta (LOD, LOE, CDCE ou lesão de pele);
12. Identificar lâmina com o nome do paciente e número do registro;
13. Realizar antissepsia dos locais/sítios de coleta com álcool a 70%;
14. Com auxílio da pinça Kelly, realizar prega no sítio de coleta pressionando a pele suficiente para obter uma isquemia, evitando sangramento (presença de hemácias). Manter pressão, sem travamento da pinça, até o final da coleta;
15. Realizar incisão, com bisturi, com aproximadamente 5mm de extensão por 3mm de profundidade;
16. Realizar raspado com lado não cortante da lâmina em ângulo reto em relação ao corte, retirando quantidade suficiente e visível de material;
17. Distribuir material coletado na lâmina com movimentos circulares do centro da marca até o bordo, do círculo previamente delineado na lâmina, em camada homogênea;
18. Desfazer compressão do sítio e proteger com curativo adesivo hipoalérgico;
19. Repetir raspado nos demais sítios, observando a ordem padrão dos círculos definido na lâmina;
20. Manter a lâmina com raspado intradérmico em superfície limpa e plana após a coleta de material por 5 a 10 minutos em temperatura ambiente, até estar totalmente seco;
21. Fixar esfregaço com bico de busen ou lamparina, passando a lâmina duas a três vezes, rapidamente, na chama, com material de esfregaço voltado para cima;
22. A lâmina deve ser condicionada em porta lâmina e encaminhada para LACEN-Criciúma;
23. Registrar o procedimento do prontuário eletrônico.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Guia de procedimentos técnicos, Baciloscopia em Hanseníase**. Série A. Normas e Manuais Técnico. Brasília – DF, 2010.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 75

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: PROVA TUBERCULINA/ TESTE DE MANTOUX/ PPD

Responsável:

Enfermeiro

Técnico de Enfermagem.

Quando:

Conforme requisição.

Objetivo:

- Identificar infecção latente da Tuberculose em contatos de casos de tuberculose pulmonar e conforme critérios do Manual de Recomendações de controle da Tuberculose no Brasil, 2018.

Material:

- Toalha de papel;
- Recipiente com algodão;
- Seringa 1mL descartável (tipo insulina 100 UI) com agulha acoplada;
- Agulhas 13x4,5 ou similar se seringa não acompanhar agulha;
- Caixa térmica;
- Bobinas de gelo reciclável;
- Termômetro para controle de temperatura;
- Caixa coletora para material perfurocortante;
- EPIs: Luvas de procedimento e óculos protetor;
- Frasco de PPD-RT23 (derivado proteico purificado);
- Ficha de registro para prova tuberculina.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;

5. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico (CELK);
6. Encaminhar à sala de procedimentos;
7. Colocar o usuário em posição sentada com membro superior apoiado em bancada ou suporte para braço;
8. Colocar os EPIs;
9. Aspirar 0,1 ml, retirando frasco com PPD da caixa térmica, previamente preparada e ambientalizada, mantendo temperatura entre +2 e +8°C;
10. Selecionar face anterior do antebraço esquerdo, preferencialmente, evitando áreas de cicatrizes, lesões de pele e vascularização (veias calibrosas). Na impossibilidade do antebraço esquerdo utilizar o direito;
11. Segurar o antebraço esquerdo do usuário entre o polegar (1º dedo) e o indicador (2º dedo), distendendo a pele com o 2º dedo;
12. Administrar volume indicado observando ângulo da agulha levemente inclinado em relação ao plano da pele. Deslizar a seringa na epiderme e administrar todo conteúdo, lentamente, introduzindo todo bisel na epiderme com a agulha voltada para cima, visualizando a formação de uma pápula;
13. Retirar a seringa e realizar anotação do procedimento no prontuário eletrônico;
14. Orientar evolução da reação e cuidados para evitar lesões de pele no local da aplicação.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Manual de Capacitação para Enfermeiros na Técnica de aplicação e leitura da Prova Tuberculínica**. MS, 2015.

BRASIL. **Manual de normas técnicas de tuberculose para unidades básicas de saúde**. MS, 2010.

BRASIL. **TÉCNICAS DE APLICAÇÃO E LEITURA DA PROVA TUBERCULÍNICA**. MS, Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. Brasília, 2014.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 76

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: LEITURA DA PROVA TUBERCULINA/ TESTE DE MANTOUX/ PPD

Responsável:

Enfermeiro

Técnico de enfermagem.

Quando:

72 horas até 96 horas após a aplicação da prova tuberculina via intradérmica.

Objetivo:

- Identificar infecção latente da Tuberculose em contatos de casos de tuberculose pulmonar e conforme critérios do Manual de Recomendações de controle da Tuberculose no Brasil, 2018, para tratamento preventivo.

Material:

- Régua milimétrica de plástico flexível e transparente com escala de cor preta;
- Ficha de registro do resultado da prova tuberculina.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico (CELK);
6. Encaminhar à sala de procedimentos;
7. Colocar o usuário em posição sentada com membro superior apoiado de forma que fique relaxado e levemente fletido;
8. Observar local da aplicação e palpar cuidadosamente com o 2º dedo (indicador) o contorno do local da aplicação, delimitando bordos da enduração, se houver;
9. Posicionar a régua milimétrica transversalmente ao eixo do braço e medir em milímetros o maior diâmetro transversal da enduração sem pressionar o local;
10. Registrar em milímetro, na ficha de registro de prova tuberculina e no prontuário eletrônico;

11. Orientar cuidados para evitar lesões de pele e resultado para devido encaminhamento conforme resultado do teste;
12. Retirar a seringa e realizar anotação do procedimento no prontuário eletrônico;
13. Orientar cuidados para prevenir lesões na pele, no local da aplicação.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Manual de capacitação par enfermeiros na Técnica de aplicação e leitura da Prova Tuberculínica**. MS, 2015.

BRASIL. **Manual de normas técnicas de tuberculose para unidades básicas de saúde**. MS, 2010.

BRASIL. **Técnicas de aplicação e leitura da prova tuberculínica**. MS, Dpto de Vigilancia das doenças transmissíveis. Brasília, 2014.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 77

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: COLETA DE EXAME CITOLOGICO CERVICO-VAGINAL (PAPANICOLAU)

Responsável:

Enfermeiro

Quando:

- Sempre que necessário.
- Conforme indicação clínica
- De forma preventiva, anualmente para mulheres que já tiveram início de vida sexual, principalmente entre 25 e 59 anos, sendo que após dois exames consecutivos anuais dentro da normalidade, pode ser realizado intervalo de 3 anos entre os exames.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Coletar material cérvico vaginal para realização de exame diagnóstico com objetivo de detectar precocemente a presença de lesões neoplásicas ou pré neoplásicas podendo ser encontrados alguns processos de outra natureza (parasitas, processos inflamatórios, outros);
- Rastrear todas as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual, pelo menos uma vez a cada 2 anos.
- Rastrear precocemente o câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras;
- Acompanhar as mulheres tratadas ou diagnosticadas com lesões precursoras;
- Fornecer subsídios para a vigilância do câncer do colo do útero (SISCAN).

Material:

- Espátula de Ayres;
- Escova endocervical;
- Espéculos tamanhos: P, M ou G;
- Lâmina ponta fosca (para identificação);
- Fixador citológico;
- Pinça Cheron;

- Gazes esterilizadas;
- Livro de registro;
- Outros materiais de escritório: lápis preto nº2; apontador; borracha; canetas; régua;
- EPIs: luva de procedimentos; avental descartável, óculos de proteção;

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário;
4. Identificar a lâmina na extremidade fosca com lápis com os seguintes dados: nome da unidade de saúde requisitante, as iniciais do nome completo da mulher e data de nascimento, nome do laboratório que fará a análise.
5. Certificar que a usuário esteja com a bexiga vazia;
6. Fornecer e solicitar que usuário coloque o avental, retirando sua roupa. Fornecer privacidade para a mesma.
7. Auxiliar a mulher a posicionar-se na maca, em posição litotômica;
8. Cobrir a usuário com lençol;
9. Posicionar e ligar o foco de luz;
10. Calçar a luva de procedimento;
11. Realizar afastamento dos pequenos lábios e introduzir o espéculo suavemente;
12. Inspeccionar vagina e colo de útero e retirar excesso de secreção com pinça Cheron e gaze, se necessário;
13. Colher material de ectocérvice com espátula de Ayres ponta bifurcada, encaixando parte mais longa do equipamento no orifício externo do colo, girando 360°, e fazer esfregaço único transversal na extremidade ao lado da parte fosca da lâmina de vidro identificada. (Figura 1);
14. Colher material endocervical com escovinha cervical, girando 360°, e fazer rotação da escova sobre a lâmina em esfregaço único em sentido longitudinal, ao lado do esfregaço de ectocérvice. (Figura 2);
15. Fixar imediatamente o material colhido e distendido na lâmina para evitar o dessecação, com o spray fixador, a uma distância de 20cm;
16. Tracionar espéculo delicadamente, inclinando levemente para cima, observando as paredes vaginais, para evitar pinçamento do colo;

17. Informar a usuário que o exame acabou e que a mesma pode se vestir;
18. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
19. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
20. Orientar a mulher quanto a retirada do resultado do exame;
21. Preencher a requisição de exame preventivo no sistema SISCAN Web e imprimir;
22. Preencher o livro ou planilha de registro local;
23. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
24. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 1 Coleta de Ectocervical.

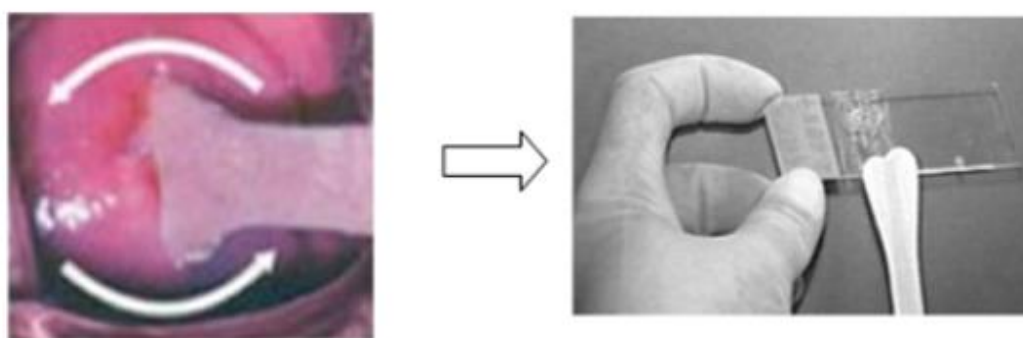
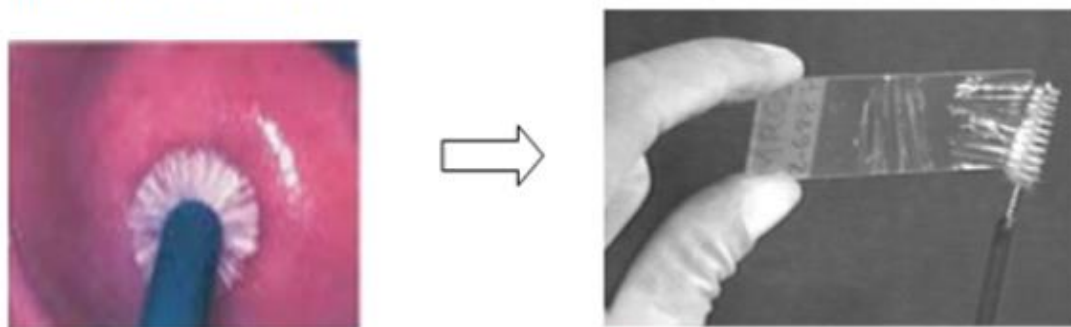


Figura 2 Coleta de Endocervical.



Fonte: Imagens da internet

Observações:

- Recomendações prévias:
- A utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais deve ser evitado por 48 horas antes da coleta (pois essas substâncias recobrem os elementos celulares dificultando a avaliação microscópica, prejudicando a qualidade da amostra);
- Relações sexuais devem ser evitadas por 48 horas antes da coleta. Na prática a presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica;

- O exame não deve ser feito no período menstrual e deve ser aguardada 5 dias após o término da menstruação;
- O exame, preferencialmente, não deve ser feito em mulheres que estão em seguimento por lesão de colo uterino sintomáticas com vaginites e/ou vaginoses. Devem ser tratadas previamente;
- Qualquer substância que porventura possa comprometer o exame citopatológico (medicamento, esperma, gel, secreções...) deve ser retirada através da limpeza do canal vaginal, do fundo de saco e/ou da cérvix com gaze. No caso de sangramento vaginal anormal, o exame ginecológico é mandatório e a coleta, se indicada, pode ser realizada.

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin; **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara.

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 78

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: COLETA DE SECREÇÃO NASOFARÍNGEA

Responsável:

Enfermeiro

Técnico ou auxiliar de enfermagem devidamente capacitado.

Quando:

Conforme indicação clínica.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Confirmar diagnóstico clínico.

Material:

- Swab;
- Meio de cultura refrigerado;
- EPI (s): máscara, gorro, avental, luvas e óculos;
- Etiqueta para identificação dos tubos;

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Identificar o tubo com o meio de cultura, com os dados do usuário;
7. Vestir EPIs;
8. Introduzir o swab em uma das narinas, até encontrar resistência na parede posterior da nasofaringe (manter em contato por aproximadamente 10 segundos);
9. Retirar o swab realizando movimentos rotatórios;
10. Após a coleta, estriar o swab e introduzir no interior do tubo;
11. Fechar o tubo e acondicionar em caixa específica;
12. Retirar EPIs;

13. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
14. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
15. Inserir código do procedimento conforme tabela SIGTAP.
16. Evoluir procedimento no prontuário do usuário e impressão de laudo;

Referências:

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de Assis. **Procedimento Operacional Padrão (Pop) e Manual de Normas e Rotinas da Atenção Básica**, 2019. Disponível em:
<https://saude.assis.sp.gov.br/uploads/documentos/9642218022020114206.pdf>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 79

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TESTE DA MÃE CATARINENSE

Responsável:

Enfermeiro

Técnico de enfermagem.

Quando:

No primeiro trimestre de gestação.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Colher material para realização do teste da mãe catarinense a fim de diagnosticar anemia falciforme nas gestantes.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Álcool a 70%;
- Gaze ou algodão;
- Fita hipoalergênica microporosa ou curativo autoadesivo circular;
- Lanceta com ponta triangular;
- Cartão específico para a coleta;
- Livro de registro de controle.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade a usuária e familiares;
5. Oferecer privacidade a usuário
6. Preencher os formulários, livros de registros e cartão de coleta, checando todas as informações e os documentos apresentados pela gestante;
7. Calçar as luvas de procedimento;

8. Fazer antissepsia no local, com algodão embebido em álcool a 70%;
9. Aguardar a secagem do excesso de álcool;
10. Realizar punção digital;
11. Encostar levemente o verso do papel filtro, na direção do círculo;
12. Repetir o procedimento até preencher os dois círculos na frente e verso do papel;
13. Ao término da coleta, comprimir o local com algodão ou gaze seco;
14. Colocar a amostra para a secagem por período de 3 a 4 horas, em local específico, onde a área da amostra não encoste em superfície.
15. Orientar a gestante com relação ao acesso ao resultado do exame.
16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
18. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
19. Evoluir procedimento no prontuário da usuária.

ANEXOS

- Caso não obtenha uma mancha adequada de sangue, aguardar a formação de uma nova gota, colocando-a próxima a primeira gota.
- Caso necessário faça uma nova punção para obter a gota adequada, que deverá ser próximo da primeira, nunca no mesmo local, utilizando nova lanceta.
- A secagem da amostra deve ser realizada com os cartões na horizontal, nunca as expondo ao sol.
- Após secas, as amostras devem ser acondicionadas em um único envelope, e estes colocados dentro de caixa (isopor ou plástica), que devem permanecer na parte inferior da geladeira (no máximo por 3 dias) até que sejam enviadas ao destino que se procede.

Referências:

FEPE. Fundação Ecumenica De Proteção Excepcional. **Manual Técnico de Coleta Para o Teste da Mãe Catarinense:** Pesquisa de hemoglobinopatias em gestantes. Curitiba: FEPE, 2019. Disponível em: <https://www.fepe.org.br/teste-da-maezinha/materiais-para-profissionais-de-saude-sc/> Acesso em: 09 dez. 2020.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 80

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TESTE DO PEZINHO (PKU)

Responsável:

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

Quando:

A partir do 3º dia de vida até o 7º dia. Embora não seja o ideal, aceita-se coleta até o 30º dia de vida.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Colher material para realização do teste do pezinho nos recém-nascidos a fim de diagnosticar precocemente doenças causadoras de deficiências que, se tratadas precocemente, possibilitam um desenvolvimento sem alterações.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Álcool a 70%;
- Gaze ou algodão;
- Fita hipoalergênica microporosa ou curativo autoadesivo circular;
- Lanceta com ponta triangular;
- Cartão filtro específico para a coleta;
- Livro de registro de controle.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Orientar o procedimento e a finalidade aos familiares;
4. Preencher os formulários, livros de registros local e cartão de coleta, checando todas as informações com a família e os documentos apresentados pela mesma.
5. Solicitar à mãe (ou quem estiver acompanhando o bebê) que permaneça em pé e segure a criança na posição vertical, sugerindo que amamente o bebê durante o exame para diminuir o desconforto do bebê.

6. Calçar as luvas de procedimento.
7. Solicitar ao responsável que exponha o pé do bebê no qual será realizada a coleta para o exame.
8. Envolver o pé e o tornozelo da criança, com o dedo indicador e o polegar, mantendo-o fletido, deixando exposto apenas o calcanhar.
9. Massagear o calcanhar do bebê suavemente.
10. Fazer antisepsia no local, com algodão embebido em álcool a 70%.
11. Aguardar a secagem do excesso de álcool.
12. Puncionar o local, com movimento firme, único e contínuo (sentido quase perpendicular à superfície da pele).
13. Desprezar a primeira gota, limpando-a com algodão ou gaze seca.
14. Encostar levemente o verso do papel filtro, na direção do círculo, a partir da segunda gota, fazendo leves movimentos circulares, procurando não sobrepor material no papel filtro.
15. Repetir o procedimento até preencher os quatro círculos na frente e verso do papel (Figura 1).
16. Ao término da coleta, manter a criança em posição deitada, comprimir o local com algodão ou gaze secos, realizar curativo com fita hipoalergênica microporosa ou adesivo autocolante.
17. Colocar a amostra para a secagem por período de 3 a 4 horas, no suporte de secagem específico, não ficando a área de coleta em contato com nenhuma superfície.
18. Orientar a família com relação ao acesso ao resultado do exame.
19. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
20. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
21. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
22. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 12 – Teste do pezinho.



Fonte: imagem da internet, 2020

OBSERVIÇÕES:

- Não há necessidade de jejum da criança.
- Manter o calcanhar do RN sempre abaixo do nível do coração facilita o fluxo.
- A punção é exclusivamente nas laterais da região plantar, no calcanhar, para não correr o risco de atingir o osso.
- Durante a coleta, deixar o sangue fluir naturalmente, de maneira homogênea, impregnando os dois lados do papel filtro.
- Caso não obtenha uma mancha adequada de sangue, aguardar a formação de uma nova gota, colocando-a próxima a primeira gota.
- Nunca preencha os espaços vazios com pequenas gotas para completar a área total, pois proporciona sobreposição do sangue e interfere no exame.
- Caso necessário faça uma nova punção para obter a gota adequada, que deverá ser próximo da primeira, nunca no mesmo local, utilizando nova lanceta.
- A secagem da amostra deve ser realizada com os cartões na horizontal, nunca as expondo ao sol.
- Após secas, as amostras devem ser acondicionadas em um único envelope, e estes colocados dentro de caixa (isopor ou plástica), que devem permanecer na parte inferior da geladeira (no máximo por 3 dias) até que sejam enviadas ao destino que se procede.

Referências:

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Triagem/ Teste do Pezinho Passo a Passo. Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal / gestão 2007 a 2008.** Disponível em:

http://www.sbtn.org.br/pg_triag_oquee.htm

Acesso em: 09 dez.2020.

FEPE. Fundação Ecumenica De Proteção Excepcional. **Manual Técnico de Coleta Para o Teste do Pezinho.** Curitiba: FEPE, 2013, 86p.

Parte 8

CUIDADOS COM EXAMES

8.2 TESTAGEM RÁPIDA



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 81

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TESTE RÁPIDO COVID 19 - ANTICORPO

Responsável:

Enfermeiro

Quando:

Em usuários com sintomas de COVID 19 a pelo menos 8 dias do início dos sintomas.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Detectar a presença de anticorpos (IgG e IgM), que são produzidos pelas células de defesa pelo corpo humano contra o SARS-CoV-2 após o contato com vírus.

Material:

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, touca, máscara, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos.

Descrição do procedimento:

1. 01.Reunir o material indicado para o procedimento;
2. Ler o manual de instrução do teste e as orientações de acordo com o laboratório fabricante;
3. Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste
4. Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
5. Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou outras alterações despreze esse material e recomece;

6. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
7. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
8. Colocar os EPIs;
9. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
10. Realizar assepsia local e, em seguida, punção digital;
11. Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta, conforme o kit do teste;
12. Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.
13. Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar a quantidade de gotas da amostra no poço do dispositivo de teste de acordo com a manual do teste;
14. Adicionar a quantidade de gotas de solução tampão no outro poço de acordo com o manual do teste;
15. Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
16. Interpretar o teste.

Resultado NÃO REAGENTE:

- Uma linha corada aparece na região da linha de controle (C). Não aparece nenhuma linha na região IgG/IgM.

Resultado REAGENTE:

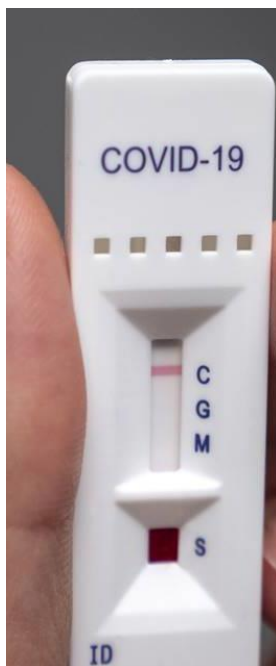
- Aparecem duas linhas coradas. Uma linha corada sempre deve aparecer na região da linha de controle (C) e outra linha deve estar na região da linha IgG ou IgM.

Resultado INVÁLIDO:

- Quando a Linha Controle “C” não aparecer na janela de resultados após ter adicionado o diluente, após o tempo máximo de leitura recomendado pelo fabricante. Neste caso, o teste deve ser considerado inválido. Algumas causas de resultados inválidos são: não seguir corretamente as instruções de uso; teste com a data de validade ultrapassada; amostras armazenadas por um longo período. Recomenda-se repetir o ensaio utilizando um novo dispositivo e uma nova amostra.
17. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
 18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

19. Fornecer laudo ao usuário;
20. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
21. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 1 – Teste rápido de COVID-19.



Fonte: imagem da internet, 2021

ANEXOS

- O kit deve ser armazenado entre 2 e 30°C. Não congelar o Kit ou os seus componentes.
- Realizar o teste imediatamente após removê-lo da embalagem de alumínio individual.
- Não utilizar o teste após a data de validade.
- Não reutilizar o dispositivo de teste.

Resultado		Interpretação	Indicação de afastamento
IgM negativo	IgG negativo	Período de janela imunológica	Não há indicação de afastamento. Reforçar as medidas de prevenção e controle e estar atento ao aparecimento de sintomas.
IgM positivo	IgG negativo	Fase inicial da infecção	Afastamento – Por 14 dias a partir do início dos sintomas ou a partir da data da coleta se assintomático.

IgM positivo	IgG positivo	Fase de recuperação	Afastamento – Por 14 dias a partir do início dos sintomas ou por 07 dias a partir da data da coleta se assintomático.
IgM negativo	IgG positivo	Infecção passada - recuperado	Não há indicação de afastamento. Reforçar as medidas de prevenção e controle.

Referências:

BRASIL. Governo Do Estado Do Ceará. **Nota Técnica Pública Nº 04/2020**. Disponível em: https://www.saude.ce.gov/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/NOTA_TE%CC%81CNICA_TESTE_RA%CC%81PIDO_COVID_19.pdf
Acesso em 03 dez. 2020.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 82

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TESTE RÁPIDO COVID 19 - ANTÍGENO

Responsável:

Enfermeiro

Quando:

Em usuários com sintomas de COVID 19 entre 2 e 7 dias da data do início dos sintomas

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Detectar a presença de antígenos de SARS-CoV-2 em amostras de Swab nasal e da nasofaringe de humanos.

Material:

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, touca, máscara, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: Swab estéril, tampão de extração, tampa filtro, dispositivo teste, frasco de solução tampão, micropipeta.
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos.

Descrição do procedimento:

17. Reunir o material indicado para o procedimento;
18. Ler o manual de instrução do teste e as orientações de acordo com o laboratório fabricante;
19. Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste
20. Colocar os EPIs;
21. Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
22. Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou outras alterações despreze esse material e recomece;

23. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
24. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
25. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
26. Solicitar que o usuário para assoar o nariz;
27. Inserir o Swab estéril na narina do usuário, atingindo a superfície da nasofaringe posterior.
28. Usar rotação suave empurrando o Swab até que a resistência seja atingida no nível dos cornetos.
29. Gire o Swab algumas vezes contra a parede da nasofaringe.
30. Remover cuidadosamente o Swab da narina;
31. Inserir a amostra de Swab no tubo de tampão de extração. Girar o Swab pelo menos 5 vezes.
32. Remover o Swab pressionando as laterais do tubo para extrair o líquido do Swab.
33. Apertar firmemente a tampa filtro no tubo;
34. Aplicar 3 gotas da solução no poço de amostra no dispositivo teste.
35. Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
36. Interpretar o teste.
37. Retirar EPIs;
38. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
39. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
40. Inserir código do procedimento conforme tabela SIGTAP.
41. Evoluir procedimento no prontuário do usuário e impressão de laudo.

Resultado **NÃO REAGENTE:**

Uma linha corada aparece na região da linha de controle (C). Não aparece nenhuma linha na linha T.

Resultado **REAGENTE:**

Aparecem duas linhas coradas, C e T.

Resultado **INVÁLIDO:**

Se a linha controle C não aparecer.

Referências:

Bula teste antígeno COVID-19 Ag ECO Teste – TR.0078



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 83

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE GESTAÇÃO

Responsável:

Enfermeiro;
Técnico de enfermagem.

Quando:

Em casos de amenorreia em mulheres na faixa de idade fértil.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Detectar precocemente uma gestação.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Álcool 70%;
- Recipiente para coleta;
- Teste rápido de HCG.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar a usuária perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade a usuária;
5. Oferecer privacidade a usuária;
6. Fornecer pote seco e limpo a usuária e solicitá-la para coletar uma pequena amostra de urina;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Receber o material coletado pela usuária.
9. Verificar se a quantidade de urina está no nível ideal, nunca ultrapassar a linha de limite máximo que é indicada claramente na tira do teste;
10. Abrir o invólucro do teste mantendo visível o lote e a validade;

11. Mergulhar a tira teste em posição vertical por 15 segundos no potinho com a urina e colocar a tira sob material ou superfície não absorvente;
12. Esperar as faixas coloridas aparecerem e aguardar por os minutos recomendados pelo fabricante do teste para o resultado preciso.
13. Interpretar o teste:
 - a. Para a interpretação do teste será necessário a coloração da linha considerada teste para controle da qualidade do exame (Figura13) e será necessário a coloração de uma segunda linha para ser considerado positivo (Figura 14).
14. Explicar o resultado a mulher;
15. Desprezar a urina no sanitário;
16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
18. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
19. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 13 – Teste negativo



Fonte: imagem da internet.

Figura 14 – Teste positivo



Fonte: imagem da internet

Referências:

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (HUMAP).

POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH. Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. p: 480. 2016.

PREFEITURA DA CIDADE DE ASSIS. Secretaria Municipal de Saúde:

Procedimento Operacional Padrão (POP) e Manual De Normas e Rotinas da Atenção Básica, SMS Assis, 2019.

PREFEITURA DA CIDADE DE CAMPINAS. **Secretaria Municipal de Saúde. Manual: Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem**, Campinas, 2016, versão 2. Disponível em:

[https://saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/POP Enfermagem 2020.pdf](https://saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/POP%20Enfermagem%202020.pdf)

Acesso em: 07 jan. 2020.

PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão – POPs**, Ribeirão Preto, 2020, versão 1.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 84

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B

Responsável:

Enfermeiro.

O Técnico e/ou auxiliar de enfermagem devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar teste rápido para triagem do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, encaminhando prontamente para o enfermeiro, os usuários com resultado reagente; não podendo emitir laudo que é ato privativo do enfermeiro ou profissional de nível superior, conforme RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 033/CT/2017/RT.

Quando:

Sempre que o usuário desejar ou for necessário um diagnóstico rápido.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento e fornecer resultado rápido por profissional capacitado.

Material:

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos.

Descrição do procedimento:

1. Reunir o material indicado para o procedimento;
2. Ler o manual de instrução do teste e as orientações de acordo com o laboratório fabricante;

3. Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste
4. Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
5. Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou outras alterações despreze esse material e recomece;
6. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
7. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
8. Colocar os EPIs;
9. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário;
10. Realizar punção digital;
11. Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta específico para cada marca;
12. Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.
13. Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar a quantidade de gotas da amostra no poço do dispositivo de teste de acordo com a manual do teste;
14. Adicionar a quantidade de gotas de solução tampão no outro poço de acordo com o manual do teste;
15. Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
16. Interpretar o teste:
 - a. Para a interpretação do teste se após 15 minutos aparecer apenas uma linha na área de controle, a amostra será considerada NÃO REAGENTE. Se aparecer a linha na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE (figura 15).
 - b. Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha apareça na área de teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail diagnostico@aims.gov.br.

17. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
19. Fornecer laudo ao usuário;
20. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
21. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 15 – Teste rápido de hepatite B



Fonte: Google Imagens, 2021

OBSERVAÇÕES:

- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo vírus da hepatite B. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis. Em casos de resultados reagentes, agendar atendimento para acompanhamento no ambulatório de hepatites virais.
- O kit deve ser armazenado entre 2 e 30°C. Não congelar o Kit ou os seus componentes.
- Realizar o teste imediatamente após removê-lo da embalagem de alumínio individual.
- Não utilizar o teste após a data de validade.
- Não reutilizar o dispositivo de teste.

Referências:

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV)**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/manual_para_capacitacao_de_tr_para_as_hepatites_b_17745.pdf

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Diagnóstico de Hepatites Virais. Telelab diagnóstico e monitoramento**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites

Virais. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em:

<http://www.telelab.aids.gov.br>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN – SC). RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 033/CT/2017/RT. Assunto: Testes Rápidos. Disponível em:

<http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/RT-033-2017-Testes-R%C3%A1pidos.pdf>

Acesso em: 18 out. 2021.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 85

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C

Responsável:

Enfermeiro.

O Técnico e/ou auxiliar de enfermagem devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar teste rápido para triagem do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, encaminhando prontamente para o enfermeiro, os usuários com resultado reagente; não podendo emitir laudo que é ato privativo do enfermeiro ou profissional de nível superior, conforme RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 033/CT/2017/RT.

Quando: Sempre que o usuário desejar ou for necessário um diagnóstico rápido.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento e fornecer resultado rápido por profissional capacitado.

Material:

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos.

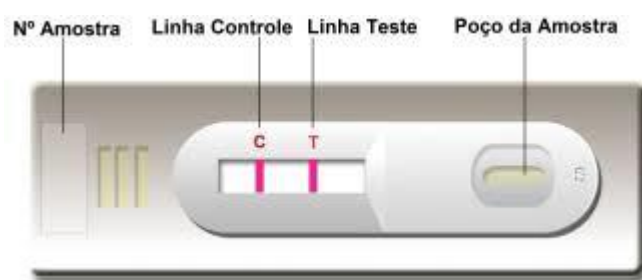
Descrição do procedimento:

1. Reunir o material indicado para o procedimento;
2. Ler o manual de instrução do teste e as orientações de acordo com o laboratório fabricante;

3. Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste
4. Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
5. Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou outras alterações despreze esse material e recomece;
6. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
7. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
8. Colocar os EPIs;
9. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário;
10. Realizar punção digital;
11. Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta, conforme cada marca OU disponível na caixa do teste;
12. Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.
13. Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar a quantidade de gotas da amostra no poço do dispositivo de teste de acordo com a manual do teste;
14. Adicionar a quantidade de gotas de solução tampão no outro poço de acordo com o manual do teste;
15. Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
16. Interpretar o teste.
 - a. **Para a interpretação do teste:** Se após 15 minutos aparecer apenas uma linha na área de controle, a amostra será considerada NÃO REAGENTE. Se aparecer a linha na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE (figura 1).
 - b. Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha apareça na área de teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail diagnostico@aims.gov.br.
17. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
19. Fornecer laudo ao usuário;
20. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
21. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 16 – Teste rápido de hepatite C



Fonte: Imagem do Google.

ANEXOS

- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo vírus da hepatite C. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis. Em casos de resultados reagentes, agendar atendimento para acompanhamento no ambulatório de hepatites virais.
- O kit deve ser armazenado entre 2 e 30°C. Não congelar o Kit ou os seus componentes.
- Realizar o teste imediatamente após removê-lo da embalagem de alumínio individual.
- Não utilizar o teste após a data de validade.
- Não reutilizar o dispositivo de teste.

Referências:

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV)**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/manual_para_capacitacao_de_tr_para_as_hepatites_b_17745.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico de Hepatites Virais**. Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN – SC). RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 033/CT/2017/RT. Assunto: Testes Rápidos. Disponível em: <http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/RT-033-2017-Testes-R%C3%A1pidos.pdf> Acesso em: 18 out. 2021.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 86

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS

Responsável:

Enfermeiro.

O Técnico e/ou auxiliar de enfermagem devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar teste rápido para triagem do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, encaminhando prontamente para o enfermeiro, os usuários com resultado reagente; não podendo emitir laudo que é ato privativo do enfermeiro ou profissional de nível superior, conforme RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 033/CT/2017/RT

Quando:

Sempre que o usuário desejar ou for necessário um diagnóstico rápido.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento e fornecer resultado rápido por profissional capacitado.

Material:

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos.

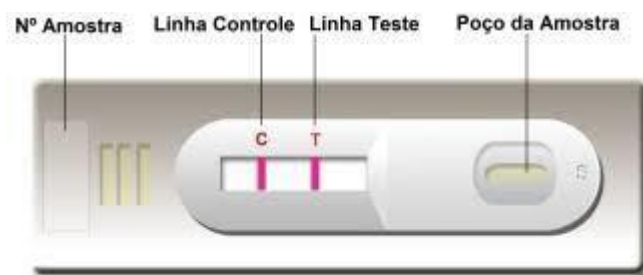
Descrição do procedimento:

1. Reunir o material indicado para o procedimento;
2. Ler o manual de instrução do teste e as orientações de acordo com o laboratório fabricante;
3. Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste

4. Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
5. Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou outras alterações despreze esse material e recomece;
6. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
7. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
8. Colocar os EPIs;
9. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário
10. Realizar punção digital;
11. Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta, conforme a disponibilidade na caixa do teste;
12. Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.
13. Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar a quantidade de gotas da amostra no poço do dispositivo de teste de acordo com a manual do teste;
14. Adicionar a quantidade de gotas de solução tampão no outro poço de acordo com o manual do teste;
15. Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
16. Interpretar o teste.
 - a. Para a interpretação do teste: Se após 15 minutos aparecer apenas uma linha na área de controle, a amostra será considerada NÃO REAGENTE. Se aparecer a linha na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE (figura 1).
 - b. Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha apareça na área de teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail diagnostico@ aids.gov.br.
17. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

19. Fornecer laudo ao usuário;
20. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
21. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 17 – Teste rápido de sífilis.



Fonte: Imagem do Google.

ANEXOS

- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo vírus da sífilis. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis. Em casos de resultados reagentes, a coleta de VDRL deve ser feita no PAMDHA.
- O kit deve ser armazenado entre 2 e 30°C. Não congelar o Kit ou os seus componentes.
- Realizar o teste imediatamente após removê-lo da embalagem de alumínio individual.
- Não utilizar o teste após a data de validade.
- Não reutilizar o dispositivo de teste.

Referências:

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Diagnóstico de Sífilis**. Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN – SC). RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 033/CT/2017/RT. Assunto: Testes Rápidos. Disponível em: <http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/RT-033-2017-Testes-R%C3%A1pidos.pdf>

Acesso em: 18 out. 2021.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 87

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TESTE RÁPIDO PARA HIV 1/2

Responsável:

Enfermeiro.

O Técnico e/ou auxiliar de enfermagem devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar teste rápido para triagem do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, encaminhando prontamente para o enfermeiro, os usuários com resultado reagente; não podendo emitir laudo que é ato privativo do enfermeiro ou profissional de nível superior, conforme RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 033/CT/2017/RT

Quando:

Sempre que o usuário desejar ou for necessário um diagnóstico rápido

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento e fornecer resultado rápido por profissional capacitado.

Material:

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos.

Descrição do procedimento:

1. Reunir o material indicado para o procedimento;
2. Ler o manual de instrução do teste e as orientações de acordo com o laboratório fabricante;

3. Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste
4. Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
5. Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou outras alterações despreze esse material e recomece;
6. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
7. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
8. Colocar os EPIs;
9. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário
10. Realizar punção digital;
11. Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta, conforme cada kit teste;
12. Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.
13. Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar a quantidade de gotas da amostra no poço do dispositivo de teste de acordo com a manual do teste;
14. Adicionar a quantidade de gotas de solução tampão no outro poço de acordo com o manual do teste;
15. Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
16. Interpretar o teste:

Resultado **NÃO REAGENTE:**

Quando aparecer somente uma linha colorida na janela de resultados. A linha controle (C), deve aparecer em todos os testes.

Resultado **REAGENTE:**

A presença de duas linhas coloridas na janela de resultados, Linha Controle “C” e Linha Teste “T1”, independente de qual linha aparecer primeiro, indica um resultado Reagente para HIV-1.

A presença de duas linhas coloridas na janela de resultados, Linha Controle “C” e Linha Teste “T2”, independente de qual linha aparecer primeiro, indica um resultado reagente para HIV-2.

A presença de três linhas coloridas na janela de resultados, Linha Controle “C”, Linha Teste “T1” e Linha de Teste “T2”, independente de qual linha aparecer primeiro, indica um resultado reagente para HIV-1 e/ou HIV-2.

Se a intensidade da cor da Linha “T1” for maior que da Linha “T2”, interpretar o resultado do teste como HIV-1 reagente.

Se a intensidade da cor da Linha “T2” for maior que da Linha “T1”, interpretar o resultado do teste como HIV-2 reagente.

Atenção: Infecção dupla de HIV-1 e HIV-2 em um indivíduo é bastante rara. Reatividade dupla, ou seja, Linha “T1” e Linha “T2” reativas é mais provável de ser causada por reatividade cruzada dada certa homologia nas sequências de aminoácidos do HIV-1 e HIV - 2. Para determinar o tipo de vírus ou diagnosticar uma coinfeção, um teste de confirmação tem de ser executado.

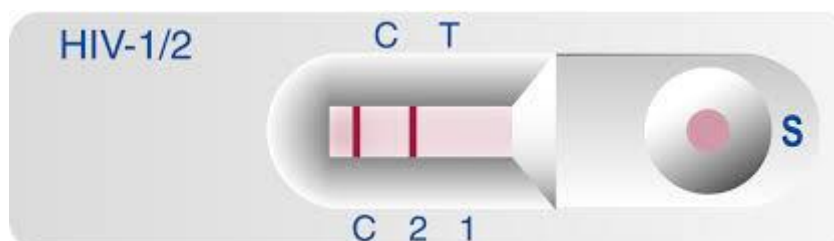
Resultado INVÁLIDO:

Quando a Linha Controle “C” não aparecer na janela de resultados após ter adicionado o diluente e aguardado o tempo máximo de leitura recomendado pelo fabricante. Neste caso, o teste deve ser considerado inválido. Algumas causas de resultados inválidos são: não seguir corretamente as instruções de uso; teste com a data de validade ultrapassada; amostras armazenadas por um longo período. Recomenda-se repetir o ensaio utilizando um novo dispositivo e uma nova amostra.

17. Em casos de resultados reagentes, repetir outro teste de outra marca na unidade. Após confirmação, pode encaminhar para consulta médica na unidade ou agendar no PAMDHA.
18. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
19. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

20. Fornecer laudo ao usuário;
21. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
22. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 18 – Teste rápido de HIV 1/2.



Fonte: imagem da internet

ANEXOS

- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo vírus HIV. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis. Em casos de resultados reagentes, agendar atendimento para acompanhamento no ambulatório de hepatites virais.
- O kit deve ser armazenado entre 2 e 30°C. Não congelar o Kit ou os seus componentes.
- Realizar o teste imediatamente após removê-lo da embalagem de alumínio individual.
- Não utilizar o teste após a data de validade.
- Não reutilizar o dispositivo de teste.

Referências:

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Diagnóstico de Sífilis**. Telalab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN – SC). RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 033/CT/2017/RT. Assunto: Testes Rápidos. Disponível em: <http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/RT-033-2017-Testes-R%C3%A1pidos.pdf>

Acesso em: 18 out. 2021.

Parte 8

CUIDADOS COM EXAMES

8.3 OUTROS EXAMES



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 88

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: AUXÍLIO DE BIÓPSIA DE MAMA GUIADA POR ULTRASSOM

Responsável:

Auxiliar de Enfermagem

Técnico de Enfermagem

Enfermeiro

Quando: Conforme Prescrição

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo: Auxiliar o médico na retirada de fragmentos de lesão de mama para exame histopatológico através de uma pistola automática guiada por ultrassonografia.

Material:

- Álcool a 70%;
- Agulhas 13 x 0,45mm e 40 x 1,2mm;
- Agulha para a pistola da biópsia;
- Avental para usuários;
- Anestésico;
- Caixa térmica;
- Caneta;
- Esparadrapo;
- Formol no frasco para a coleta;
- Gazes estéreis;
- Lençol;
- Livro de registro de exames;
- Luvas de procedimentos;
- Máscara cirúrgica;
- Fita hipoalergênica microporosa;
- Protetor facial e/ou óculos;

- Seringa de 3 ml, 5 ml ou 10 ml.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Equipar-se com os EPIs avental e luvas;
6. Encaminhar o usuário para retirada da parte superior da veste em ambiente com privacidade e oferecer avental;
7. Posicionar o usuário em decúbito dorsal na maca;
8. Oferecer material necessário para o médico durante a realização do exame;
9. Recolher e acondicionar os fragmentos de biópsia em frascos com formol (1/3 do frasco);
10. Identificar o frasco com o material recolhido: contendo nome, data de nascimento do usuário, local da punção e data da coleta;
11. Realizar curativo compressivo ao término do procedimento e orientar usuário quanto à retirada do mesmo;
12. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
13. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
14. Registrar em livro de controle (nome do usuário e data de nascimento do usuário, o número do cartão do SUS, data da coleta, telefone, número da ordem do exame, nome do médico solicitante, local aspirado e quantidade de frascos);
15. Recolher a requisição/solicitação do exame anatomopatológico;
16. Orientar o usuário quanto ao resultado do exame e retorno médico;
17. Acondicionar os frascos identificados juntamente com a requisição em caixa térmica para serem enviados para a análise.
18. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Referências:

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (HUMAP). **POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH.** Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. p: 480. 2016.

PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão – POP**, Ribeirão Preto, 2020, versão 1.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP). Faculdade de Ciências Médicas. Neuropediatria. **Medidas do Crânio**. Disponível em

<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/medidas-do-cranio>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:

POP 89

DATA DA VALIDAÇÃO:

12/2020

DATA DA REVISÃO:

12/2022

Procedimento: ELETROCARDIOGRAMA (ECG)

Responsável: Enfermeiro e técnico de enfermagem

Quando: Conforme prescrição

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Detectar a atividade elétrica do coração.

Material:

- Eletrocardiógrafo;
- Papel termo sensível adequado ao aparelho;
- Lençol de tecido e de papel;
- Álcool a 70%;
- Algodão seco;
- Eletrodos;
- Aparelho de tricotomia descartável (estojo de barbear) ou tesoura para aparar os pelos;
- Luvas de procedimento;
- Pacote de gaze ou papel toalha;
- Gel hidrossolúvel.

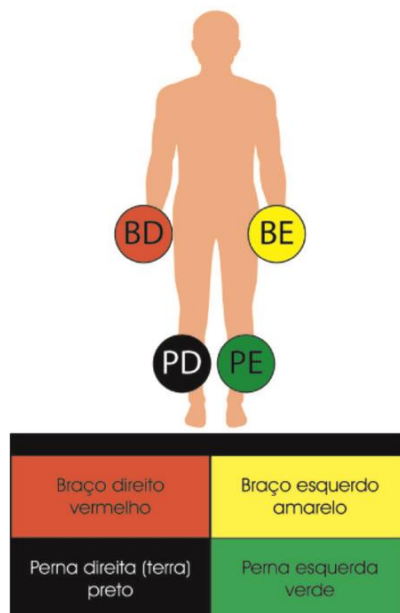
Descrição do procedimento para colocação:

1. Lavar as mãos conforme POP de fricção antisséptica de mãos;
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Realizar a troca do lençol descartável a cada novo paciente;
4. Solicitar ao paciente que exponha o tórax, punhos e tornozelos, e que retire qualquer adorno ou objeto metálico;
5. Certificar que não há contato do paciente com objetos ou partes metálicas da maca;
6. Posicionar paciente em decúbito dorsal;
7. Assegurar a privacidade do paciente fechando as portas do local ou posicionando biombos;
8. Calçar luvas de procedimento conforme POP XX;
9. Limpar a pele do paciente com álcool a 70%, desengordurando o local de contato, para a colocação dos eletrodos, caso seja necessário, realizar tricotomia nesses locais;

10. Certificar que os eletrodos estão limpos e seguramente fixos;
11. Verificar se os cabos dos eletrodos estão conectados;
12. Conectar os eletrodos, fixando as placas na face interna do braço ou antebraço e face lateral interna das pernas evitando proeminências ósseas e/ou coxas em caso de membros amputados, seguindo a ordem (Figura 1): Braço direito: fio vermelho; braço esquerdo: fio amarelo; Perna direita: fio preto; Perna esquerda: fio verde.
13. Com estas conexões dos eletrodos, são determinadas no traçado as derivações periféricas: DI, DII, DIII, AVR, AVL, AVF;
14. Conectar os eletrodos para realização das derivações precordiais. Atentar para posicionamento adequado (Figura 2):
 - V1 - 4º espaço intercostal, na borda direita do esterno;
 - V2 - 4º espaço intercostal, na borda esquerda do esterno;
 - V3 - Situado entre V2 e V4;
 - V4 - 5º espaço intercostal na linha hemiclavicular à esquerda;
 - V5 - 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar anterior;
 - V6 - 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar média.
15. Após colocação dos eletrodos, ligar o aparelho e iniciar o registro no eletrocardiógrafo;
16. Avaliar se o registro no eletrocardiógrafo é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
17. Após término do ECG identificar no registro do eletrocardiógrafo, com o nome do paciente, idade, data de nascimento, data, local e hora da realização do exame;
18. Manter o aparelho à tomada, garantindo o carregamento do equipamento para o uso em caso de falta de energia ou de tomadas próximo ao leito dos pacientes;
19. Retirar os eletrodos e remover os resíduos do gel do tórax e membros superiores e inferiores;
20. Desprezar cada material em seu lixo correto;
21. Retirar EPIs;
22. Higienizar as mãos;
23. Evoluir procedimento no prontuário do paciente e impressão de laudo;
24. Inserir código do procedimento conforme tabela SIGTAP.

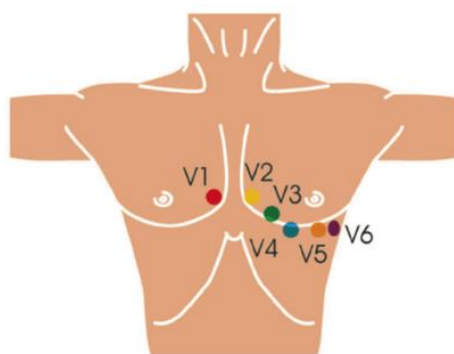
FIGURAS

Figura 1 – Posição dos eletrodos nos membros



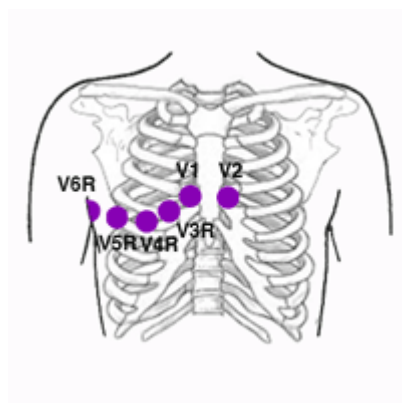
Fonte: Imagens do Google

Figura 2 – Posição dos eletrodos nos tórax



Fonte: Imagens do Google

Figura 3 – Posição dos eletrodos nos tórax em ECG à direita



Fonte: Imagens do Google

Referências:

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS (EBSERH).

Procedimento operacional padrão. **Eletrocargiograma**. POP/ECG/001/2020. Disponível em:

<http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132444/5732876/14>

POP+ECG+1.0+%281%29.pdf/8befd0c5-ed0b-40d2-af1b-239f465d4d2f

Acesso em: 04 dez. 2020.

ALMEIDA, Gustavo Luiz Gouvêa de; FERNANDES, Luiz Claudio Maluhy. Dextrocardia em Situs Inversus - O Errado Pode Estar Correto. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 24, p. 192-195, maio 2011. Disponível em:

http://sociedades.cardiol.br/socjerj/revista/2011_03/a_2011_v24_n03_09dextro.pdf.

Acesso em: 19 jul. 2021.

Anexos

- Em pacientes com a anomalia de *situs inversus*, onde os pacientes possuem o coração posicionado do lado direito do tórax, utilizar o seguinte protocolo:
 1. Realizar o ECG de forma convencional conforme POP;
 2. Mudar a posição dos eletrodos pré-cordiais conforme figura 3;
 - V1: como posição normal.
 - V2: como posição normal.
 - V3R: a meio caminho entre os eletrodos V1 e V4R.
 - V4R: no quinto espaço intercostal direito, na linha hemiclavicular direita.
 - V5R: no quinto espaço intercostal direito, na linha axilar anterior.
 - V6R: no quinto espaço intercostal direito, na linha axilar média.
 - Inverta os eletrodos dos pulsos.
 3. Quando realizar um ECG com derivações direitas, para evitar erros de interpretação, deve-se fazer uso da palavra “direitas” no cabeçalho e colocar uma letra D logo após o nome das derivações buscando esclarecer que trata-se de um eletrocardiograma de derivações direitas.
 4. Prosseguir a partir do passo 15 conforme eletrocardiograma convencional.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 90

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

Responsável:

Enfermeiro

Quando:

- Sempre que necessário;
- Conforme indicação clínica.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Identificar alterações e anormalidade nas mamas de homens e mulheres;
- Avaliar sintomas referidos pelo usuário;
- Detectar precocemente nódulos mamários.

Material:

- Avental
- Luvas de procedimentos

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário;
4. Fornecer e solicitar que coloque o avental com a abertura para frente, fornecendo privacidade para a mesma;
5. Posicionar o usuário na maca em posição sentado;
6. Inspeccionar as mamas com o usuário sentado, com os braços pendentes ao lado do corpo (inspeção estática) e com o usuário realizando os seguintes movimentos (inspeção dinâmica): elevação dos membros superiores acima da cabeça, pressão sobre os quadris, inclinação do tronco para frente (figura 1);

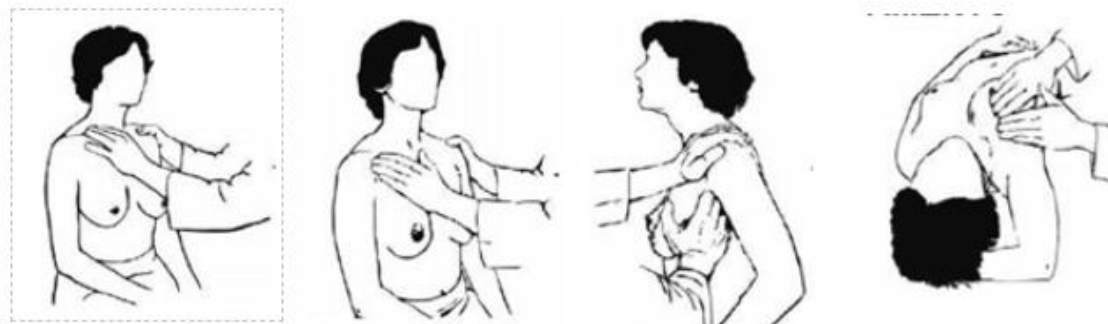
7. Iniciar o exame dos linfonodos das cadeias axilares, supra e infraclaviculares (figura 2);
8. Examinar os linfonodos axilares direito o suspender o braço direito do usuário, utilizar o seu braço direito; fazer uma concha com os dedos da mão esquerda, penetrando o mais alto possível em direção ao ápice da axila. A seguir, trazer os dedos para baixo pressionando contra a parede torácica. O mesmo procedimento deve ser realizado na axila contralateral (figura2);
9. Solicitar e/ou auxiliar o usuário a ficar em decúbito dorsal, em maca firme;
10. Elevar o membro superior lateral acima da cabeça para tensionar os músculos peitorais e fornecer uma superfície mais plana para o exame;
11. Iniciar a palpação da mama de forma mais superficial, pelo quadrante superior externo, utilizando as polpas digitais em movimentos circulares no sentido horário, abrangendo todos os quadrantes mamários;
12. Repetir a mesma manobra, porém com maior pressão (abranger a palpação dos prolongamentos axilar mamário e a região areolar)
13. Executar moderada pressão na aréola, deslizando o dedo indicador sobre a projeção dos ductos até chegar ao mamilo, comprimindo-o e observando se há eliminação de secreção;
14. Solicitar e ou auxiliar o usuário a levantar-se e vestir-se
15. Comunicar o usuário dos possíveis achados no exame e realizar os devidos encaminhamentos quando necessário
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 21 Inspeção Mamária



Fonte: imagens da internet, 2020

Figura 22 – Palpação



Fonte: imagens da internet, 2020

Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

Parte 9
CUIDADOS DE BIOSSEGURANÇA
E
PROTEÇÃO INDIVIDUAL



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 91

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: UTILIZAÇÃO DE AVENTAL DESCARTÁVEL MANGA LONGA

Responsável:

Todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem

Quando:

- Em todo o período em que estiver exposto ao atendimento de usuários com casos suspeitos de doenças infectocontagiosas.
- Em todo procedimento que o profissional manuseie amostras, material biológico ou químico.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Reduzir o risco de contaminação do profissional.

Material:

- Avental descartável de manga longa

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Escolher o tamanho adequado;
3. Abrir o avental. A abertura deve ficar nas costas;
4. Segurar pelo colar e cintura;
5. Inserir braços nas mangas e amarrar fitas.

Para remoção:

1. Desatar as tiras;
2. Remover iniciando pelo pescoço e ombros;
3. Virar a face contaminada para dentro;
4. Dobrar ou enrolar o avental;
5. Descartar em saco plástico branco (lixo infectante).
6. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente.

Referências:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **VIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020**. Disponível em: [https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario /index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada](https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada)



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 92

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: UTILIZAÇÃO DE GORRO E/OU TOUCA

Responsável:

Todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem

Quando:

Em todo o período em que estiver exposto ao atendimento de usuários com casos suspeitos de doenças infectocontagiosas por aerossóis e gotículas.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Reduzir o risco de contaminação do profissional.

Material: Gorro ou touca.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Selecionar gorro ou touca;
3. Colocar o gorro ou a touca na cabeça começando pela testa, em direção à base da nuca;
4. Adaptar na cabeça de modo confortável, cobrindo todo o cabelo e as orelhas;

Para remoção:

1. O gorro ou touca deve ser retirado após a remoção do avental descartável;
2. Puxar pela parte superior central; sem tocar nos cabelos;
3. Descartar em saco plástico branco (lixo infectante);
4. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente.

Referências:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs). Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 93

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: UTILIZAÇÃO DE LUVAS DE PROCEDIMENTO

Responsável:

Todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem

Quando:

Sempre que houver a possibilidade de contato com sangue, secreções e outros fluidos corpóreos.

No atendimento de usuários com doenças infectocontagiosas por contato ou com suspeita.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Reduzir o risco de contaminação do profissional.

Material:

- Luvas de procedimento

Descrição do procedimento:

1. Selecionar luvas de acordo com numeração que corresponda ao tamanho da mão;
2. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
3. Unir os dedos da mão direita com a palma na mão voltada para cima e introduzir a mão direita na abertura da luva, tracionando-a para calçá-la;
4. Colocar os dedos da mão dominante na dobra da mão oposta, expondo a sua abertura;
5. Unir os dedos da mão oposta a dominante com a palma da mão voltada para cima e introduzi-la até calçá-la totalmente, inclusive o punho;
6. Ajustar as luvas.

Para remoção:

1. Segurar com os dedos na mão dominante, pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta;
2. Segurar a luva removida com a outra mão enluvada e toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retire a outra luva;

3. Descartar em saco plástico branco (lixo infectante).
4. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente.

Anexos:

- Troque as luvas sempre que necessário ou quando entrar em contato com outros usuários;
- Troque as luvas quando as mesmas estiverem danificadas ou quando for trocar de local do corpo durante o contato com um mesmo usuário, evitando infecção de um meio mais contaminado para o menos contaminado;
- As luvas não devem ser reutilizadas;
- O uso de luvas não substitui a higiene das mãos;
- Nunca tocar desnecessariamente superfícies e objetos (tais como telefone ou maçanetas)
- Calçar as luvas antes de iniciar os procedimentos.

Referências:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIS). Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 94

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: UTILIZAÇÃO DE LUVAS ESTÉREIS

Responsável:

Todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem.

Quando:

Sempre que manipular ambientes ou situações contaminadas e em que o procedimento exija meio estéril.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Garantir a prática asséptica em ambiente estéril

Material:

- Luvas estéreis.

Descrição do procedimento:

1. Selecionar luvas de acordo com numeração que corresponda ao tamanho da mão;
2. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
3. Remover a embalagem externa das luvas, separando com cuidado cada um dos lados;
4. Colocar a embalagem interna sobre superfície limpa e seca e expor as luvas de forma que os punhos estejam virados para você, identificando a luva direita e a esquerda, calçando primeiro a mão dominante;
5. Com o polegar e o indicador da mão não dominante, segurar o punho dobrado da luva esterilizada para a mão dominante;
6. Erguer e segurar a luva com os dedos voltados para baixo com cautela para evitar o toque em objetos não esterilizados;
7. Com a mão dominante enluvada, deslizar os dedos sob o punho da segunda luva;
8. Ajustar as luvas nas duas mãos, tocando apenas as áreas esterilizadas.

Para remoção:

1. Segurar com os dedos na mão dominante, pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta;
2. Segurar a luva removida com a outra mão enluvada e toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retire a outra luva;
3. Descartar em saco plástico branco (lixo infectante);
4. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Luvas estéreis devem ser utilizadas somente quando indicado;
- A embalagem rasgada e úmida é considerada contaminada;
- Se a superfície externa da luva tocar a mão ou o pulso, ela está contaminada;
- As luvas não devem ser reutilizadas;
- O uso de luvas não substitui a higiene das mãos;
- Nunca tocar superfícies e objetos (tais como telefone ou maçanetas) durante o uso de luvas estéreis;
- Calçar as luvas antes de iniciar os procedimentos.

Referências:

POTTER, Patrícia. PERREY, Anne. **Procedimentos e Competências de Enfermagem**. ed. Rio Janeiro. Elsevier, 2015.

ANVISA, Unidade de Tecnovigilância. **Luvas cirúrgicas e Luvas de procedimentos: Considerações sobre o seu uso**. Boletim Informativo de Tecnovigilância nº 2, Brasília 2011.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 95

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: UTILIZAÇÃO DE MÁSCARA CIRÚRGICA

Responsável:

Todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem

Quando:

Sempre que houver a possibilidade de contato com sangue, secreções e outros fluidos corpóreos e para os profissionais que prestarem assistência direta aos usuários.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Garantir a segurança do profissional.

Material: máscara cirúrgica.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Encontrar a parte superior da máscara;
3. Segurar a máscara pelas duas tiras superiores;
4. Amarrar as duas tiras na parte superior de trás da cabeça, com as tiras acima das orelhas;
5. Amarrar as duas alças inferiores de forma confortável ao redor do pescoço, a deixando bem posicionadas sob o queixo.
6. Apertar suavemente a tira de metal superior ao redor da ponta do nariz para ajuste.

Para remoção:

1. Remover a máscara desamarrando as tiras inferiores e em seguida as tiras superiores;
2. Puxar a máscara do rosto, segurando pelas tiras;
3. Descartar no lixo infectante.
4. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Troque a máscara se estiver úmida, molhada ou contaminada.

Referências:

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et al. 9. ED. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 96

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: UTILIZAÇÃO DE MÁSCARA PFF2/N95

Responsável:

Todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem.

Quando:

Em procedimentos geradores de aerossóis.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Garantir a segurança do profissional.

Material:

- Máscara PFF2 ou máscara N95.

Descrição do procedimento:

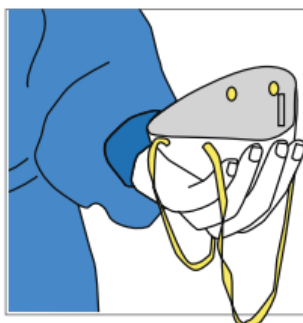
1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Segurar a máscara com o clip nasal próximo à ponta dos dedos deixando as alças pendentes (Figura 23). Exceto em casos de reutilização da máscara
3. Encaixar a máscara sob o queixo (Figura 24);
4. Posicionar uma das alças na nuca e a outra na cabeça;
5. Apertar suavemente a tira de metal superior ao redor da ponta do nariz para ajuste.

Para remoção:

1. Segurar o elástico inferior com as duas mãos, passando-o por cima da cabeça para removê-lo;
2. Segurar o elástico superior com as duas mãos, passando-o por cima da cabeça para removê-lo.
3. Remover a máscara segurando-a pelos elásticos, com cautela para não haver contato com a superfície ou externa;
4. Acondicionar a máscara em um saco ou envelope de papel com os elásticos para fora, para facilitar a retirada posteriormente, no caso de reutilização.

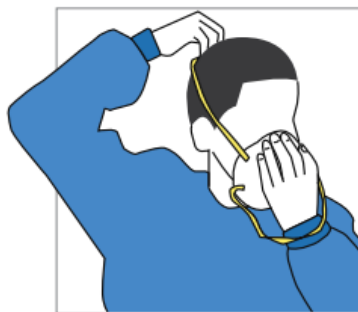
5. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente.

Figura 23 – Como segurar a máscara.



Fonte: Imagens da internet, 2020

Figura 24 – Como encaixar a máscara no rosto.



Fonte: imagens da internet, 2020

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Troque a máscara se estiver úmida, molhada ou contaminada.
- A forma de uso, manipulação e armazenamento deve seguir as recomendações do fabricante e nunca deve ser compartilhada entre profissionais.
- Nunca coloque a máscara já utilizada em um saco plástico, pois ela poderá ficar úmida e potencialmente contaminada.

Referências:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs). Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 97

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: UTILIZAÇÃO DE ÓCULOS DE PROTEÇÃO OU PROTETOR FACIAL

Responsável:

Todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem

Quando:

Sempre que houver a possibilidade de contato com sangue, secreções e outros fluidos corpóreos ou substância química.

Monitoramento: Enfermeiros.

Objetivo:

- Reduzir o risco de contaminação pelo profissional.

Material:

- Protetor facial e/ou óculos.

Descrição do procedimento:

1. Apoiar a viseira do protetor facial na testa e passe o elástico pela parte superior da cabeça;
2. No caso dos óculos, colocar da forma usual.
3. Os equipamentos devem ser de uso exclusivo para cada profissional responsável pela assistência, sendo necessária a higiene correta após o uso, caso não possa ser descartado.

Para remoção:

1. Remover pela lateral ou pelas hastes, considerando que a parte frontal está contaminada.

ANEXOS

- Sugere-se a limpeza e desinfecção, de acordo com as instruções de reprocessamento do fabricante;
- Durante o uso de luvas estéreis;
- Armazenar em local seguro.

Referências:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIS). Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf

Acesso em: 27 nov. 2020.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 98

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: UTILIZAÇÃO DE SAPATOS E BOTAS DE PROTEÇÃO

Responsável:

Profissionais de higienização

Quando:

Sempre que higienizar ambientes ou situações contaminadas.

Monitoramento: Enfermeiros

Objetivo:

- Garantir a segurança do profissional.

Material:

- Botas ou sapatos de proteção.

Descrição do procedimento:

1. Colocar de forma usual.

Para remoção:

23. Remover com cautela, evitando contato com o material da superfície do sapato ou bota.

Referências:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Nota Técnica Pública**

CSIPS/GGTES/ANVISA Nº 01/2020. Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/NOTA_TECNICA_PUBLICA_CSIPS_PR_EVENCAO_DA_COVID_19_EM_INSTITUICOES_DE_ACOLHIMENTO+%281%29.pdf/dc574aaf-e992-4f5f-818b-a012e34a352a

Parte 10

CUIDADOS COM IMUNOBIOLOGICOS



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 99

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: PROCEDIMENTO COM IMUNOBIOLOGICOS

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem (capacitados em sala de vacina).

Quando:

Diariamente no atendimento às demandas espontâneas ou agendadas para vacinação de rotina ou em campanhas, conforme o PNI.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Garantir segurança à aplicação de imunobiológicos em todas as fases da vida
- Garantir conservação adequada dos imunobiológicos

Material:

- Álcool em gel;
- Equipamento de proteção individual;
- Pinça dente de rato;
- Sabão líquido, papel toalha.

Descrição do procedimento:

1. Verificar se a sala está limpa e em ordem;
2. Verificar a temperatura do(s) equipamento(s) de refrigeração: entre +2 a +8 °C;
3. Verificar o sistema de ar condicionado: Manter sala climatizada com temperatura entre 18°C a 23°C;
4. Registrar as temperaturas verificadas no Mapa de Controle Diário de temperatura;
5. Climatizar caixa térmica;
6. Retirar as bobinas reutilizáveis do equipamento de refrigeração, colocando-as sobre a pia ou a bancada até que desapareça a “névoa” que normalmente cobre a superfície externa da bobina congelada;
7. Colocar as bobinas nas laterais internas das caixas térmicas de uso diário após o desaparecimento da “névoa” e a confirmação da temperatura (aproximadamente +1°C);

8. Mensurar a temperatura interna da caixa térmica por meio do termômetro de cabo extensor certificando-se de que esteja entre +2°C e +8°C (ideal +5°C) antes de colocar as vacinas em seu interior. O sensor do termômetro deve ser posicionado no centro da caixa;
9. Retirar do equipamento de refrigeração as vacinas e separar os diluentes correspondentes na quantidade necessária ao consumo na jornada de trabalho, considerando os agendamentos previstos para o dia e a demanda espontânea;
10. Organizar as vacinas e diluentes na caixa térmica, já com a temperatura recomendada;
11. Higienizar as mãos antes da administração do imunobiológico;
12. Selecionar a seringa e a agulha apropriadas e, quando for o caso, acoplar a seringa à agulha, mantendo-a protegida; No manuseio de seringas e agulhas descartáveis, é necessário manter os seguintes cuidados:
 - a. Guarde as seringas e agulhas descartáveis na embalagem original e em local limpo e seco, de preferência em caixa plástica e transparente ou armário fechado;
 - b. Manuseie o material em campo limpo;
 - c. Verifique, antes de abrir: - se a embalagem está íntegra; - se o material se encontra dentro do prazo de validade; - se o material é apropriado ao procedimento, evitando o desperdício;
 - d. Abra cuidadosamente a embalagem na direção do êmbolo para o canhão ou para a ponta da agulha, no caso das seringas com agulhas acopladas, evitando a contaminação;
13. Observar a via de administração e a dosagem;
14. Examinar o imunobiológico, observando a aparência da solução, o estado da embalagem o número do lote e o prazo de validade;
15. Preparar o imunobiológico;
16. Trocar agulha para o tamanho adequado da via de administração do imunobiológico, e reserve na caixa térmica até o momento da administração;
17. Retornar com o frasco do imunobiológico para o interior da caixa térmica caso o frasco seja multidose imediatamente após aspirar a dose, acoplando uma seringa para manter sistema fechado com segurança;
18. Administrar o imunobiológico segundo a técnica específica relativa a cada imunobiológico;
19. Desprezar na caixa coletora de material perfurocortante as seringas/agulhas utilizadas;
20. Desprezar ampolas e frascos-ampola em caixa coletora individual;
21. Higienizar as mãos após a realização do procedimento.

22. No momento da administração do imunobiológico o vacinador deverá solicitar ao responsável pela criança a sua colaboração para a contenção da criança, atentar que o sucesso da execução depende desse apoio e não apenas do vacinador. Quando o responsável se sentir impotente e/ou inseguro para tal, solicitar apoio da equipe de saúde local para a segurança do procedimento e da criança.
23. O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após a realização dos procedimentos. A administração de vacinas por via parenteral não requer paramentação especial para a sua execução. Quando o vacinador apresenta lesões abertas com soluções de continuidade nas mãos orienta-se a utilização de luvas, a fim de se evitar contaminação tanto do imunobiológico quanto do usuário.
24. Anotar na caderneta de vacinação a data de aplicação, a dose, o lote, a unidade de saúde onde a vacina foi administrada e o nome legível do vacinador (Não abreviar nome e/ou usar apelidos);
25. Registrar a dose administrada no boletim diário específico, conforme padronização e/ou proceder o registro da vacinação no sistema informatizado quando houver;
26. Aprazar a data de retorno para vacinação à lápis na caderneta de vacinação, considerando intervalos indicados entre as doses bem como vacinas recomendadas conforme o calendário nacional de vacinação do PNI;
27. Reforçar as orientações, informando ao usuário sobre a importância da vacinação, os próximos retornos e as condutas na possível ocorrência de eventos adversos pós-vacinação

Observações

1. Após a abertura do imunobiológico, a solução deve ser mantida no frasco da vacina. Se frasco multidose, identificar no frasco data e hora da abertura do mesmo.
2. A dose deve ser aspirada somente no momento da administração.
3. Nunca deixe seringas previamente preparadas armazenadas na caixa térmica de uso diário.
4. Para a administração de vacinas não é recomendada a antissepsia da pele do usuário. Somente quando houver sujidade perceptível, a pele deve ser limpa utilizando-se água e sabão.

ATENÇÃO: Quando o imunobiológico for a **BCG** não se faz a antissepsia da pele com álcool ou outro produto, utilize apenas algodão SECO!

Encerrar o trabalho diário

1. Retirar as vacinas da caixa térmica de uso diário, observando o prazo de validade após a abertura, guardando no refrigerador aquelas que estejam dentro do prazo de validade;
2. Desprezar os frascos de vacinas multidoses que ultrapassaram o prazo de validade após a sua abertura, bem como os frascos com rótulo danificado;
3. Retirar as bobinas reutilizáveis da caixa térmica, proceder à sua limpeza acondicionando-as no evaporador do equipamento de refrigeração;
4. Registrar o número de frascos desprezados (frasco fechado perdido por validade vencida, quebra, etc) no formulário padronizado de registro (impresso ou informatizado) para subsidiar a avaliação do movimento e das perdas de imunobiológicos.
5. Proceder à limpeza da caixa térmica, guardando-a seca;
6. Certificar-se de que os equipamentos de refrigeração estão funcionando adequadamente;
7. Deixar a sala limpa e em ordem.

Referências:

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 100

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: REMOÇÃO E RECONSTITUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem (capacitados em sala de vacina).

Quando:

Diariamente no atendimento às demandas espontâneas ou agendadas para vacinação de rotina ou em campanhas, conforme o PNI.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Estabelecer rotinas em sala de vacina.

Material:

- Agulha;
- Diluente próprio (se necessário);
- Equipamento de proteção individual;
- Imunobiológico;
- Pinça dente de rato;
- Seringa.

Descrição do procedimento:

Imunobiológicos Acondicionados em Ampolas de Vidro:

1. Higienize as mãos;
2. Escolha a seringa e a agulha apropriadas e, quando for o caso, acople a seringa à agulha, mantendo-a protegida;
3. Envolve a ampola em algodão seco;
4. Abra a ampola e coloque-a entre os dedos indicador e médio;
5. Introduza a agulha na ampola;
6. Aspire à dose correspondente;
7. Trocar agulha para o tamanho adequado da via de administração do imunobiológico;
8. Manter dose em caixa térmica até o momento exato da administração.

Imunobiológicos Acondicionados em Frasco-Ampola com Tampa de Borracha:

1. Higienize as mãos
2. Escolha a seringa e a agulha apropriadas e, quando for o caso, acople a seringa à agulha, mantendo-a protegida;
3. Remova a proteção metálica do frasco-ampola que contém o imunobiológico, utilizando a pinça “dente de rato”.
4. Limpe a tampa de borracha com algodão seco;
5. Introduza a agulha no frasco-ampola;
6. Aspire ao líquido correspondente à dose a ser administrada;
7. Coloque a seringa em posição vertical (no nível dos olhos), ajuste a dose com a agulha ainda conectada ao frasco-ampola e expulse o ar;
8. Trocar agulha para o tamanho adequado da via de administração do imunobiológico;
9. Manter dose em caixa térmica até o momento exato da administração.

Reconstituição de Imunobiológicos Apresentados Sob a Forma Liofilizada:

1. Higienize as mãos;
2. Escolha a seringa e a agulha apropriadas e, quando for o caso, acople a seringa à agulha, mantendo-a protegida;
3. Retire a tampa metálica do frasco-ampola contendo o líófilo, utilizando a pinça “dente de rato”.
4. Limpe a tampa de borracha com algodão seco;
5. Envolve a ampola do diluente em gaze ou algodão seco e abra-a;
6. Coloque a ampola aberta entre os dedos indicador e médio;
7. Aspire o diluente da ampola e injete-o na parede interna do frasco-ampola ou ampola contendo o líófilo;
8. É necessário homogeneizar o conteúdo realizando um movimento rotativo do frasco em sentido único, sem produzir espuma;
9. Aspire a quantidade da solução correspondente à dose a ser administrada;
10. Coloque a seringa em posição vertical (no nível dos olhos), com a agulha ainda conectada ao frasco-ampola, e expulse o ar;
11. Trocar agulha para o tamanho adequado da via de administração do imunobiológico;
12. Manter dose em caixa térmica até o momento exato da administração;
13. Não reencapar as agulhas após os procedimentos;
14. Desprezar agulhas e materiais perfurocortantes em caixa fechada de coletor de perfuro.

Referências:

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf

Parte 11

CUIDADOS COM POSICIONAMENTOS



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 101

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: AUXILIAR USUÁRIO A ELEVAR QUADRIL

Responsável:

Enfermeiro;
Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

Posicionamento de usuário feminina para sondagem vesical de alívio;
Posicionamento de usuário para ajuste de lençol móvel ou de roupa de cama;
Posicionamento de usuário para troca de fralda ou de roupa;
Posicionamento de usuário para uso de comadre.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

Auxiliar a usuário que necessita de sondagem de alívio;
Auxiliar a usuário restrita ao leito a utilizar a comadre para eliminações;
Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada ou restrito ao leito a elevar o quadril para troca de fralda ou de roupa e para ajuste do lençol móvel ou roupa de cama;
Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

Material:

Comadre (quando necessário);
Fralda (quando necessário);
Lençol móvel (quando necessário);
Luvas de procedimento;
Material para sondagem vesical de alívio;
Roupa (quando necessário).

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;

3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Observar se o usuário possui contraindicação para esta posição;
7. Colocar luva de procedimento;
8. Orientar o usuário para flexionar os joelhos e levar os calcanhares em direção a região glútea, apoiando as bases plantares no colchão;
9. Posicionar-se na lateral do leito, próximo ao quadril;
10. Orientar o usuário a elevar os quadris;
11. Dobrar os joelhos, com base ampla e agachar os quadris;
12. Com o braço que está mais próximo da cabeceira do leito, apoiar o cotovelo na cama e dar suporte ao final da região lombar do usuário, formando uma alavanca, que auxilia o usuário;
13. Usar a mão livre ou o auxílio de um colega, para realizar o procedimento proposto (colocar a comadre, trocar fralda, trocar a roupa do usuário, ajustar lençol móvel ou ajustar roupa de cama);
14. Cobrir o usuário com lençol, quando indicado;
15. Após o procedimento, auxiliar o usuário a retornar para posição confortável ou conforme rodízio;
16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
18. Evoluir o posicionamento no prontuário do usuário.

Referências:

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. **MOVIMENTAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIOS CAMADOS, BASEADO NO REFERENCIAL DA ERGONOMIA**. Disponível em:

<http://www.eerp.usp.br/movpac/flash/index.html>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 102

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: CONTENÇÃO/ RESTRIÇÃO MECÂNICA

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

Conforme prescrição ou quando os profissionais de enfermagem estiverem sob situações de urgência e emergência poderão empregar a contenção mecânica ao paciente sob supervisão direta do enfermeiro, sendo que a mesma só poderá ser empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais segundo Resolução COFEN nº 427/2012

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

Limitar as habilidades de movimentos do usuário;

Prevenir dano imediato ou iminente ao usuário ou a terceiros.

Material:

- Luvas de procedimentos;
- Algodão ortopédico ou compressas;
- Rolos de acolchoamento, se necessário;
- Creme hidratante ou Óleo Corporal disponíveis, ex: AGE.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
4. Calçar luvas de procedimento;
5. Lavar e secar a área a ser restrita;
6. Aplicar hidratante ou óleo, em caso de pele ressecada ou fragilidade tissular;
7. Escolher a área onde a contenção será aplicada, de acordo com a condição da pele, sensibilidade, circulação sanguínea e amplitude de movimento da articulação;

8. Amortecer a pele e as proeminências ósseas que ficarão sob a contenção, com compressas;
9. Prender o algodão ortopédico ou atadura confortavelmente no membro a ser contido (não apertar), principalmente em extremidades;
10. Realizar a fixação da contenção na estrutura da cama/maca/cadeira de rodas (Não fixar na grade, a fim de evitar acidentes, em caso de urgência/emergência);
11. Certificar que as tiras estão presas e que o laço esteja fora do alcance do usuário;
12. Inserir dois dedos sob a contenção para verificar a colocação adequada da contenção, assim como a integridade da pele, a pulsação, a temperatura, a cor da pele e a sensibilidade locais;
13. Prender a luz de chamada ou sistema de comunicação interna ao alcance do usuário, quando presente e possível;
14. Deixar a cama ou cadeira de rodas com as rodas travadas;
15. Reavaliar o usuário com intervalo máximo de uma (01) hora, considerando a necessidade ou não de manutenção da restrição e a associação com outras medidas terapêuticas;
16. Observar o usuário constantemente, avaliando sinais de eventos adversos provocados pela contenção;
17. Para posicionamento do usuário e medidas de higiene e conforto, quando o usuário estiver muito alterado, remover uma contenção de cada vez e realizar o procedimento com auxílio da equipe;
18. Evitar contenções de tórax, sempre que possível. Quando necessário, utilizar lençóis, que são fixados na cabeceira da cama. Neste caso protege-se as axilas dos usuários com compressas;
19. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
20. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, de qual a necessidade de restrição mecânica de forma detalhada (motivo, horário de início e fim, área restrita, reação do usuário). Acrescentar cuidados com restrição mecânica à prescrição de enfermagem.

Referências:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de usuários. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html#:~:text=CONSIDERANDO%20o%20art.,de%201986%2C%20em%20seu%20art
Acesso em: 18 out. 2021.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin; **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM.** Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 103

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: MOVIMENTAÇÃO DO USUÁRIO EM DECÚBITO DORSAL NO LEITO PARA OS LADOS/ ROLAGEM

Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro;

Outros profissionais da unidade (para somar 4 profissionais, na necessidade quando ausência de quadro completo da equipe de enfermagem)

Quando:

Ajustamento da posição de usuário com restrição de mobilidade ou restrito ao leito para avaliação, exame ou procedimento;

Ajustamento da posição de usuário com restrição de mobilidade ou restrito ao leito para conforto e prevenção de lesões;

Movimentação do usuário como parte de outro posicionamento desejado.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada ou restrito ao leito a se colocar em determinada posição necessária para exame, avaliação ou procedimento;
- Auxiliar usuário com mobilidade prejudicada ou restrito ao leito a mover-se no leito como passo para outro posicionamento desejado;
- Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

Material:

Lençol móvel;

Luvas de procedimento;

Travesseiros, almofadas ou rolos de posicionamento.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;

6. Reunir os profissionais da equipe de enfermagem que irão realizar o procedimento;
7. Colocar luva de procedimento;
8. Identificar a presença de sondas, incisões e cateteres, a fim de prevenir lesões por tração ou outras intercorrências;
9. Retirar o travesseiro sob a cabeça e demais rolos ou almofadas que possam estar prestando suporte ao corpo do usuário;
10. Colocar o usuário em decúbito dorsal, caso o mesmo não esteja nesta posição;
11. Cruzar os braços do usuário sobre o tórax;
12. Enrolar o lençol móvel até bem próximo do corpo do usuário;
13. Assumir ampla base de sustentação, com os pés afastados e dirigidos à direção do movimento (cabeceira ou pés), mantendo um dos pés à frente do outro;
14. Flexionar os joelhos e quadris, mantendo as costas eretas e um pé a frente do outro;
15. Segurar firmemente o lençol enrolado na linha e bem próximo ao ombro e ao quadril do usuário, sendo um profissional em cada lado do mesmo;
16. Com um movimento coordenado entre os profissionais (utilizando contagem até três) o profissional que está do lado oposto ao que o usuário será movido deve deslocar o peso do corpo do pé que está atrás para o pé da frente, o profissional que está no mesmo lado para o qual o usuário será movido, deve deslocar o peso do corpo do pé que está à frente para o pé que está atrás. Assim, o usuário é movido, sem arrastar, em direção a lateral do leito desejada;
17. Posicionar o usuário confortavelmente no leito/maca, conforme necessidade, indicação ou rodízio de decúbito;
18. Colocar o travesseiro sob a cabeça e elevar a cabeceira ou os pés, se necessário;
19. Cobrir o usuário, se necessário;
20. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
21. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
22. Evoluir a movimentação no prontuário do usuário.

Referências:

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. MARZIALE, Maria Helena Palucci. **MOVIMENTAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIOS ACAMADOS, BASEADO NO REFERENCIAL DA ERGONOMIA**. Site da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/movpac/flash/index.html>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 104

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: MOVIMENTAÇÃO DO USUÁRIO PARA CIMA OU PARA BAIXO NO LEITO OU MACA

Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro

Quando:

Ajustamento da posição de usuário com restrição de mobilidade ou restrito ao leito para avaliação, exame ou procedimento;

Ajustamento da posição de usuário com restrição de mobilidade ou restrito ao leito para conforto e prevenção de lesões;

Movimentação do usuário como parte de outro posicionamento desejado.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada ou restrito ao leito a se colocar em determinada posição necessária para exame, avaliação ou procedimento;

Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada ou restrito ao leito a mover-se no leito a fim de promover conforto e evitar lesões por pressão;

Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

Material:

- Lençol de transferência/ Lençol móvel;
- Luvas de procedimento;
- Travesseiros, almofadas ou rolos de posicionamento.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Reunir os profissionais da equipe de enfermagem que irão realizar o procedimento;
7. Colocar luva de procedimento;

8. Identificar a presença de sondas, incisões e cateteres, a fim de prevenir lesões por tração ou outras intercorrências;
9. Retirar o travesseiro sob a cabeça e demais rolos ou almofadas que possam estar prestando suporte ao corpo do usuário;
10. Colocar o usuário em decúbito dorsal com os braços cruzados sobre o tórax;
11. Soltar o lençol que está embaixo do colchão no leito. Caso o usuário não esteja em leito e não tenha lençol, colocar um lençol de transferência sob o mesmo, dos ombros até a coxa, virando o usuário para um lado e para o outro;
12. Enrolar o lençol de baixo ou de transferência até bem próximo do corpo do usuário;
13. Assumir ampla base de sustentação, com os pés afastados e dirigidos à direção do movimento (cabeceira ou pés), mantendo um dos pés à frente do outro;
14. Flexionar os joelhos e quadris, mantendo as costas eretas;
15. Segurar firmemente o lençol enrolado na linha e bem próximo ao ombro e ao quadril do usuário, sendo um profissional em cada lado do mesmo;
16. Caso não haja lençol móvel, os dois profissionais vão permanecer do mesmo lado do usuário, sendo que um vai colocar um braço sustentando o pescoço e os ombros e o outro sustentando a região o tórax. Já, o outro profissional, irá colocar um dos braços sob as nádegas e o outro braço sob a face posterior das coxas do usuário;
17. Erguer a grade da cama do lado oposto ao escolhido pelos profissionais;
18. Com um movimento coordenado entre os dois profissionais (utilizando contagem até três), deslocar o peso do corpo do pé que está atrás para o da frente, o usuário é movido, sem arrastar, em direção à cabeceira ou aos pés da cama, conforme necessidade;
19. Posicionar o usuário confortavelmente no leito/maca, conforme necessidade, indicação ou rodízio de decúbito;
20. Colocar o travesseiro sob a cabeça e elevar a cabeceira ou os pés, se necessário;
21. Cobrir o usuário, se necessário;
22. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
23. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
24. Evoluir a movimentação no prontuário do usuário.

Referências:

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. **MOVIMENTAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIOS ACAMADOS, BASEADO NO REFERENCIAL DA ERGONOMIA.** Site da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/movpac/flash/index.html>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 105

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: POSICIONAMENTO DO USUÁRIO EM DECÚBITO DORSAL OU POSIÇÃO SUPINA

Responsável:

Enfermeiro;
Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

Avaliação de cabeça e pescoço, parte anterior do tórax e pulmões, mamas, axilas, coração, abdome e membros;

Avaliação de pulsações, pelo fácil acesso aos pontos de pulsação;

Movimentação e posicionamento de usuário com restrição de mobilidade para conforto;

Posição bastante utilizada para iniciar outras posições e para movimentar o usuário para cima ou para baixo no leito ou maca;

Posicionamento de usuário com restrição de mobilidade para avaliação, exame ou procedimento, como US de abdome, vias urinárias, pélvico e ECG.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada a se colocar na posição de decúbito dorsal para exame, avaliação ou procedimento;

Promover conforto e evitar lesões por pressão em usuários restritos ao leito;

Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

Material:

Lençol móvel;

Luvas de procedimento;

Travesseiros, almofadas ou rolos de posicionamento.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Observar se o usuário possui contraindicação para esta posição;
7. Reunir os profissionais da equipe de enfermagem que irão realizar o procedimento;
8. Colocar luva de procedimento;
9. Identificar a presença de sondas, incisões e cateteres, a fim de prevenir lesões por tração ou outras intercorrências;
10. Retirar o travesseiro sob a cabeça e demais rolos ou almofadas que possam estar prestando suporte ao corpo do usuário;
11. Deitar o usuário com as costas em contato com o colchão, preservando o alinhamento da coluna vertebral;
12. Posicionar os braços cruzados sobre o tórax ou ao longo do tronco;
13. Manter os membros inferiores em extensão ou ligeiramente flexionados para permitir o relaxamento dos músculos abdominais;
14. Colocar o travesseiro de volta sob a cabeça, pescoço ou parte superior dos ombros;
15. Avaliar a necessidade de elevar a cabeceira, se o usuário sentir desconforto respiratório;
16. Garantir que o usuário esteja confortável no leito/maca, dando suporte com almofadas ou rolos, quando necessário para conforto ou evitar lesões. Sugestão: rolo para mãos, bota para os pés, apoio para braços, região lombar, joelhos e calcâneos;
17. Cobrir o usuário, se necessário;
18. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
19. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
20. Evoluir movimentação no prontuário do usuário.

Observações:

Existe a variação DECÚBITO DORSAL RECUMBENTE que varia somente no que tange a posição dos membros inferiores, permanecendo estes flexionados com as solas dos pés apoiadas no leito/maca. Esta posição é indicada para avaliação abdominal, uma vez que promove relaxamento dos músculos do abdome e, também, é a posição utilizada para sondagem vesical em mulheres.

Referências:

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. **MOVIMENTAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIOS ACAMADOS, BASEADO NO REFERENCIAL DA ERGONOMIA**. Site da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/movpac/flash/index.html>
Acesso em: 03 dez. 2020.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 106

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: POSICIONAMENTO DO USUÁRIO EM DECÚBITO LATERAL

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

Movimentação e posicionamento de usuário com restrição de mobilidade para conforto;

Posicionamento de usuário com restrição de mobilidade para avaliação, exame ou procedimento.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada a se colocar na posição de decúbito lateral para exame, avaliação ou procedimento;

Promover conforto e evitar lesões por pressão em usuários restritos ao leito;

Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

Material:

Luvas de procedimento;

Travesseiros, almofadas ou rolos de posicionamento.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Observar se o usuário possui contraindicação para esta posição;
7. Reunir os profissionais da equipe de enfermagem que irão realizar o procedimento;
8. Colocar luva de procedimento;
9. Identificar a presença de sondas, incisões e cateteres, a fim de prevenir lesões por tração ou outras intercorrências;

10. Retirar o travesseiro sob a cabeça e demais rolos ou almofadas que possam estar prestando suporte ao corpo do usuário;
11. Abaixar completamente a cabeceira ou até a mínima altura que o usuário tolere;
12. Colocar o usuário na lateral do leito oposto ao lado que ele será virado;
13. Posicionar-se no lado do leito para o qual o usuário será virado;
14. Assumir base ampla, flexionar os joelhos e inclinar o tronco levemente para frente;
15. Posicionar o joelho distante do usuário flexionado, sendo que a sola do pé toque o colchão;
16. Colocar uma mão no joelho do usuário e a outra no ombro do usuário;
17. Rolar o usuário para si;
18. Colocar o travesseiro de volta sob a cabeça, pescoço ou parte superior dos ombros;
19. Avaliar a necessidade de elevar ligeiramente a cabeceira, se o usuário sentir desconforto respiratório;
20. Trazer para frente a escápula do ombro pendente;
21. Posicionar os dois braços em posição ligeiramente flexionada;
22. Colocar um travesseiro na região torácica anterior e apoiar o braço sobre ele;
23. Colocar travesseiros dobrados para apoio das costas do usuário, com o lado macio em contato direto com as costas. Rolar levemente o usuário em direção a suas costas a fim de que fique apoiado nos travesseiros da região dorsal de forma suave e firme;
24. Garantir que o usuário esteja confortável no leito/maca, dando suporte com outras almofadas ou rolos, quando necessário para conforto ou evitar lesões. Sugestão: rolo para mãos, bota para os pés, apoio, joelhos e calcâneos;
25. Cobrir o usuário, se necessário;
26. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
27. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
28. Evoluir a movimentação no prontuário do usuário.

Referências:

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. **MOVIMENTAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIOS ACAMADOS, BASEADO NO REFERENCIAL DA ERGONOMIA**. Site da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/movpac/flash/index.html>



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 107

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: POSICIONAMENTO DO USUÁRIO EM FOWLER COM APOIOS

Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro

Quando:

Posicionamento de usuário com restrição de mobilidade para avaliação, exame ou procedimento;

Movimentação e posicionamento de usuário com restrição de mobilidade para conforto;

Na passagem de sonda nasointestinal ou nasogástrica.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada a assumir a posição de Fowler para exame, avaliação ou procedimento;

Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

Material:

Lençol móvel;

Luvas de procedimento;

Travesseiros, almofadas ou rolos de apoio.

Descrição do procedimento para colocação:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Confirmar se a posição não é contraindicada para este usuário;
7. Reunir os profissionais da equipe de enfermagem que irão realizar o procedimento;
8. Colocar luva de procedimento;
9. Colocar ou auxiliar o usuário para posição decúbito dorsal;

10. Elevar a cabeceira do leito em 45° a 60°;
11. Retirar o travesseiro ou oferecer um travesseiro pequeno, colocando-o sob a cabeça e pescoço;
12. Colocar um travesseiro pequeno sob a região lombar;
13. Apoiar as mãos sobre um travesseiro ao lado do corpo, levemente afastado;
14. Garantir que o usuário esteja confortável no leito/maca, dando suporte com outras almofadas ou rolos, quando necessário para conforto ou evitar lesões. Sugestão: rolo para mãos, suporte para calcâneos e pés;
15. Cobrir o usuário, se necessário;
16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
18. Evoluir a movimentação no prontuário do usuário.

Observações:

Existe a posição SEMI-FOWLER que diferencia desta na angulação da cabeceira, a qual será de 30°. Para diversas situações as duas posições podem ser usadas, no entanto, para inserção de sonda nasogástrica ou nasoenteral utilizar somente FOWLER.

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 108

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: POSICIONAMENTO DO USUÁRIO EM POSIÇÃO GENUPEITORAL

Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro

Quando:

Posicionamento de usuário para avaliação, exame ou procedimento;

Realização de exame retal e exame de próstata;

Observações: usuários com deformidades articulares podem ter dificuldades para assumir esta posição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada a se colocar na posição para exame, avaliação ou procedimento;

Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

Material:

Luvas de procedimento

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Observar se o usuário possui contraindicação para esta posição;
7. Colocar luva de procedimento;
8. Solicitar ao usuário que retire a sua roupa e coloque avental ou camisola. Auxiliar, se necessário;
9. Auxiliar o usuário a subir na maca utilizando a escadinha;

10. Auxiliar o usuário a assumir a posição de decúbito dorsal, com o abdome em contato com a maca;
11. Em seguida, auxiliar o usuário a flexionar os joelhos e apoiá-los na maca;
12. Manter a cabeça no travesseiro, com os braços flexionados e apoiados próximos à cabeça;
13. Cobrir o usuário com lençol;
14. Após o procedimento ou exame, auxiliar o usuário a sair da maca, deitando-se novamente em decúbito ventral e, em seguida, em decúbito lateral (caso necessário, dar suporte ao usuário com apoio nos ombros e quadril, para sair da maca o usuário pode apoiar os braços nos ombros do profissional, neste caso o profissional deve manter base ampla, joelhos semi-flexionados e leve inclinação do tronco para a frente);
15. Orientar ou auxiliar a usuário a vestir-se novamente;
16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
18. Evoluir o posicionamento no prontuário do usuário.

Referências:

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 109

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: POSICIONAMENTO DE USUÁRIO EM POSIÇÃO LITOTÔMICA

Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro

Quando:

Posicionamento de usuário com restrição de mobilidade que necessite desta posição para avaliação, exame ou procedimento;

Realização de exame ginecológico, coleta para citopatológico de colo uterino, colposcopia, colocação de DIU.

Observações: usuários com deformidades articulares podem ter dificuldades para assumir esta posição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

Auxiliar a usuário com mobilidade prejudicada a se colocar na posição para exame, avaliação ou procedimento;

Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

Material:

Luvas de procedimento;

Escadinha;

Maca ginecológica com perneiras;

Avental;

Lençol para cobrir a usuário.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;

6. Observar se a usuário possui contraindicação para esta posição;
7. Colocar luva de procedimento;
8. Solicitar ao usuário que retire a sua roupa e coloque avental ou camisola. Auxiliar, se necessário;
9. Auxiliar a usuário a subir na maca utilizando a escadinha;
10. Sentar ao usuário na maca, com as pernas para a lateral da mesma;
11. Auxiliar a usuário a deitar com as costas em contato com a maca, preservando o alinhamento da coluna vertebral;
12. Posicionar os membros inferiores com os joelhos flexionados e apoiados nas pernas da maca. Manter as coxas bem afastadas uma da outra;
13. Auxiliar ou solicitar ao usuário que posicione o quadril na parte mais inferior da maca possível;
14. Posicionar os braços estendidos ao longo do corpo ou apoiados sobre o abdome;
15. Cobrir a usuário com lençol;
16. Avaliar a necessidade de elevar o tórax com travesseiro, se a usuário sentir desconforto respiratório importante;
17. Após o procedimento ou exame, auxiliar a usuário a sair da maca, retirando os membros inferiores da perneira, assumindo posição de decúbito lateral (se necessário dar suporte à usuário através de seus ombros e quadris) e, em seguida, posição sentada (se necessário, usuário pode apoiar os braços no ombro do profissional);
18. Orientar ou auxiliar a usuário a vestir-se novamente;
19. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
20. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
21. Evoluir movimentação no prontuário do usuário.

Referências:

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 110

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: POSICIONAMENTO DO USUÁRIO EM POSIÇÃO DE SIMS (SEMI PRONADA)

Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro

Quando:

Posicionamento de usuário com restrição de mobilidade que necessite da posição para avaliação, exame ou procedimento;

Posição indicada para avaliação de reto e vagina;

Para lavagem intestinal e aplicação de supositório, conforme prescrição médica.

Observações:

Usuários com alterações nas articulações podem não conseguir assumir esta posição.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada a se colocar na posição de Sims para exame, avaliação ou procedimento;
- Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

Material:

Luvas de procedimento;

Travesseiros, almofadas ou rolos de posicionamento.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Reunir os profissionais da equipe de enfermagem que irão realizar o procedimento;
7. Colocar luva de procedimento;

8. Identificar a presença de sondas, incisões e cateteres, a fim de prevenir lesões por tração ou outras intercorrências;
9. Retirar o travesseiro sob a cabeça e demais rolos ou almofadas que possam estar prestando suporte ao corpo do usuário;
10. Abaixar completamente a cabeceira do leito;
11. Colocar o usuário em decúbito lateral esquerdo;
12. Deitar o usuário parcialmente sobre o abdome;
13. Colocar um travesseiro pequeno sob a cabeça do usuário;
14. Colocar o braço inferior (esquerdo) para trás do usuário;
15. Flexionar o braço direito e deixá-lo apoiado sobre o travesseiro;
16. Colocar a perna esquerda ligeiramente flexionada;
17. Colocar a perna direita fletida até quase encostar o joelho no abdome, dando suporte com um travesseiro para manter a perna nivelada com o quadril;
18. Garantir que o usuário esteja confortável no leito/maca, dando suporte com outras almofadas ou rolos, quando necessário para conforto ou evitar lesões. Sugestão: pés;
19. Cobrir o usuário, expondo somente a área ser examinada;
20. Após o exame ou procedimento, retornar o usuário para posição confortável ou conforme rodízio;
21. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
22. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
23. Evoluir o posicionamento no prontuário do usuário.

Referências:

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

Parte 12

CUIDADOS COM TRANSPORTE DO USUÁRIO



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 111

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIO ENTRE LEITO E MACA DE TRANSPORTE

Responsável:

Equipe de enfermagem no processo de transporte de usuários em ambiente interno aos serviços de saúde conforme a Resolução COFEN nº 588/2018 e seu anexo.

Outros profissionais da unidade (para somar 4 profissionais, na necessidade quando ausência de quadro completo da equipe de enfermagem)

Quando:

Transferência de usuário com restrição ao leito para outro serviço de saúde em situação de emergência ou não;

Transporte do usuário com restrição ao leito para outro setor ou realização de exames.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Auxiliar o paciente com mobilidade prejudicada a passar do leito para a maca de transporte de forma segura.

Material:

Maca;
Lençol;
Luvas de procedimento;
Suporte de soro para transporte;
Suporte de Oxigênio para transporte.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Dimensionar os soros e as medicações para o período de transporte;
6. Reunir os profissionais da equipe de enfermagem que irão realizar o procedimento;

7. Colocar luva de procedimento;
8. Aproximar a maca devidamente higienizada ao leito do usuário
9. Colocar o usuário em decúbito dorsal;
10. Verificar as condições de acesso venoso e infusões, as fixações de sondas, as fixações de drenos e as condições de drenagem;
11. Posicionar equipo, frasco, bolsa coletora e cateter de O2 de modo a não haver tração ou perda na transferência;
12. Soltar o lençol que está embaixo do colchão no leito. Caso o usuário não esteja em leito e não tenha lençol, colocar lençol sob o mesmo;
13. Enrolar as pontas do lençol que está abaixo do usuário até bem próximo do corpo do usuário;
14. Colocar a maca de transporte em posição paralela e encostada ao leito do usuário;
15. Travar as rodas da maca de transporte;
16. Posicionar dois profissionais ao lado do leito e outros dois ao lado da maca, sendo cada um próximo a uma extremidade. Todos devem segurar o lençol de baixo do usuário bem próximo ao corpo do usuário;
17. Passar o usuário para a maca de transporte com um movimento único e sincronizado dos quatro profissionais, contar até três para iniciar o movimento;
18. Acomodar o usuário na maca de transporte de forma confortável, elevar a cabeceira, se possível;
19. Ajustar o lençol à maca de transporte, de forma que não fique solto ou em contato com o chão;
20. Subir as grades da maca de transporte;
21. Inspeccionar a passagem dos cateteres, os dispositivos de drenagem e de infusão, realizando as condutas necessárias caso tenha apresentado alguma intercorrência na transferência;
22. Destruar as rodas;
23. Cobrir o usuário com lençol ou cobertor, se necessário;
24. Encaminhar o usuário ao destino;
25. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
26. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
27. Evoluir o transporte no prontuário do usuário.

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). RESOLUÇÃO COFEN Nº 588/2018. Aprovar a normatização de atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde, nos termos do Anexo que é parte integrante da presente Resolução. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-588-2018_66039.html



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 112

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TRANSPORTE SEGURO NA CADEIRA DE RODAS

Responsável:

Equipe de enfermagem no processo de transporte de usuários em ambiente interno aos serviços de saúde conforme a Resolução COFEN nº 588/2018 e seu anexo

Quando:

No transporte de usuários com limitação de mobilidade permanente ou temporária.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo:

- Auxiliar usuário com dificuldade de locomoção;
- Promover segurança no transporte do usuário.

Material:

- Almofada piramidal forrada ou travesseiro;
- Cadeira de rodas;
- Carrinho de oxigênio, se necessário;
- Lençol;
- Suporte de soro para transporte, se necessário.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Posicionar a cadeira de rodas o mais próximo possível do usuário, no lado correspondente ao lado mais forte ou não afetado do usuário, se existir;
6. Elevar os apoios para os pés da cadeira de rodas;
7. Acionar as travas nas duas rodas traseiras/ maiores;
8. Aplicar almofada piramidal ou travesseiro no assento da cadeira de rodas de forma ajustada, se disponível;

9. Forrar o assento da cadeira de rodas com um lençol em diagonal;
10. Fazer a transferência do soro e do oxigênio para os suportes de transporte, mantendo os parâmetros, conforme prescrição médica;
11. Ficar de frente para o usuário, segurando-o pela cintura e solicitar que ele coloque as mãos em seus ombros;
12. Auxiliar o usuário a ficar de costas para a cadeira de rodas;
13. Ajudar o usuário a sentar confortavelmente na cadeira de rodas, fazendo com que suas nádegas estejam na parte mais posterior do assento;
14. Abaixar os apoios para os pés e auxiliar o usuário a apoiar adequadamente os pés no mesmo;
15. Destruavar as rodas traseiras/maiores;
16. Realizar contenção na cadeira de rodas;
17. Quando necessário entrar em elevador ou passar por pequenos degraus/desníveis, conduzir a cadeira de costas, passando primeiro com as rodas traseiras/maiores;
18. Para a saída do usuário da cadeira de rodas, travar as rodas traseiras/maiores;
19. Ajudar o usuário a retirar os pés dos apoios da cadeira de rodas, elevando os apoios em seguida;
20. Auxiliar o usuário a sair da cadeira de rodas, ficando de frente para o mesmo, segurando-o pela cintura e pedindo que o usuário segure em seus ombros;
21. Garantir que o usuário esteja confortável e seguro no local que foi colocado (maca, mesa de exame, carro);
22. Guardar a cadeira de rodas em seu local de origem;
23. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
24. Registrar o deslocamento e se houve intercorrências no prontuário do usuário, juntamente com os demais dados do atendimento prestado.

Referências:

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin; **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). RESOLUÇÃO COFEN Nº 588/2018. Aprovar a normatização de atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em

ambiente interno aos serviços de saúde, nos termos do Anexo que é parte integrante da presente Resolução. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-588-2018_66039.html
Acesso em: 18 out. 2021.

Parte 13

CUIDADOS COM PROCESSOS DE ESTERILIZAÇÃO



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 113

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: MANEJO DE ARTIGOS SUJOS - SALA DE RESÍDUOS TEMPORÁRIOS

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Enfermeiro.

Quando:

Diariamente ou sempre que necessário (na utilização de materiais e instrumentais na assistência ao usuário).

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Não haver cruzamento dos materiais limpos com os sujos.
- Evitar o ressecamento de sujidade aderido em reentrâncias, para posteriormente ser transportado em caixa plástica tampada para a sala de resíduos temporária.
- Prevenir acidentes de trabalhos com materiais infectantes.

Materiais:

- Caixa de perfuro cortante;
- Caixa lacrável rígida para materiais críticos;
- Caixa lacrável rígida para materiais semicríticos;
- Caixa para gaze não estéril sem presença de secreção;
- EPI's: Avental manga longa, luva de procedimento, gorro, máscara, óculos de proteção e sapato fechado;
- Hamper;
- Lixeira com pedal para material contaminado.

Descrição do procedimento:

- Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
- Após o atendimento ao usuário, no consultório ou sala onde foi utilizado os instrumentais, retirar material perfuro cortante e desprezar na caixa específica;

- Transportar os artigos e/ou instrumentais para a sala de resíduos temporários;
- Na sala de resíduos temporários dos setores: separar os materiais conforme suas especificações em seus respectivos compartimentos: Lixo contaminado = lixeira com pedal para lixo hospitalar; lixo perfuro cortante = caixa de papelão específica; roupa = hamper e materiais críticos e semicríticos = caixa lacrável rígida.
- Adicionar água potável na caixa com material crítico com presença de secreção até que todo o material esteja imerso.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
- Final do turno matutino e vespertino retirar as caixas rígidas da sala de resíduos temporários dos setores, devidamente tampada, lacrada e encaminhar para a Central de Materiais Esterilizados ou local específico para este fim.
- O responsável pela entrega dos materiais na Central de Materiais Esterilizados; será o mesmo responsável pelo processamento dos materiais.
- No caso de visualização ou erro no local de desprezo dos materiais comunicar a toda a equipe envolvida no manuseio dos materiais para que em equipe encontre-se a solução para que o transporte possa ser realizado de forma mais segura.
- Em caso de acidente de trabalho encaminhar o funcionário para os devidos atendimentos e notificações.

Referências:

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (HUMAP). POP: **Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH**. Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. p: 480. 2016.

PREFEITURA DA CIDADE DE ASSIS. Secretaria Municipal de Saúde: Procedimento **Operacional Padrão (POP) e Manual De Normas e Rotinas da Atenção Básica**, SMS Assis, 2019.

PREFEITURA DA CIDADE DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem**, SMS Campinas, 2016, versão 2.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 114

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TÉCNICA DE LIMPEZA DE EQUIPAMENTOS E DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE INSTRUMENTAIS E SUPERFÍCIES

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Na ausência destes, o Enfermeiro.

Quando:

Diariamente ou sempre que necessário

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Remover sujidades e controlar os microrganismos dos materiais após o uso no usuário ou contato com meio externo;
- Proporcionar biossegurança aos usuários e aos profissionais da área de saúde;
- Reduzir a incidência de infecções pós –cirúrgicas ao usuário;
- Prevenir contaminação por acidentes de trabalho aos profissionais executantes.

Conceitos:

LIMPEZA é a remoção mecânica de sujidades para reduzir a carga microbiana, a matéria orgânica e os contaminantes de natureza inorgânica, de modo a garantir o processo de desinfecção e esterilização e a manutenção da vida útil do instrumental. Deve ser realizada em todo artigo exposto ao campo contaminado. Deve preceder os processos de desinfecção e esterilização.

DESINFECÇÃO é o processo de eliminação e destruição de microrganismos, patogênicos ou não, em sua forma vegetativa, que estejam presentes nos artigos e em superfícies inertes, mediante a aplicação de agentes físicos e químicos em uma superfície previamente limpa. Tais agentes são chamados de desinfetantes ou germicidas, sendo estes capazes de destruir ou inativar tais microrganismos.

ESTERILIZAÇÃO é o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A probabilidade de sobrevivência do microrganismo no item submetido ao processo de esterilização é

menor que um em um milhão. A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.

Os artigos odonto-médico-hospitalares, são classificados segundo o seu potencial de contaminação em críticos, semicríticos e não-críticos.

ARTIGOS CRÍTICOS (C): artigos destinados a penetração, através da pele e mucosas, nos tecidos subepiteliais e no sistema vascular, tecidos estes isentos de flora microbiana própria. Requerem esterilização ou descarte, pois são de alto risco na transmissão de infecção se contaminados por qualquer tipo de microorganismo. Ex: agulhas, lâminas de bisturi, sondas, instrumentais odonto-médico-hospitalares, ponta de eletro-cautério, campos cirúrgicos etc.

ARTIGOS SEMICRÍTICOS (SC): artigos que entram em contato com mucosas íntegras e pele não-íntegra, ou ainda aqueles que por sua especificidade devem ter a presença de microorganismos patogênicos minimizada. Requerem esterilização ou desinfecção de alto nível. Ex: acessórios dos ventiladores, laringoscópio, cânula de Guedel, tubos endotraqueais etc.

ARTIGOS NÃO-CRÍTICOS (NC): artigos utilizados em procedimentos com baixíssimo risco de desenvolvimento de infecção associada ou que entram em contato apenas com pele íntegra. Requerem limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível, dependendo do risco de transmissão secundária de microorganismos de importância epidemiológica. Ex: o material usado para higienização, termômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, mesa do aparelho de raio X, microscópio etc.

Materiais:

- EPI's:
- Avental impermeável;
- Máscara;
- Luvas de autoproteção de borracha;
- Óculos de proteção;
- Recipiente com tampa de tamanho compatível com a quantidade de material;
- Esponja;
- Escova de cerdas de nylon macias;
- Toalhas ou panos limpos e macios;
- Solução de água e detergente enzimático;
- Papel crepado, papel grau cirúrgico ou tecido de algodão cru.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Usar os EPIs para iniciar a limpeza do instrumental.
3. Manipular o material cuidadosamente.
4. Separar material pérfuro-cortante e lavar separadamente, evitando acidentes.
5. Imergir o instrumental contaminado em solução de água e detergente (conforme orientação do fabricante), para remoção de resíduos de matéria orgânica.
6. Lavar o material peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimento no sentido das serrilhas e dar atenção especial também para as articulações.
7. Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações.
8. Enxugar as peças com toalha ou pano macio e limpo, em toda a sua extensão, dando atenção especial para as articulações e serrilhas.
9. Colocar o instrumental sobre um pano branco e avaliar a limpeza feita, revisando-o cuidadosamente. Reprocessar aqueles em que persistir sujidade visível.
10. Separar artigos que apresentam alterações, ferrugem ou estejam danificados, encaminhando-os para manutenção ou descarte.
11. Encaminhar os instrumentais que estiverem em boas condições de uso para a área de preparo e esterilização.
12. Separar o material por tipo de procedimento e prepará-lo.
13. Lavar as luvas de borracha antes de retirá-las.
14. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
15. Manter a área limpa e organizada.
16. Embalar o material em embalagem apropriada para esterilização em autoclave. Materiais recomendados: papel grau cirúrgico, papel crepado, tecido de algodão cru (campo duplo), vidro, nylon, cassetes e caixas metálicas perfuradas.
17. Identificar as embalagens antes da esterilização em fita ou etiqueta adesiva, contendo a descrição do conteúdo, quando necessário, data e validade da esterilização e nome do funcionário responsável pelo processamento do artigo.
18. Colocar o material, devidamente embalado, na câmara da autoclave desligada, não ultrapassando 2/3 de sua capacidade total e sem encostar nas laterais, dispondo-se os pacotes de modo que o vapor possa circular livremente e atinja todas as superfícies do material. Embalagens compostas por papel e filme devem ser colocadas com o papel para baixo.

19. Fechar o equipamento e selecionar o ciclo desejado, caso seja possível.
20. O tempo em autoclave depende da orientação do fabricante. Os padrões de tempo, temperatura e pressão para esterilização pelo vapor variam de acordo com o aparelho e encontram-se dentro de: 121° C a 127° C (1 atm pressão) por 15 a 30 minutos e 132° C a 134° C (2 atm pressão) por quatro a sete minutos de esterilização.
21. Após a conclusão do ciclo, abrir o equipamento e aguardar que a temperatura caia a 60° C para a retirada do material. Nesta etapa, o profissional deve utilizar todos os EPIs.
22. Acondicionar o material autoclavado em local limpo e seco.
23. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente; **Observações:** A utilização de esponja de aço e abrasivos danificam o material, sendo desaconselhável o seu uso.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES EM UNIDADES DE SAÚDE

SUPERFÍCIE	CLASSIFICAÇÃO	PERIODICIDADE	COMO FAZER
Aparelho telefônico	não-crítico	Diariamente	Limpar com pano limpo, úmido em água e sabão líquido.
Balcão do posto de medicamentos, farmácia, recepção e administrativo	não-crítico	Diariamente	Limpar com pano úmido em água e sabão líquido, enxaguar e secar. Friccionar álcool 70%.
Bebedouro	não-crítico	Diariamente	Lavar com água e sabão líquido e secar.
Biombos	não-crítico	Lavar a cada 15 dias ou sempre que apresentar sujidade visível	Lavar com água e sabão líquido e secar.
Computador	não-crítico	Diariamente	Limpar com pano úmido bem torcido.

pinças, tesouras, cabos de bisturi, pontas de eletrocautério, fios guia	crítico	Após o uso	Imediatamente após o uso colocar em recipiente seco com tampa. Levar o recipiente para o expurgo. - Colocar no detergente

			enzimático por 15 minutos (de acordo com fabricante) Lavar individualmente em água corrente com escova apropriada e sabão líquido. O movimento de escovamento deve seguir as linhas das serrilhas. Enxaguar, enxugar e secar. Fazer inspeção visual do material e acondicionar com o invólucro padronizado pela instituição. Esterilizar em autoclave.
Laringoscópio: -Lâmina -Cabo	não-crítico	Após o uso	Remover a lâmpada. Lavar a lâmina com água e sabão líquido, desinfetar com álcool 70%. Limpar o cabo com pano úmido com água e sabão líquido, desinfetar com álcool 70%.
Máscara de Venturi	semicrítico	Após o uso	Desmontar, lavar com água e sabão líquido, enxaguar, secar, imergir em solução padronizada pela CCI-SMS, enxaguar, secar e acondicionar em recipiente fechado.
Otoscópio -Espéculo -Cabo	não-crítico	Após o uso	Lavar o espéculo com água e sabão líquido, enxaguar, secar e friccionar com álcool 70%. Limpar o cabo com pano úmido com água e sabão líquido, desinfetar com álcool 70%.
Banheira infantil	não-crítico	Após o uso	Lavar com água e sabão líquido, enxaguar e secar. Friccionar álcool 70%. OBS: se houver derramamento de fluido orgânico, removê-lo com papel descartável e proceder como descrito acima.
Pente	não-crítico	Após o uso	Lavar com água e sabão líquido. Friccionar álcool 70% e armazenar.
Suporte de soro, balança, esfigmomanômetr	não-crítico	Limpar diariamente	Limpar com água e sabão líquido, enxaguar e secar.

o,				
Talas,/ calhas, goteiras	não-crítico	Após o uso	Limpar com água e sabão líquido, enxaguar, secar e friccionar álcool 70%.	
Termômetros, estetoscópio	não-crítico	Após o uso	Limpar com água e sabão líquido, enxaguar, secar e friccionar álcool 70%.	
Tubo endotraqueal	não-crítico	Após o uso	Descartar.	
Tubos de látex:				
– O2 ou ar comprimido	não-crítico	Após o uso ou em ambulatórios a cada 12h	Lavar com água e sabão líquido, enxaguar, secar, embalar e esterilizar.	
– aspiração				
Umidificador de oxigênio	semicrítico	Após o uso	Desmontar, lavar com água e sabão líquido, enxaguar, secar e embalar individualmente.	
Válvulas: vácuo, O2 e ar comprimido	não-crítico	Diariamente	Limpar com água e sabão líquido, enxaguar, secar e friccionar álcool 70%.	

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS, EQUIPAMENTOS E SUPERFÍCIES DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM UNIDADES DE SAÚDE

ARTIGOS/EQUIPAMENTOS E SUPERFÍCIES	CLASSIFICAÇÃO	PERIODICIDADE	COMO FAZER
agulhas de anestesia e de sutura, lâminas de bisturi	crítico	Após o uso	Descartar em recipiente rígido. O profissional que utiliza artigo perfurocortante é responsável pelo seu descarte (NR32).
Isolante, perfurador de borracha de isolamento absoluto	semicrítico	Após o uso	Lavar com esponja, água e sabão líquido, secar e esterilizar.
Arco porta-dique: plástico	semicrítico	Após o uso	Lavar com esponja, água e sabão líquido, secar, friccionar álcool 70% e armazenar.
metálico			
arcadas	não-crítico	Após cada atendimento	Limpar com esponja, água e sabão líquido. Friccionar álcool 70%.
bandejas, cubas, caixas e milares – metálicas	semicrítico	Após o uso	Lavar com esponja, água e sabão líquido, secar, acondicionar, esterilizar e armazenar.
bandejas, cubas, caixas e milares – plástico	semicrítico	Após o uso	Lavar com esponja, água e sabão líquido, secar, friccionar álcool 70% e armazenar.
brocas	crítico	Após o uso	Imergir em solução padronizada pela SMS, enxaguar, lavar com água, sabão líquido e escova, enxaguar, secar, inspecionar, acondicionar e esterilizar.
cadeira odontológica	não- crítico	Após o uso	Limpar com esponja, água e sabão líquido, enxaguar, secar, friccionar álcool 70%. Cobrir com PVC as áreas de contato direto das mãos dos profissionais (encosto, apoio de braços e botões).
caixa de revelação	não-crítico	Diariamente	Limpar com esponja, água e sabão líquido. Forrar o fundo com toalha de papel.

*considerar orientação do fabricante, constante no rótulo do produto.

** desinfetante exclusivamente de superfície (para artigos que não ficam submersos em solução).

Produto	HIPOCLORITO DE SÓDIO	ÁLCOOL ETÍLICO	DETERGENTE ENZIMÁTICO
Características			
Concentração de uso	1%	70%	*
Tempo de exposição	30 minutos	**	30 minutos
Restrições de uso	Danifica metais e mármore	Danifica acrílico e borracha	Sem restrições
EPI	Avental impermeável + luva de borracha + óculos + máscara + bota (calçado fechado)	Luva de PVC	Luva de PVC
Nível de desinfecção	Médio	Médio	Nenhum
Estabilidade	Baixa	Alta	Alta
Tempo de Preparo	24 h	Prazo de validade constante no rótulo	24 h
Atividade em matéria orgânica	Não	Não	Somente ação desincrostante
Deixa resíduos sobre artigos?	Sim	Não	Sim
Necessita enxágüe?	Sim	Não	Sim

Referências:

PREFEITURA DA CIDADE DE ASSIS. Secretaria Municipal de Saúde: **Procedimento Operacional Padrão (POP) e Manual De Normas e Rotinas da Atenção Básica**, SMS Assis, 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos**. Brasília: ed. Anvisa, 2006. 156 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Manual de Normas e Rotinas de Processamento de Artigos e Superfícies Manual Para a Rede Municipal de Saúde de Florianópolis, 2008. Pag20-21

Manual de Biossegurança do Conselho Federal de Odontologia, 1999.

Manual de Limpeza e Desinfecção da Faculdade de Odontologia da UNESP, 2009

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO-SP SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO. **Protocolo de Processamento de Artigos e Superfícies nas Unidades de Saúde. Ribeirão Preto-SP**. Subcomissão de Protocolos da CCI-SMS. 2007.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 115

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA AUTOCLAVE

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Na ausência destes, o Enfermeiro.

Quando: Semanalmente ou sempre que necessário

Monitoramento:

Enfermeiro

Objetivo:

- Remover a sujidade presente na autoclave.
- Prevenir contaminação durante o manuseio da autoclave.

Materiais:

- Álcool 70%
- Água;
- Baldes;
- Compressa;
- Detergente neutro;
- Esponja;
- EPIs: Avental impermeável, gorro, luvas de borracha e sapato fechado.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Desligar o aparelho da tomada e verificar se autoclave esta fria para iniciar a limpeza.
3. Vestir EPIs;
4. Retirar toda água do aparelho da autoclave;
5. Abrir as portas das autoclaves e retirar os racks das mesmas;
6. Retirar o trilho das autoclaves e/ou as divisórias;
7. Com auxílio de uma esponja macia, lavar com água e detergente neutro todas as superfícies internas e externas.

8. Com auxílio de um pano úmido, enxaguar bem as superfícies.
9. Retirar o ralo do dreno e lavá-lo com água, sabão e escova.
10. Enxaguar o trilho passando o pano com água até que saia limpas.
11. Secar com pano seco os trilhos e toda a autoclave.
12. Retirar avental e luvas de procedimento;
13. Passar diariamente um pano embebido em álcool 70%.
14. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente.

Referências:

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (HUMAP). **POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH.** Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. p: 480. 2016.

PREFEITURA DA CIDADE DE ASSIS. Secretaria Municipal de Saúde: **Procedimento Operacional Padrão (POP) e Manual De Normas e Rotinas da Atenção Básica**, SMS Assis, 2019.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 116

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TESTE DE ESTERILIZAÇÃO NA AUTOCLAVE - INDICADOR BIOLÓGICO

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Na ausência destes, o Enfermeiro.

Quando:

Semanalmente ou sempre que necessário

Monitoramento: Enfermeiro ou Cirurgião-dentista

Objetivo:

- Comprovar a eficácia do processo de esterilização.

Materiais:

- Luvas de procedimento;
- 1 incubador biológico;
- 1 pacote grande (desafio para esterilização), utilizar o pacote da unidade com a maior densidade; (seria este o pacote teste?)
- 2 ampolas de indicador biológico;
- Impresso de controle de resultados;
- Bandeja montada com pacotes a serem esterilizados;
- Fita teste para autoclave.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Calçar as luvas de procedimentos;
3. Identificar a ampola de indicador biológico colocando: número da autoclave, nível escolhido, número do ciclo e data;
4. Montar o pacote desafio para a esterilização, colocando a ampola de indicador biológico no centro do pacote, entre os campos;
5. Fechar o pacote, conforme a técnica do envelope, identificando-o;
6. Colocar o pacote teste dentro do cesto de aço;

7. Posicionar o cesto com o pacote teste, no local escolhido da bandeja, entre os demais pacotes;
8. Realizar o ciclo de esterilização;
9. Retirar o pacote após o esfriamento;
10. Abrir o pacote retirando a ampola de teste biológico;
11. Quebrar a ampola, homogeneizar e colocá-la no incubador, juntamente com a ampola controle;
12. Proceder a leitura a partir de 4 horas de incubação ou conforme orientação do fabricante;
13. Retirar as ampolas do incubador e verificar o resultado final;
14. Preencher o impresso de controle dos resultados;
15. Suspender a utilização do material autoclavado durante o teste, caso ocorra mudança de coloração na ampola, repetir o teste utilizando novo pacote;
16. Solicitar avaliação técnica da autoclave caso persista a alteração na coloração da ampola;
17. Manter a área limpa e organizada.
18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

Referências:

PREFEITURA DA CIDADE DE ASSIS. Secretaria Municipal de Saúde: Procedimento **Operacional Padrão (POP)** e **Manual De Normas e Rotinas da Atenção Básica**, SMS Assis, 2019.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 117

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: USO DA CUBA DE ULTRASSOM CRISTÓFOLI

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Na ausência destes, o Enfermeiro.

Quando:

Semanalmente ou sempre que necessário

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Remover a sujidade presente na autoclave.
- Prevenir contaminação durante o manuseio da autoclave.

Materiais:

- Álcool 70%;
- Água;
- Baldes;
- Compressa;
- Detergente neutro;
- Esponja;
- EPIs: Avental impermeável, gorro, luvas de borracha e sapato fechado.

Descrição do procedimento:

Para melhor visualização, os desenhos a seguir não mostram a tampa da cuba de ultrassom. Lembre-se de usar a tampa sempre que o equipamento estiver em funcionamento.

1. Colocar preferencialmente água filtrada até o nível máximo de 2,1 litros indicado na cuba como MAX (Fig. 26).
2. Conectar o cabo de energia na cuba de ultrassom e à rede elétrica (Fig. 27). O LED verde se acenderá, indicando que o equipamento está ligado e o display exibirá o ciclo padrão de 180s (3 minutos).

3. Proceder à degaseificação da água conforme instruções do tópico “Degaseificação /Uso do Béquer”.

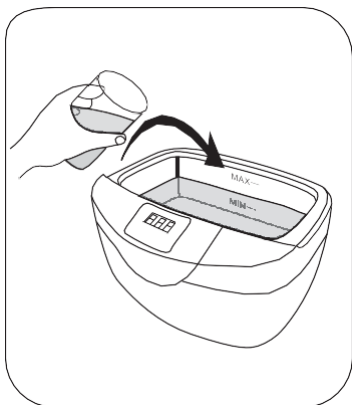


Fig.26

Fig 27

Fig. 28

4. Colocar a quantidade correta de detergente enzimático na cuba de inox ou béquer de acordo com as recomendações do fabricante. Para sua economia e comodidade, utilize um copo medidor ou uma seringa sem agulha para medir o volume e que a mesma seja utilizada somente para este fim. Não use soluções/produtos desincrustantes, pois possuem uma alta concentração ácida, isso pode danificar a cuba, sua vedação e os instrumentos.
5. Colocar os artigos no cesto ou béquer, consulte o tópico “Degaseificação / Uso do Béquer”. Não coloque instrumentos/artigos dentro do cesto ao mesmo tempo que estiver usando o béquer. Os instrumentos devem estar totalmente imersos, mas não sobrepostos.

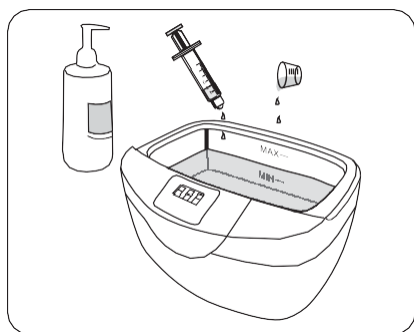


Fig. 29

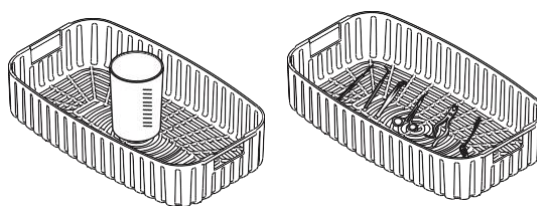


Fig. 30

6. Selecionar o tempo desejado no teclado utilizando a tecla MD. A seleção de tempo inicia com o ciclo padrão de 180s (3 min.). A cada toque na tecla MD, o display exibirá um dos 5 tempos de limpeza pré-programados (Fig. 30).

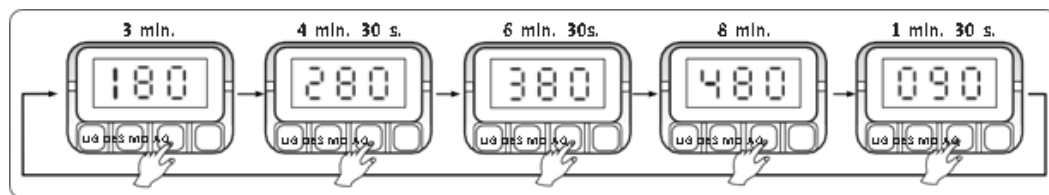


Fig. 31

7. Pressionar a tecla LIG para iniciar a limpeza (Fig. 31), neste momento o operador ouvirá o ruído típico do funcionamento do equipamento, ou seja, a cavitação. Para interromper o ciclo temporariamente pressione a tecla DES (Fig. 32), para retomar a limpeza pressione LIG novamente.

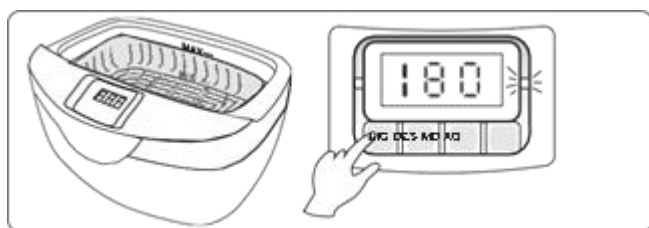


Fig. 32

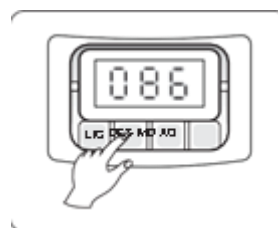


Fig. 33

8. Ao término do ciclo o display exibirá 000 e o processo de cavitação terminará automaticamente. Desconectar o equipamento da tomada e abrir a tampa (Fig. 16).

9. Retirar o béquero ou o cesto plástico da cuba com os instrumentos/artigos assim que a limpeza estiver finalizada e faça uma inspeção visual, se houver algum resíduo, retire-o com uma escova própria.

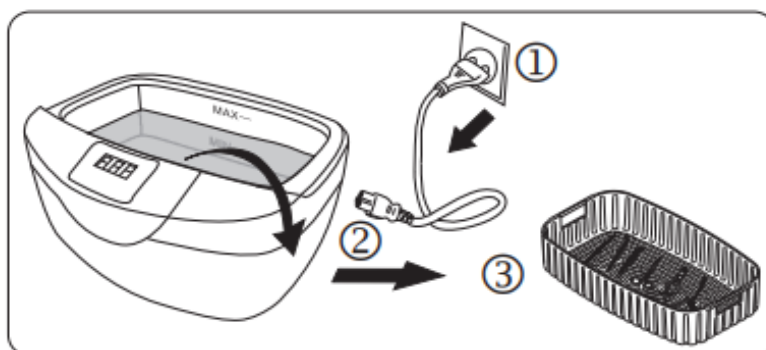


Fig. 16

10. Para finalizar, despejar a solução contaminada em uma pia apropriada para essa finalidade procedendo da seguinte maneira: incline cuidadosamente o equipamento para qualquer uma das laterais no lado oposto ao painel de controle, procurando direcionar a água para o canto da cuba de inox, o que facilitará o descarte, evitando a entrada de água no equipamento pelos orifícios do mesmo (Fig. 17). Para um novo ciclo, aguarde 15 minutos e então siga novamente as instruções de uso.

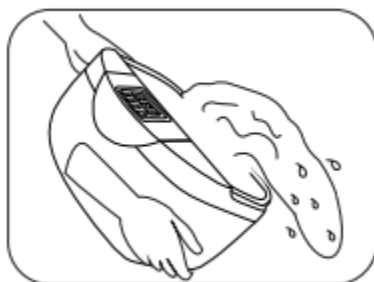


Fig. 17

MANUTENÇÃO PREVENTIVA

Para o melhor funcionamento e maior durabilidade de seu equipamento, são necessários alguns procedimentos. A manutenção preventiva corresponde à realização de todos os procedimentos abaixo relacionados, que devem ser feitos de forma periódica por conta do consumidor.

Certifique-se de desconectar a Cuba de Ultrassom da rede elétrica para realizar qualquer tipo de manutenção, incluindo limpeza.

PERIODICIDADE	MANUTENÇÕES
DIÁRIA	Limpeza externa: Desligue o equipamento da tomada. Utilize um pano úmido com detergente neutro biodegradável, em seguida, limpe com um pano umedecido com álcool 70% ou ácido peracético a 1%. Limpe a tampa da mesma forma. Faça movimentos suaves somente em um sentido.
	Limpeza da cuba de inox: Limpe a cuba de inox e troque a solução de limpeza a cada ciclo para manter a eficácia do procedimento, pois a sujeira acumulada dentro da cuba diminui a eficiência da cavitação. Descarte a solução contaminada conforme instruções do tópico "Como Usar a Cuba de Ultrassom Cristófoli", Instrução 10 (Pág. 10). Após descartar a água/solução, retire com uma esponja macia, pano ou toalhas de papel, o excesso de resíduos que porventura se acumulem no fundo da cuba, limpe-a com uma esponja macia e detergente neutro biodegradável e enxágue com água corrente (tendo a precaução de não molhar o painel eletrônico, evitando assim a entrada de água no equipamento através dos orifícios do mesmo), enxugue a cuba com papel toalha ou um pano macio e finalize desinfetando a cuba esfregando-a com álcool 70% três vezes como técnica recomendada para seu uso (BRASIL 1994).
ANUAL	Recomendamos a realização da manutenção preventiva geral do equipamento com um técnico autorizado Cristófoli. Consulte "Rede de Assistência Técnica Autorizada" (Pág. 13).

Referências:

Cristófoli Equipamentos de Biossegurança LTDA., **MANUAL CUBA DE ULTRASSOM CRISTÓFOLI.**
Paraná, Brasil, fábrica de equipamentos de biossegurança para atender a área da saúde. PORT.
REV.2-2020.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 118

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: USO DA SELADORA

Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Na ausência destes, o Enfermeiro.

Quando:

Diariamente ou sempre que necessário.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Selar embalagens utilizadas nos ciclos de esterilização realizados em autoclaves a vapor;
- Embalar devidamente os materiais para garantir a penetração do agente esterilizante e impedir a entrada de microrganismos até a sua abertura.

Materiais:

- Luvas de procedimento;
- Embalagens do tipo misto papel grau cirúrgico e plástico;
- Seladora.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Calçar as luvas de procedimentos;
3. Ligar a seladora através do interruptor. A lâmpada indicadora acenderá;
4. Aguardar aproximadamente 10 minutos para a seladora atingir a temperatura correta para a selagem das embalagens;
5. A temperatura de funcionamento será controlada automaticamente;
6. Introduzir a embalagem com o lado do papel para baixo entre as traves superior e inferior. O lado do filme plástico deverá ficar voltado para cima;
7. Através do suporte plástico, pressionar firmemente a trave superior para baixo por cinco segundos, para selar a embalagem;

8. Desligar a seladora ao final da utilização para evitar seu sobreaquecimento e danos aos seus componentes;
9. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente.

Referências:

STERMAX. **Manual de instruções e manutenção de seladora.**

Parte 14

CUIDADOS COM OUTROS PROCEDIMENTOS

14.1 AUXÍLIO NA PARADA CARDIORESPIRATÓRIA



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 119

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR ADULTO

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

Usuário inconsciente, respiração ausente ou agônica, sem pulso central palpável.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Recuperar a função cardiorrespiratória
- Reverter uma arritmia e regularizar o ritmo cardíaco.

Materiais:

Equipamentos de proteção individual;

- Respirador manual (AMBU) com reservatório;
- Máscara de oxigênio;
- Tábua para massagem cardíaca;
- Oxigênio 100% a 15l/min;
- Desfibrilador Externo Automático (DEA);
- Gel condutor;
- Luvas de procedimento.
- Bolsa;
- Caixa ou carro de emergência contendo:
 - Ressuscitador manual (ambu adulto);
 - Máscara com reservatório adulto;
 - Medicações de emergência disponibilizadas pela SMS;
 - Soros (fisiológico, glicosado, glicofisio);
 - Fonte de oxigênio;
 - Frasco de aspiração conectado à rede;
 - Oxímetro de pulso;

- Material para intubação adulta;
- Material para acesso venoso, sondagem e aspiração de calibres adulto;
- Prancheta com tabela de controle dos ciclos RCP;
- Escala de Glasgow.

Descrição do procedimento:

1. Checar a responsividade (tocar nos ombros e chamar usuário em voz alta);
2. Chamar ajuda – médico e equipe de enfermagem;
3. Posicionar bolsa de emergência;
4. Posicionar o usuário em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca;
5. Colocar oxímetro digital e aplicar escala de glasgow se possível (importante para repassar ao Serviço Móvel);
6. Solicitar ajuda da equipe para contato com o SAMU;
7. Checar pulso carotídeo, num intervalo de 5 a 10 segundos;
 - a. Se respiração ausente ou agônica e;
8. Pulso PRESENTE: abrir via aérea e aplicar uma insuflação a cada 5 a 6 segundos (10 a 12/min) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos;
9. Pulso AUSENTE: informar imediatamente o serviço de emergência móvel, solicitando apoio caso ainda não o tenha feito, e reiniciar ressuscitação cardiopulmonar (RCP);
10. Expor o tórax;
11. Iniciar RCP pelas compressões torácicas, mantendo ciclos de:
12. 30 compressões eficientes (na faixa de 100 a 120/min, comprimindo o tórax em 5 a 6 cm com completo retorno);
13. Duas insuflações eficientes (de 1 segundo cada e com visível elevação do tórax) com bolsa valva-máscara com reservatório e oxigênio adicional);
14. Assim que o DEA estiver disponível:
15. Instalar os eletrodos de adulto do DEA no tórax desnudo e seco do usuário sem interromper as compressões torácicas;
16. Ligar o aparelho;
17. Interromper as compressões torácicas apenas quando o equipamento solicitar análise. Seguir as orientações do aparelho quanto à indicação de choque
18. Se choque for indicado;
19. Solicitar que todos se afastem do contato com o usuário;
20. Disparar o choque quando indicado pelo DEA;

21. Reiniciar imediatamente a RCP após o choque, começando pelas compressões torácicas por 2 minutos;
22. Após 2 minutos de compressões e insuflações eficientes, checar novamente o ritmo com o DEA se disponível, na ausência checar pulso carotídeo. Pulsação ausente reiniciar RCP (30 compressões para 2 insuflações). Checar ritmo novamente após 2 minutos;
23. Manter os ciclos de RCP e avaliação do ritmo até:
24. A chegada do Serviço Móvel;
25. A chegada ao Hospital;
26. A vítima apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento)
27. Puncionar acesso venoso calibroso;
28. Preparar material para intubação caso seja necessário o médico ter a disposição para uso;
29. Se realizado a intubação endotraqueal proceder com aspiração de vias aéreas se necessário;
30. Administrar medicamentos de emergência caso solicitado pelo médico;
31. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
32. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
33. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Observações:

Não há parâmetro de tempo de RCP para a tomada de decisão sobre a interrupção dos esforços.

Compressões torácicas eficientes e de boa qualidade compreendem:

1. Mãos entrelaçadas na metade inferior do esterno;
2. Deprimir o tórax em pelo menos 5 cm (sem exceder a 6 cm) e permitir o completo retorno entre as compressões;
3. Manter frequência de compressões em 100 a 120 compressões/min;
4. Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 min;
5. Minimizar as interrupções das compressões.

Insuflações eficientes e de boa qualidade:

1. Insuflação de 1 segundo cada;
2. Visível elevação do tórax.

Utilizar o DEA assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.

Não interromper manobras de RCP

Manter os equipamentos e materiais necessários para o atendimento de RCP sempre testados, em boas condições de uso, em número adequado e em local de fácil acesso.

Referências:

AEHLERT, B. ACLS: **Suporte avançado em cardiologia. Emergências em Cardiologia.** 4º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

HAZINSKI M.F., SHUSTER M. et al. **Destaques da American Heart Association 2015:** Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. American Heart Association, 2015.

NEUMAR R.W; SHUSTER M; et al. Parte 1: sumario executive: American Heart Association Guidelines Updade for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergenvy Cardiovascular Care. **Circulation**, v.18, n.132. 2015.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 120

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR PEDIÁTRICA

Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

Quando:

Usuário irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente, sem pulso central palpável ou que apresente pulso central, mas com frequência ≤ 60 batimentos por minuto (bpm) e com sinais de perfusão insuficiente, apesar da oxigenação e ventilação adequadas.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Recuperar a função cardiorrespiratória;
- Reverter uma arritmia e regularizar o ritmo cardíaco.

Materiais:

Equipamentos de proteção individual;

- Respirador manual (AMBU) com reservatório;
- Máscara de oxigênio;
- Tábua para massagem cardíaca;
- Oxigênio 100% a 15l/min;
- Desfibrilador Externo Automático (DEA);
- Gel condutor;
- Luvas de procedimento;
- Bolsa;
- Caixa;
- Carro de emergência contendo;
- Ressuscitador manual (ambu pediátrico);
- Máscara com reservatório pediátrica;
- Medicamentos de emergência disponibilizadas pela SMS;
- Soros (fisiológico, glicosado, glicofisio);
- Fonte de oxigênio;

- Frasco de aspiração conectado à rede;
- Oxímetro de pulso;
- Material para intubação pediátrica;
- Material para acesso venoso, sondagem e aspiração de calibres pediátricos;
- Prancheta com tabela de controle dos ciclos RCP;
- Escala de Glasgow.

Descrição do procedimento:

1. Checar a responsividade;
 - a) No bebê: estimular plantar;
 - b) Na criança: tocar nos ombros e chamar usuário em voz alta;
2. Chamar ajuda – médico e equipe de enfermagem;
3. Posicionar bolsa de emergência;
4. Posicionar o usuário em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca;
5. Colocar oxímetro digital e aplicar escala de glasgow se possível (importante para repassar ao Serviço Móvel);
6. Solicitar ajuda da equipe para contato com o SAMU;
7. Checar pulso central, por no máximo 10 segundos:
8. No bebê: pulso braquial;
9. Na criança: pulso carotídeo ou femoral.
 - a. Se respiração ausente ou agônica:
10. Pulso PRESENTE E MAIOR DO QUE 60 bpm:
 - a. Abrir via aérea;
 - b. Aplicar uma insuflação efetiva com dispositivo bolsa-valva-máscara e oxigênio;
 - c. Suplementar a 100% a cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insuflações/min);
 - d. Verificar a presença de pulso a cada 2 minutos.
11. Pulso PRESENTE, mas que permanece com frequência MENOR OU IGUAL A 60 bpm e com sinais de perfusão inadequada, apesar de ventilação e oxigenação adequadas:
 - a. Iniciar imediatamente as manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas);
 - b. Verificar a presença de pulso a cada 2 minutos.
12. Pulso AUSENTE:
 - a. Informar imediatamente o serviço de emergência móvel, solicitando apoio caso ainda não o tenha feito;
 - b. Iniciar imediatamente as manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas)

- c. Se disponível instalar DEA;
- d. Após 30 compressões torácicas (um profissional realiza as manobras), outro profissional deve abrir manualmente as vias aéreas e aplicar duas insuflações com dispositivo bolsa-valva-máscara com oxigênio suplementar a 100% (10 a 15 L/min);
- 13. Expor o tórax;
- 14. Iniciar RCP pelas compressões torácicas, mantendo ciclos de:
- 15. 30:2 se houver apenas um profissional realizando a RCP, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto;
- 16. 15:2 se houver dois profissionais realizando a RCP (um para compressões e outro para insuflações), com frequência de 100 a 120 compressões por minuto.
- 17. Assim que o DEA estiver disponível:
- 18. Instalar os eletrodos do DEA no tórax desnudo e seco do usuário sem interromper as compressões torácicas;
- 19. Ligar o aparelho;
- 20. Interromper as compressões torácicas apenas quando o equipamento solicitar análise. Seguir as orientações do aparelho quanto à indicação de choque
- 21. Se o DEA tiver atenuador de carga, utilizar da seguinte forma:
 - a. Na criança até 8 anos ou menor de 25Kg de peso: se disponível, usar DEA com sistema eletrodos-cabos pediátricos (que atenuam a carga de energia)
 - b. Na criança maior de 8 anos ou maior de 25Kg de peso: usar DEA com sistema eletrodos-cabos adulto;
- 22. Se choque for indicado:
- 23. Solicitar que todos se afastem do contato com o usuário;
- 24. Disparar o choque quando indicado pelo DEA;
- 25. Reiniciar imediatamente a RCP após o choque, começando pelas compressões torácicas por 2 minutos.
- 26. Após 2 minutos de compressões e insuflações eficientes, checar novamente o ritmo com o DEA se disponível, na ausência checar pulso carotídeo. Pulsação ausente reiniciar RCP (30 compressões para 2 insuflações). Checar ritmo novamente após 2 minutos
- 27. Manter os ciclos de RCP e avaliação do ritmo até:
- 28. A chegada do Serviço Móvel;
- 29. A chegada ao Hospital;
- 30. A vítima apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento)

31. Puncionar acesso venoso calibroso;
32. Preparar material para intubação caso seja necessário o médico ter a disposição para uso;
33. Se realizado a intubação endotraqueal proceder com aspiração de vias aéreas se necessário;
34. Administrar medicamentos de emergência caso solicitado pelo médico;
35. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
36. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
37. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

OBSERVAÇÕES:

Não há parâmetro de tempo de RCP para a tomada de decisão sobre a interrupção dos esforços.

Compressões torácicas eficientes e de boa qualidade compreendem:

No bebê:

1. Comprimir o esterno com 2 dedos posicionados imediatamente abaixo da linha intermamilar deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 4 cm.

Na criança:

1. Realizar compressões com uma ou duas mãos posicionadas na metade inferior do esterno deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 5 cm
2. Permitir o completo retorno entre as compressões;
3. Manter frequência de compressões em 100 a 120 compressões/min;
4. Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 min;
5. Minimizar as interrupções das compressões

Insuflações eficientes e de boa qualidade:

1. Insuflação de 1 segundo cada;
2. Visível elevação do tórax.

Utilizar o DEA assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.

Não interromper manobras de RCP

Manter os equipamentos e materiais necessários para o atendimento de RCP sempre testados, em boas condições de uso, em número adequado e em local de fácil acesso.

Referências:

AEHLERT, B. ACLS: **Suporte avançado em cardiologia. Emergências em Cardiologia.** 4º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

HAZINSKI M.F; SHUSTER M; et al. **Destaques da American Heart Association 2015:** Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. American Heart Association, 2015.

NEUMAR R.W; SHUSTER M; et al. Parte 1: Sumario executive: American Heart Association Guidelines Updade for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergenvy Cardiovascular Care. **Circulation**, v.18, n. 132. 2015.

Parte 14
CUIDADOS COM
OUTROS
PROCEDIMENTOS

14.2 PREPARO DO LEITO



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 121

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: PREPARO DO LEITO

Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e, na ausência destes, o enfermeiro.

Quando:

Diariamente no leito dos usuários internados, realizando a troca de roupa de cama quando o usuário está no banho de aspersão;

Quando o leito vazio vai receber um usuário.

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Preparar o leito para receber o usuário;
- Fornecer higiene e conforto ao usuário.

Material:

- Luva de procedimento;
- Hamper;
- Lençol (02);
- Forro móvel;
- Fronha;
- Cobertor (se necessário);
- Mesa auxiliar ou cadeira;
- Álcool a 70%;
- Compressa.

Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Confirmar o leito a ser preparado;
4. Colocar luvas de procedimento;
5. Manter o leito na posição horizontal, sem inclinação;

6. Caso as roupas de cama utilizadas ainda estejam no leito:
 - a. Remover as roupas de cima (colcha e cobertor) e colocá-los dobrados sobre uma superfície limpa e seca, caso possam ser utilizados novamente
 - b. Liberar as roupas de cama de qualquer equipamento ou dispositivo que possa estar preso a eles. Verificar a presença de objetos pessoais; colocando-os sobre a mesa de cabeceira e comunicando ao usuário
 - c. Tirar todas as roupas de cama usadas e colocá-las no hamper;
7. Higienizar colchão com uma compressa embebida em álcool a 70%;
8. Colocar o lençol limpo, posicionando a sua dobra média no centro da cama;
9. Prender as sobras laterais, da cabeceira e dos pés sobre o colchão, mantendo o lençol bem esticado, livre de pregas;
10. Colocar o forro limpo, na região central da cama (com sobras suficientes para dobrá-las sob as laterais do colchão), desdobrá-lo e prender a borda lateral sob cada lado do colchão, mantendo-o esticado e sem pregas;
11. Tirar a fronha do travesseiro, colocar a fronha usada no hamper e colocar uma fronha limpa no travesseiro, posicionando-o na cabeceira da cama;
12. Esticar o lençol de cima limpo sobre a cama, de forma centralizada e prender a sobra inferior sobre o colchão;
13. Recolocar o cobertor e a colcha (se houver), conforme a necessidade do usuário, realizando a dobra do lençol de cima sobre o cobertor e colcha;
14. Realizar dobradura de entrada, levando a região superior, onde foi feita a dobra do lençol sobre o cobertor para a região central da cama, no lado oposto ao que se encontra a escadinha do leito. Formando um triângulo e facilitando para o usuário no momento de se acomodar ao leito;
15. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, quando necessário.

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:
POP 122

DATA DA VALIDAÇÃO:
06/2021

DATA DA REVISÃO:
06/2023

Procedimento: TROCA DE ROUPA DE CAMA COM O USUÁRIO NO LEITO

Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e, na ausência destes, o enfermeiro.

Quando:

Diariamente no leito dos usuários acamados

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo:

- Proporcionar conforto e segurança ao usuário

Material:

- Luva de procedimento;
- Hamper;
- Lençol (02);
- Forro móvel;
- Fronha;
- Cobertor (se necessário);
- Mesa auxiliar ou cadeira;
- Álcool a 70%;
- Compressa;
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário biombo, se necessário.

Descrição do procedimento:

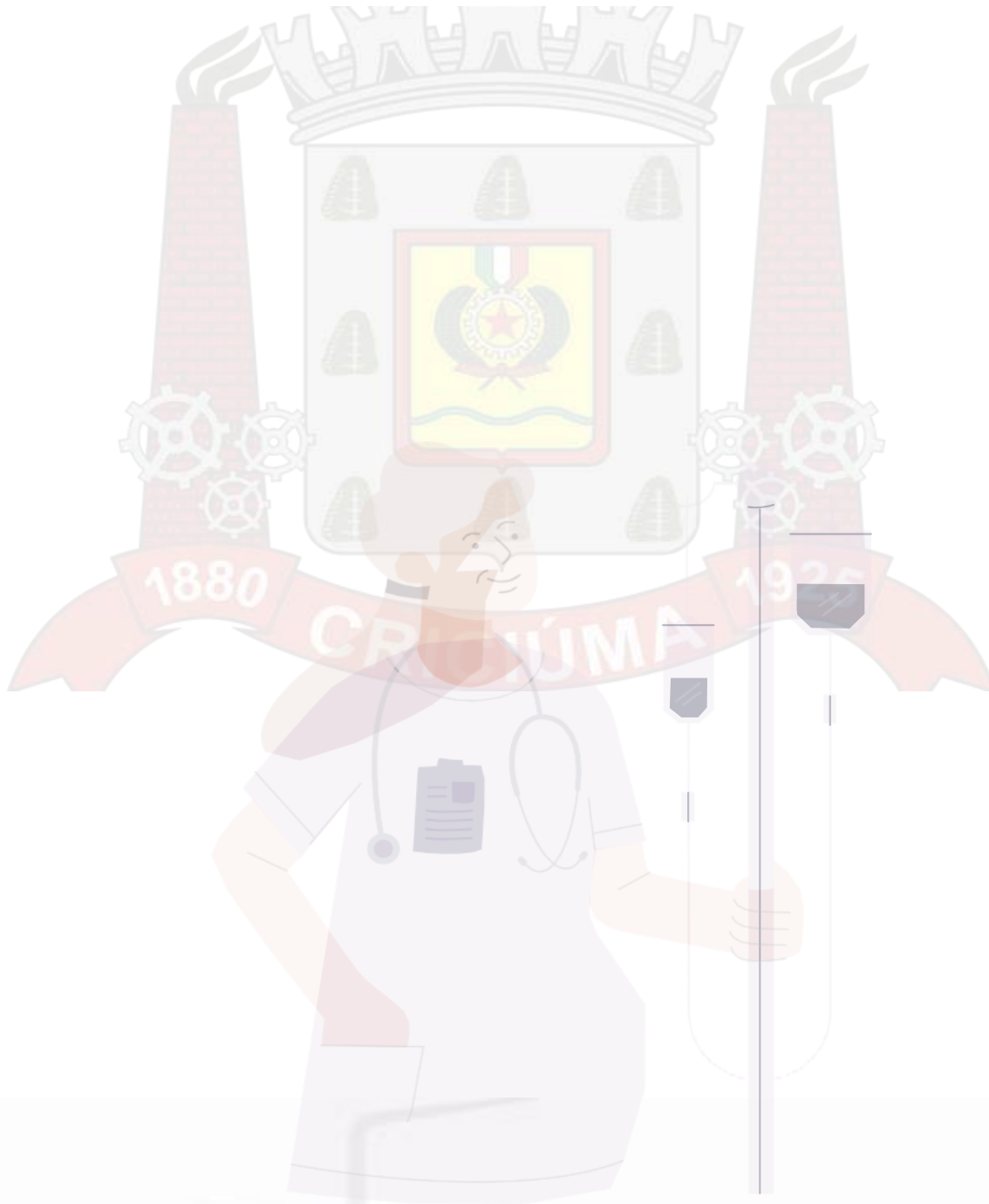
1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Colocar luvas de procedimento;

7. Deixar as roupas de cama limpas sobre uma superfície seca e limpa (mesa auxiliar, cadeira ou poltrona);
8. Colocar a cama na posição mais baixa tolerada pelo usuário;
9. Remover as roupas de cima (colcha e cobertor) e manter um lençol limpo e seco cobrindo o usuário;
10. Dobrar a colcha e o cobertor e colocá-los sobre uma superfície limpa e seca, caso possam ser utilizados novamente;
11. Liberar o lençol de baixo de qualquer equipamento ou dispositivo que esteja preso a ele. Verificar a presença de objetos pessoais; colocando-os sobre a mesa de cabeceira e comunicando ao usuário;
12. Deixar soltas todas as roupas de cama usadas;
13. Abaixar a grade lateral da cama, no lado em que o profissional se encontra, e virar o usuário para o lado oposto, com cuidado para não tracionar dispositivos que o usuário possa ter e o mais perto possível da grade elevada;
14. Dobrar o lençol inferior e o forro usados na forma de leque até o meio da cama, o mais próximo possível do usuário;
15. Higienizar o lado do colchão que ficou descoberto com uma compressa embebida em álcool a 70%;
16. Colocar um lençol limpo nesta parte do colchão limpa. Posicionar a sua dobra média no centro da cama (tendo assim, sobras suficientes para dobrá-las posteriormente, sob a cabeceira e os pés da cama), desdobrá-lo cobrindo toda a parte desocupada da cama e prender a borda lateral do lençol sob o colchão;
17. Colocar o forro limpo, na região central da cama (com sobras suficientes para dobrá-las sob as laterais do colchão), desdobrá-lo e prender a borda lateral sob o colchão;
18. Elevar a grade lateral da cama, deste lado onde já se encontra o lençol limpo;
19. Auxiliar o usuário a retornar à parte central (sobre as dobras o lençol e forros limpos) e reposicionar o travesseiro sob a cabeça do usuário;
20. Dirigir-se ao outro lado da cama, abaixar a grade lateral e auxiliar o usuário a virar-se para o lado oposto;
21. Caso o procedimento seja realizado por dois profissionais, o movimento de virar o usuário pode ser único, levando-o do decúbito lateral, diretamente para o lado oposto e reposicionando o travesseiro ao final do movimento. Sempre atentar para os dispositivos presos ao usuário.

22. Remover o lençol e o forro sujos e colocá-los no hamper;
23. Higienizar o lado descoberto do colchão com uma compressa embebida em álcool a 70%;
24. Desdobrar o lençol limpo, cobrindo o restante da cama, esticá-lo para não deixar pregas e prender a borda lateral sob o colchão;
25. Desdobrar o forro limpo, esticá-lo para não deixar pregas e prender a borda lateral sob o colchão;
26. Elevar a grade lateral da cama e ajudar o usuário a retornar à parte central do leito;
27. Estique o lençol de baixo, no sentido da cabeceira e dos pés da cama, dobrando as pontas e prendendo-as sob do colchão;
28. Trocar a fronha do travesseiro e colocar a fronha usada no hamper;
29. Remover o lençol de cima utilizado e colocá-lo no hamper;
30. Posicionar o usuário na cama de forma confortável, verificando os dispositivos do usuário e o rodízio de decúbito (se houver);
31. Colocar o lençol limpo sobre o usuário, com a dobra centralizada, e desdobrá-lo cobrindo o usuário;
32. Recolocar o cobertor e a colcha (se houver), conforme a necessidade do usuário;
33. Realizar a dobra do lençol de cima sobre o cobertor;
34. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
35. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
36. Evoluir no prontuário do usuário.

Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

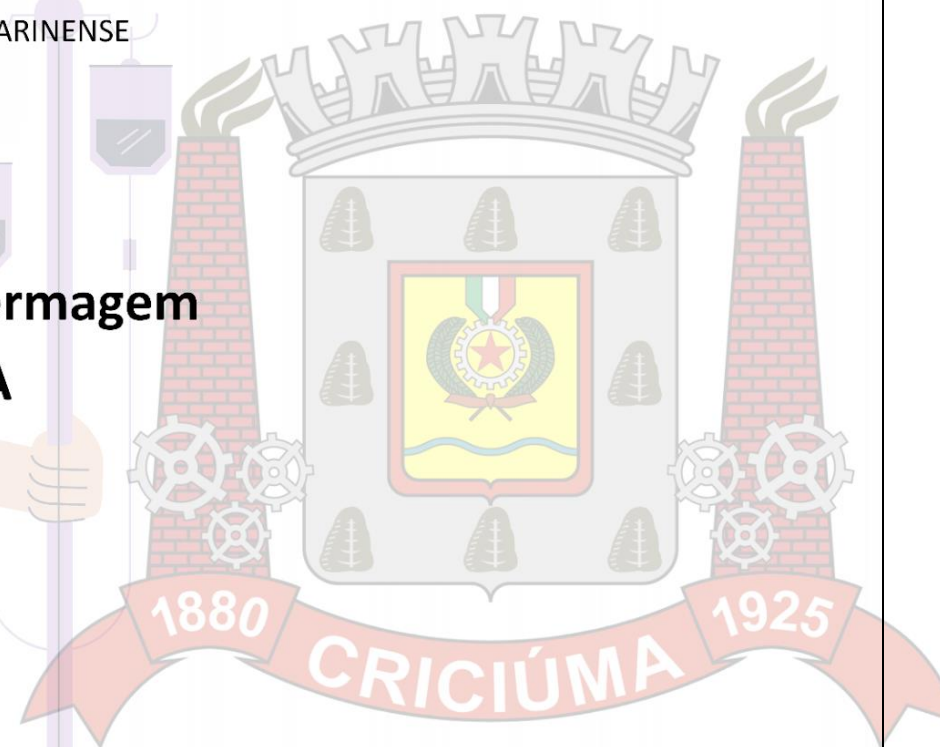


2 - MANUAL DE NORMAS E ROTINA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

GOVERNO DE CRICIÚMA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE

Normas e Rotinas de Enfermagem ATENÇÃO BÁSICA

CRICIÚMA/SC
SETEMBRO - 2021
1ª EDIÇÃO



Prefeitura Municipal de Criciúma, 2021. Todos os direitos reservados a Prefeitura Municipal de Criciúma. www.criciuma.sc.gov.br. Material produzido pela Equipe Técnica/Criciúma em parceria com Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional], da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

PODER EXECUTIVO

Prefeito Clésio Salvaro
Vice-prefeito Ricardo Fabris

Secretário Municipal de Saúde

Acélio Casagrande

Diretor Executivo

Deivid de Freitas Floriano

Gerência da Atenção Básica

Criciane Moreira Hansen
Eliane Santos Salib

Gerência da Saúde Mental

Ana Regina da Silva Losso

Gerência Vigilância em Saúde

Samuel Bucco

Gerência da Atenção Especializada

Cristiane Inácio Botelho

Gerência de Educação Permanente

Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização
Alexsandro Ferreira Caetano

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE

Reitora Profa. Dra. Luciane Bisognin Ceretta

Pró-reitora Acadêmica

Profa. Dra. Indianara Reynaud Toreti

Diretor de Pesquisa e Pós-Graduação

Profa. Dra. Patrícia Amaral

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
[Mestrado Profissional]**

Profa. Dra. Cristiane Damiani Tomasi



FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

C928n Criciúma (SC). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde.

Normas e rotinas de enfermagem : atenção básica / Prefeitura Municipal de Criciúma, Secretaria Municipal de Saúde ; Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. - 1. ed. - Criciúma, SC : Secretaria Municipal de Saúde : Unesc, 2021.

291 p. : il. ; 21 cm.

1. Enfermagem em saúde pública - Normas. 2. Enfermagem de atenção primária - Normas. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Equipe de enfermagem. 5. Cuidados de enfermagem. 6. Enfermagem domiciliar. 7. Acolhimento. 8. Educação em saúde. 9. Instrução para enfermeiros. 10. Padrões de prática em enfermagem. I. Título.

CDD - 22. ed. 610.734

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

ELABORAÇÃO/AUTORIA:**Equipe Técnica**

Enfermeira Coordenadora geral do grupo responsável pela formulação das Normas e Rotinas de Enfermagem da ATENÇÃO BÁSICA
Francielle Lazzarin de Freitas Gava

Enfermeiros Responsáveis pela Elaboração das NORMAS E ROTINAS DA ENFERMAGEM – ATENÇÃO BÁSICA

Daiane Mendes de Assis Réus
Gabriele de Carvalho
Larissa Alves
Francielle Lazzarin de Freitas Gava

Design Gráfico e formatação

Daiane Mendes de Assis Réus

Revisão Final

Criciane Moreira Hansen

Enfermeira. Gerente da Atenção Primária à Saúde da SMS Criciúma. Responsável Técnica pela Enfermagem na APS.

Luciane Bisognin Ceretta

Enfermeira. Professora Doutora, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] UNESC.

Fabiane Ferraz

Enfermeira. Professora Doutora, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] UNESC.

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Criciúma/SC definiu como estratégia o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, da qual tem como ordenadora do cuidado a Atenção Primária em Saúde. O atendimento nesse nível de atenção do Sistema Único de Saúde se caracteriza por uma atuação multi e interdisciplinar, o que inclui as Equipes de Enfermagem.

As equipes de enfermagem atuantes nas unidades de saúde de Criciúma são compostas por: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. É importante ressaltar que os cargos de auxiliares de enfermagem da SMS serão extintos após a vacância, sendo que os atuais processos de contratação não preveem mais a contratação deste profissional. Esta equipe tem desenvolvido suas atividades com envolvimento e compromisso, com a proposta de responder às necessidades de saúde do seu território, respeitando o Regimento de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde (CRICIÚMA, 2021a), bem como os procedimentos de enfermagem que devem ser desenvolvidos segundo o Manual de Procedimentos Operacionais Padrão - POPs (CRICIÚMA, 2021b).

A Gerência de Atenção Primária à Saúde apresenta as “Normas e Rotinas de Enfermagem” para a rede municipal. Estas foram elaboradas por meio de um trabalho de integração ensino-serviço entre a SMS e a Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), visto que estão associadas a uma dissertação de mestrado profissional, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol/UNESC), ao considerar a complexidade e importância do trabalho da Enfermagem na rede, bem como procurou estabelecer um direcionamento para as ações de enfermagem.

Esperamos que este material contribua para organização do processo de trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem, possibilitando desenvolvimento de assistência com segurança, qualidade e humanização, contribuindo para melhoria do acesso e da qualidade dos serviços.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	3
LISTA DE SIGLAS	8
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 - GESTÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE.....	16
1.1 ENVIO DE RELATÓRIOS E SUAS RESPECTIVAS DATAS	16
1.2 COMUNICAÇÃO ENTRE OS SETORES - REDES DE ATENÇÃO	19
1.3 MANUTENÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE.....	22
1.4 INDICADORES PREVINE BRASIL.....	25
1.5 ENCAMINHAMENTOS ATENÇÃO ESPECIALIZADA – SISREG (SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO)	28
1.6 IMPRESSÃO DE PRONTUÁRIOS	35
1.7 UNIFICAÇÃO DE CADASTROS NO SISTEMA CELK	39
1.8 REMANEJAMENTO DE SERVIDOR /FUNCIONÁRIO	41
1.9 COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – CAT	43
1.10 APRESENTAÇÃO PESSOAL DO SERVIDOR /FUNCIONÁRIO.....	49
1.11 GESTÃO DO REGISTRO DO PONTO	51
1.12 GESTÃO DE PATRIMÔNIO.....	59
1.13 ACESSIBILIDADE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	64
1.14 GESTÃO DE CONFLITOS/OUVIDORIAS	70
1.15 ABERTURA E FECHAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE	74
1.16 APOIO E ORIENTAÇÃO PARA ESTRUTURAÇÃO/FORTALECIMENTO DE CONSELHO LOCAL DE SAÚDE	76

1.17 PLANEJAMENTO ANUAL	78
1.18 ATUALIZAÇÃO DO PLACAR DA UNIDADE DE SAÚDE – PRODUÇÃO MENSAL	83
CAPÍTULO 2 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	85
2.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE	85
CAPÍTULO 3 - ATENÇÃO DOMICILIAR.....	89
3.1 ATENDIMENTO DOMICILIAR.....	89
3.2 VISITAS EM UNIDADES PRISIONAIS.....	92
CAPÍTULO 4 – ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA	96
4.1 ACOLHIMENTO.....	96
4.2 ATENDIMENTO TELEFÔNICO	99
4.3 AÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE NA PRÉ E PÓS CONSULTA	101
4.4 TRIAGEM COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	103
4.5 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	106
4.6 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA – MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR - SISVAN	109
CAPÍTULO 5 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	113
5.1 AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM A COMUNIDADE.....	113
5.2 CAMPANHAS DE SAÚDE	116
CAPÍTULO 6 – PROCEDIMENTOS E ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE	118
6.1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SALA DE VACINA	118
6.2 SALA DE COLETA DE EXAMES.....	131
6.3 SALA DE MEDICAÇÃO E INJETÁVEIS	134
6.4 SALA DE INALAÇÃO	137

6.5 SALA DE CURATIVOS.....	139
6.6 ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DA UNIDADE DE SAÚDE FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19.	142
6.7 TESTES PARA DIAGNÓSTICO DE COVID-19.	147
6.8 REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS DE IST.....	161
6.9 COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO	166
6.10 SOLICITAÇÃO DE MAMOGRAFIA.....	173
6.11 SONDAGENS.....	187
6.12. TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ	189
6.13 REALIZAÇÃO DE TESTE DA MÃE CATARINENSE	195
6.14 REALIZAÇÃO DE TESTE DO PEZINHO	198
CAPÍTULO 7 - LIMPEZA E PROCESSAMENTO DE RESÍDUOS.....	203
7. 1 MANEJO RESÍDUOS SÓLIDOS EM SAÚDE - EMISSÃO DE MTR (MANIFESTO DE TRANSPORTE DE RESÍDUOS)	203
7.2. CENTRAL DE MATERIAL LIMPEZA DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO E LAVANDERIA	207
7.3 RECOLHIMENTO DE LIXOS	213
7.4. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES.....	215
CAPÍTULO 8 - CONTROLE DE INSUMOS E MEDICAMENTOS.....	217
8.1. BIOSSEGURANÇA – CONTROLE DE EPIS (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)	217
8.2 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA FARMÁCIA	224
8.3 FARMÁCIA - CONTROLE ESTOQUE E PEDIDO MENSAL E COMPLEMENTAR.....	233
8.4 PEDIDO ESPECIAL	241
CAPÍTULO 9 - PROGRAMAS E SERVIÇOS DE APOIO	246
9.1 OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR.....	246

9.2. VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	250
9.3 SERVIÇO SOCIAL.....	252
9.4 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE - PICS.....	260
9.5 GERENCIAMENTO DE CONDUTAS RELATIVAS AO BOLSA FAMÍLIA	262
CAPÍTULO 10 – LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO	265
10.1 ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL.....	265
10.2 ACOMPANHAMENTO PUERPERAL E PUERICULTURA.....	274
10.3 ALTAS HOSPITALARES	285
10.4 MONITORAMENTO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS	287
CAPÍTULO 11 – ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES DAS AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	290
11.1 SUPERVISÃO E GERÊNCIA TRABALHO DO ACS	290
11.2 TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA	294
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	297

LISTA DE SIGLAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
ANVISA	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
APAE	ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
BO	BOLETIM DE OCORRÊNCIA
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPS ad	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - ÁLCOOL E DROGAS
CAPS i	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - INFANTIL
CAT	COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO
CEI	CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL
CEO	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CER	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO
CEREST	CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR
CES	CENTRO DE ESPECIALIDADES EM SAÚDE
CIAP	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

CID	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS
CME	CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO
CNES	CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
CNPJ	CADASTRO NACIONAL DE PESSOAS JURÍDICAS
CNS	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
COFEN	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
COREN	CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM
CP	CITOPATOLÓGICO
CPF	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA
CRAS	CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CRIE	CENTRO DE REFERÊNCIA DE IMUNOBiolÓGICO ESPECIAL
CSU	CENTRO SOCIAL URBANO
CT	CENTRO DE TRIAGEM
CTA	CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO
DATASUS	DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DN	DATA DE NASCIMENTO
DNV	DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

DOT/TDO	DIRECTLY OBSERVED TREATMENT/TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO
DUM	DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO
EAPV	EVENTO ADVERSO PÓS-VACINAÇÃO
EPI	EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
FC	FREQUÊNCIA CARDÍACA
FEPE	FUNDAÇÃO ECUMÊNICA DE PROTEÇÃO AO EXCEPCIONAL
FR	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA
HEMOSC	HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA
HGT	HEMOGLICOTESTE
HIV	"HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS" (VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA)
HMISC	HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA
HSJ	HOSPITAL SÃO JOSÉ
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IG	IDADE GESTACIONAL
IST	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE

MTE	MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
MTR	MANIFESTO DE TRANSPORTE DE RESÍDUOS
NASF	NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA
NBR	NORMA BRASILEIRA
NR	NORMA REGULAMENTADORA
OAB	ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
OBS	OBSERVAÇÃO
PA	PRESSÃO ARTERIAL
PAMDHA	PROGRAMA DE ATENÇÃO MUNICIPAL ÀS DST/HIV/ AIDS
PAMGC	PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO CAPILAR
PICS	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
PN	PRÉ-NATAL
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PNI	PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO
POP	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
PSE	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA
RG	REGISTRO GERAL

RH	RECURSOS HUMANOS
RN	RECÉM NASCIDO
RT/PCR	REAÇÃO DA TRANSCRIPTASE REVERSA SEGUIDA PELA REAÇÃO EM CADEIA DA POLIMERASE
RUE	REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
SAE	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À ENFERMAGEM
SAMU	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SENARC	SECRETARIA NACIONAL DE RENDA DE CIDADANIA
SES	SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE
SIES	SISTEMA DE INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE
SINAN	SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
SIPNI	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES
SISCAN	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER
SISREG	SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO
SIVEP	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
SMS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TI	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

TR	TESTE RÁPIDO
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UNACON	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA
UPA	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
UTI	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
VDRL	VENEREAL DISEASE RESEARCH LABORATORY (ESTUDO LABORATORIAL DE DOENÇAS VENÉREAS)
VE	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

INTRODUÇÃO

Com a finalidade de subsidiar a estruturação de linhas de cuidados junto às unidades de saúde da Atenção Primária em Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde de Criciúma, foram criadas as presentes normas e rotinas que regulamentam e padronizam atividades, ações e procedimentos das equipes de Enfermagem.

O presente Manual de Normas e Rotinas de Enfermagem, propõe além da padronização sobre questões sobre gestão técnico-administrativa, a atualização junto aos profissionais da Enfermagem das rotinas de trabalho voltadas às Unidades de Saúde da Atenção Básica e toda sua comunicação com os demais dispositivos/serviços da rede de atenção à saúde do município.

A proposta deste manual é divulgar e alinhar orientações técnico-administrativas de relevância, como subsídio para a eficácia do processo de trabalho da Enfermagem na Atenção Básica. As normas e rotinas aqui apresentadas alinhadas com o Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), servirão também como referências para a capacitação dos profissionais.

Ressaltamos a importância de sistematizar técnicas e procedimentos em consonância com princípios científicos na perspectiva do aprimoramento da tecnologia do cuidado e para a segurança do usuário. Distintamente do manejo de equipamentos e aparelhos, a tecnologia do cuidado envolve, além de saberes e habilidades, a escuta, o acolhimento e o estabelecimento de vínculos. A prática da Enfermagem exige a observância da legislação profissional, a execução de técnicas corretas e seguras e deve estar centrada no atendimento das necessidades dos usuários.

O conteúdo deste manual está alicerçado na compreensão de tecnologias apresentada por Merhy (2013), o qual apresenta três tecnologias: leve; leve-dura e dura. Tais tecnologias norteiam as principais ações da equipe de enfermagem, desde as relações com o usuário externo, como no acolhimento; bem como com o usuário interno, na relação que se estabelece com a gestão de serviços (tecnologia leve). Traz pontos importantes da sistematização do processo de enfermagem (tecnologia leve-dura) e, também, apresenta normas de trabalho com equipamentos tecnológicos, como os refrigeradores na sala de vacinas (tecnologia dura).

Neste sentido, o presente manual está estruturado em 11 capítulos permeando, os quais expressam conteúdos de: Gestão em Enfermagem e Saúde, que traz a orientação de supervisão e as relações com o órgão de classe; Orientações para a organização de grupos de educação

em saúde; Sistematização da Assistência em Enfermagem, individual e coletiva; Orientações para ações de Educação Permanente em Saúde; Rotinas de Enfermagem nas unidades de Saúde e Técnicas e procedimentos de enfermagem mais utilizados nos serviços da Atenção Básica.

Os capítulos foram elaborados com considerando referências nacionais e internacionais reconhecidas, bem como Leis e Portarias que subsidiam e regulamentam o exercício profissional da Enfermagem, assim como, a legislação municipal vigente. Foram desenhados com o cuidado e o espírito de estimular a prática do trabalho multidisciplinar e em equipe para qualificar a Assistência de Enfermagem.

É com satisfação que a equipe de enfermeiros que realizaram essa construção, bem como da Coordenação da Atenção Básica, disponibiliza este material com o compromisso de revê-lo e atualizá-lo periodicamente e, de acordo com as necessidades da rede, divulgar oficialmente as partes interessadas. Para tanto, a gestão da AB fica responsável pela revisão e atualização deste material em Setembro de 2022, através da comissão permanente aqui já instituída. Ressaltamos que o conteúdo registrado neste material respalda as ações e serviços da equipe de enfermagem da SMS de Criciúma/SC.

Desejamos uma ótima leitura e que esse documento lhe auxilie na compreensão do seu processo de trabalho na APS!

CAPÍTULO 1 - GESTÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

1.1 ENVIO DE RELATÓRIOS E SUAS RESPECTIVAS DATAS

	NORMAS Orientação no envio de relatórios e notificações de responsabilidade do enfermeiro/gerente de cada Unidade de Saúde. É extremamente importante o enfermeiro/gerente entregar e enviar os relatórios e notificações dentro dos prazos, para que a gestão consiga compreender e desempenhar seu papel. Gerência Atenção Básica Telefone: (48) 3445-8434 Endereço de e-mail: coordenacao.atencaobasica@criciuma.sc.gov.br As datas e prazos devem ser respeitadas conforme organização de cada Distrito. ROTINAS Periodicidade: Conforme planilha abaixo. ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Enviar os seguintes relatórios conforme tabela abaixo.	Na ausência do mesmo, algum profissional deve ser treinado para substituí-lo. E a Coordenação Distrital deve ser comunicada.

	Via motorista.																
CONTROLE DE TEMPERATURAS	Imunização/CTA/ Assistência farmacêutica Via motorista	MENSAL	ATÉ 10														
TESTES RÁPIDOS	CTA@criciuma.sc.gov.br	MENSAL	ATÉ 26*														
SISTEMA DE CONTROLE DE MOVIMENTAÇÃO DE RESÍDUOS E DE REJEITOS (MTR)	SITE MTR: http://mtr.ima.sc.gov.br/erro.js p	SEMANAL	QUARTA														
EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	VIGILÂNCIA/ LABORATÓRIO MULHER/ CITOCENTRO conforme cronograma Via motorista	SEMANAL	QUINTA														
NOTIFICAÇÕES SINAN – NEGATIVA	ENVIAR VIGILÂNCIA - AGRAVOS Via motorista	SEMANAL	SEXTA														
NOTIFICAÇÕES DIARREIA	ENVIAR POR E-MAIL aggravos.ve@criciuma.sc.gov.br	SEMANAL	SEXTA														
NOTIFICAÇÕES COREN	coordenacao.atencaobasica@criciuma.sc.gov.br	SEMANAL	SEXTA														
BOLSA FAMÍLIA	DIGITAR NO SITE egestorab.saude.gov.br	SEMESTRAL	SEXTA														

Fonte: RÉUS, D.M.A. Adaptado da organização da Unidade ESF Morro Estevão, Criciúma/SC 2020.

* As datas foram alteradas para possibilitar a logística e o relatório ser entregue ao setor responsável no prazo estipulado pelo mesmo.

1.2 COMUNICAÇÃO ENTRE OS SETORES - REDES DE ATENÇÃO



NORMAS

Orientações sobre comunicação com os setores (Comunicação entre a rede) ;
Modelo de memorando;
Rotina e-mails

ENDEREÇO DE E-MAIL - LINK:

<https://webexch19.emailexchangeonline.com/owa/auth/logon.aspx?replaceCurrent=1&url=https%3a%2f%2fwebexch19.emailexchangeonline.com%2fowa%2f%3fver%3d15.1.1591.17%26cver%3d15.2.330.10%26vC%3d0%26forceBO%3dfalse%23authRedirect%3dtrue>

Telefone: (48) 3431-0272

Endereço de e-mail: suporte@criciuma.sc.gov.br

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
1	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar a equipe quanto à importância da comunicação em rede. De modo a: Realizar ligações previamente para unidade/setor antes de encaminhar qualquer usuário;	

[illegible]

2	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Responsável capacitado/ Gerente da UBS	Verificar diariamente (período matutino e vespertino) o e-mail da unidade/setor, respondendo e providenciando os encaminhamentos necessários após leitura, informando e orientando a equipe, seja pelo grupo de trabalho (WhatsApp), ou através de reunião de equipe.	ENDEREÇO DE E-MAIL: LINK: https://webexch19.emailexchangeonline.com/owa/auth/logon.aspx?replaceCurrent=1&url=https%3a%2f%2fwebexch19.emailexchangeonline.com%2fowa%2f%3fver%3d15.1.1591.17%26cver%3d15.2.330.10%26vC%3d0%26forceBO%3dfalse%23authRedirect%3dtrue Senha conforme disponibilizado pelo setor de Informática.

1.3 MANUTENÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

	NORMAS Orientações sobre a rotina de manutenções das Unidades de Saúde e seus respectivos prestadores vigentes. Gerência de Manutenção Infraestrutura Telefone: (48) 3445-8514. Endereço de e-mail: manutencao.saude@criciuma.sc.gov.br Os prestadores podem sofrer alterações conforme prazos e determinação da gestão. Atentar para os e-mails e comunicação da gestão. ROTINAS Periodicidade: Sempre que necessário e/ou para manutenções de prevenção, conforme tabela abaixo. ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar a equipe sobre as manutenções da Unidade e solicitação/comunicação sempre que necessário ao gerente da unidade de qualquer manutenção a ser realizada. Seguir cronograma de manutenções conforme tabela abaixo.	- Importância da orientação do zelo do patrimônio.

TABELA DE GESTÃO DA MANUTENÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE – SMS CRICIÚMA

[illegible]

			prospera.gerente@criciuma.sc.gov.br santaluzia.gerente@criciuma.sc.gov.br centro.gerente@criciuma.sc.gov.br quartalinha.gerente@criciuma.sc.gov.br boavista.gerente@criciuma.sc.gov.br													
BEBEDOUROS	Gerência de Depósito e Móveis	--	moveis.saude@criciuma.sc.gov.br	MENSAL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
BOMBONA DE ÁGUA	Recepção da SMS	3445-8400	--	QUANDO NECESSÁRIO												
CORTE DE GRAMA	Gerência de Manutenção e Infraestrutura	3445-8514	manutencao.saude@criciuma.sc.gov.br	MENSAL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
MICROONDAS, FREEZER E GELADEIRAS	Gerência de Depósito e Móveis	--	moveis.saude@criciuma.sc.gov.br	QUANDO NECESSÁRIO												
CÂMARAS DE REFRIGERAÇÃO PARA IMUNOBIOLOGICOS	Gerência do Setor de Imunização	3445-8774	imunizacao.ve@criciuma.sc.gov.br	QUANDO NECESSÁRIO												

Fonte: RÉUS, D.M.A. Adaptado da organização da Unidade ESF Morro Estevão, Criciúma/SC 2020.

1.4 INDICADORES PREVINE BRASIL



NORMAS

Orientações sobre os indicadores do PROGRAMA PREVINE BRASIL - Portaria 2.979, de 12 de novembro de 2019.

Orientações sobre como alimentar o sistema de informação Celk de forma correta para que as informações possam migrar e serem computada para cada indicador vigente.

Gestão de Inteligência e Planejamento

Telefone: (48) 3445-8438

Endereço de e-mail: inteligenciaeinformacao@criciuma.sc.gov.br

ROTINAS

Periodicidade: Revisar mensalmente para busca ativa e quadrimestral para discutir em reunião de equipe estratégias para melhorar os indicadores.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar toda equipe, conforme Manual de preenchimento do Sistema Celk.	Caso não possua manual solicitar para Coordenação Distrital ou Gerência do Setor de Inteligência e Planejamento.
	Manual de preenchimento CELK – PREVINE BRASIL:		

MANUAL DE PREENCHIMENTO CELK INDICADORES PREVINE BRASIL

Para todos os atendimentos, alguns dados cadastrais são obrigatórios para que os indicadores sejam validados, são eles: nome, nome da mãe, nome do pai, DN, CNS e CPF. Lembrando que os dados cadastrais do paciente precisam ser os mesmos que constam no cadastro do cartão SUS (sistema CADWEB).

INDICADOR 1

Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal (PN) realizadas na Atenção Básica, sendo a primeira realizada até a 20ª semana de gestação.

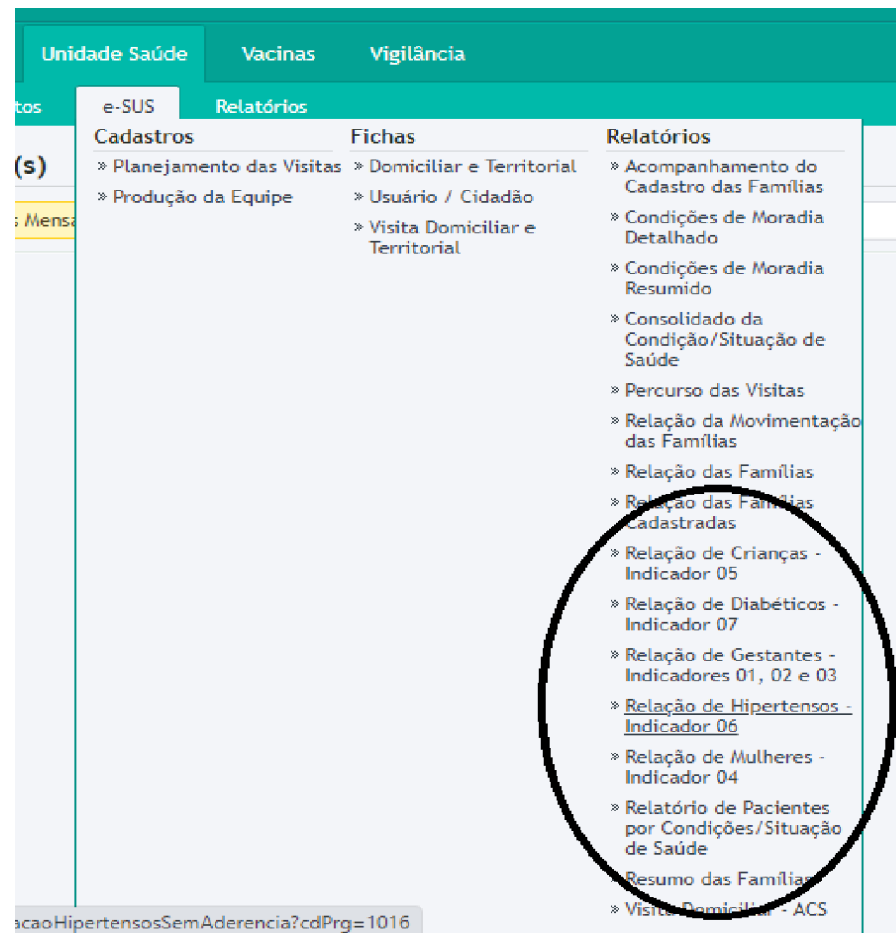
PROFISSIONAL QUE REGISTRA: médico e enfermeiro

No primeiro atendimento, deve-se "criar um pré-natal" para a gestante na tela "Pré-Natal", incluindo todas as informações obrigatórias desta tela. Além do preenchimento correto de todos os campos obrigatórios pelos profissionais médicos e enfermeiros, é importante que o profissional agente comunitário de saúde inclua no cadastro individual das gestantes a condição "gestante" o mais breve possível.

CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO: DUM, IG, CID (médico), CIAP (enfermeiro)

META: 60%

02	Enfermeiro / Gerente da UBS	Revisar indicadores vigentes do programa todo mês, fazendo busca ativa sempre que necessário. Os indicadores são encontrados no espaço destacado na imagem a seguir:	
	Relatório Indicadores Sistema CELK, (2021):		



03	Equipe multiprofissional	Registrar as informações na celk, conforme manual do sistema.	Caso não possua manual solicitar para Coordenação Distrital ou Gerência do Setor de Inteligência e Planejamento. Caso necessário solicitar treinamento a Gerência Distrital.

1.5 ENCAMINHAMENTOS ATENÇÃO ESPECIALIZADA – SISREG (SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO)



NORMAS

Orientações sobre encaminhamentos via SISREG.

Agendamento de consultas e exames - Sistema de aviso das consultas e exames das especialidades.

Devoluções de consultas e exames.

Inclusão e mudança de operadores.

Termo de recusa entre outros.

SISREG: Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

Central de Regulação

Telefone: (48) 3445-8719 ou (48) 3445-8403

Endereço de e-mail: centralderegulacao@criciuma.sc.gov.br

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário para solicitações e diariamente para impressões de agendamentos e comunicação e aviso dos mesmos para os usuários.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Gerente da UBS	Preencher solicitação de operador (modelo a seguir) aos profissionais que serão capacitados	- Sempre que existir mudança de unidade, comunicar a central de regulação via e-mail:

para operar o SISREG (senha e login) e enviar para centralderegulacao@criciuma.sc.gov.br para realizar o e-mail da regulação ou por motorista via malote. transferência do login do operador.

Solicitação acesso operador SISREG (2021):



**TERMO DE COMPROMISSO E SIGILO PROFISSIONAL PARA OPERADOR
SOLICITANTE/EXECUTANTE DO SISREG CENTRAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL**

Eu.....CPF.....
servidor da Unidade de Saúde
na função de a partir de
me comprometo a:

- Não fornecer minha senha para ninguém;
- Só marcar consultas e exames em horário de trabalho;
- Ser responsável com a marcação de consultas e exames;
- Transcrever exatamente o mesmo conteúdo do histórico e/ou dados clínicos emitidos pelo médico solicitante, não alterando, omitindo ou acrescentando novos dados, ao texto original da solicitação;
- Manter sigilo profissional sobre as informações e dados clínicos inseridos e regulados no SISREG.

OBS: A supervisão dos operadores caberá ao Coordenador da Unidade de Saúde ou Gerente Regional, bem como a troca temporária e/ou definitiva dos mesmos, que será efetuada mediante assinatura deste termo.

Operador SISREG

Coordenador da Unidade de Saúde ou Gerência de Saúde

Responsável pelo treinamento – CER

Ativação de Senha	Solicitante	Executante	E-MAIL:
Inativação de Senha			TELEFONE:
DATA:		ASSINATURA:	

02	Gerente da UBS	Capacitar a equipe de enfermagem quanto os encaminhamentos solicitados via SISREG. A forma de solicitação e preenchimento no sistema.	Caso seja necessário o profissional pode ser encaminhado ao setor de regulação do município para ser capacitado.
03	Gerente da UBS	Orientar e capacitar a equipe de enfermagem quanto a impressão dos agendamentos das consultas e exames realizados pelo SISREG.	Verificar diariamente (período matutino e vespertino) o agendamento e devolução de consultas e exames. - É importante e necessário determinar alguém responsável por essa atividade.
04	Médico	Encaminhar e solicitar via SISREG todo usuário que necessita de avaliação da atenção especializada, conforme protocolo vigente de encaminhamento para especialidades.	-Ver orientação completas no Manual SISREG. Caso não possua, solicitar a Coordenação Distrital ou a central de regulação.
05	Equipe de enfermagem/ Médico/ Responsável capacitado	Solicitar as consultas e/ou exames conforme encaminhamento do profissional solicitante.	- Não poderá ser acrescentado nada além do que está escrito no encaminhamento médico. Devido a isso, reforçar ao profissional que descreva da forma mais completa possível o encaminhamento. - Não poderá alterar a cor da prioridade da consulta (quem faz isso é o setor de regulação após avaliação).
06	Equipe de enfermagem / Médico/ Responsável capacitado	Registrar o número da solicitação (SISREG) no encaminhamento do usuário e orientar quanto a possibilidade de consulta on-line ao andamento do agendamento da sua consulta/exame através do site: https://listadeespera.saude.sc.gov.br/consulta/paciente.html	- Não poderá ser acrescentado nada além do que está escrito no encaminhamento médico. Devido a isso, reforçar ao profissional que descreva da forma mais completa possível o encaminhamento. - Não poderá alterar a cor da prioridade da consulta (quem faz isso é o setor de regulação após avaliação).

07	Equipe de enfermagem Responsável capacitado	Imprimir diariamente (período matutino e vespertino) os agendamentos de consultas, exames e organizar conforme micro área a fim de que as ACS possam avisar os usuários.	- Cada Unidade pode adotar a forma de aviso de agendamento de consultas e exames que achar melhor a sua realidade (contato telefônico, mensagem via WhatsApp, bilhete entregue pela ACS, entre outros), o importante é ter sempre alguém responsável pela comunicação desses agendamentos.
08	Equipe de enfermagem Responsável capacitado	Entregar ao usuário o agendamento, orientando o mesmo de forma detalhada sobre o local ou preparo do exame (caso exista). Solicitar assinatura do usuário Termo de responsabilidade, antes de entregar agendamento, conforme exemplo a seguir. Arquivar o comprovante de entrega de agendamento na Unidade em local específico, ou no prontuário físico do usuário (se a UBS ainda estiver com essa realidade).	
	Modelo de Termo de Responsabilidade do Usuário com o agendamento reservado a ele:		

VIA DO PACIENTE:**Atenção Especializada do Município de Criciúma – “DIREITO COMBINA COM RESPEITO”.**

Senhor(a) Usuário(a) do Sistema Único de Saúde (SUS) de Criciúma, sua consulta com especialista ou exame foi agendado conforme dados acima. Contamos com sua presença no horário definido e respeitando o preparo orientado. Caso não possa comparecer, favor comunicar sua unidade de saúde através do telefone ou de forma presencial, com antecedência. **Na falta, sem aviso prévio ou justificativa, sua consulta será cancelada e o processo de agendamento iniciará partir de nova avaliação na Atenção Básica.**

Ciente: _____.

Local e Data: _____.

VIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:**Atenção Especializada do Município de Criciúma – “DIREITO COMBINA COM RESPEITO”.**

Senhor(a) Usuário(a) do Sistema Único de Saúde (SUS) de Criciúma, sua consulta com especialista ou exame foi agendado conforme dados acima. Contamos com sua presença no horário definido e respeitando o preparo orientado. Caso não possa comparecer, favor comunicar sua unidade de saúde através do telefone ou de forma presencial, com antecedência. **Na falta, sem aviso prévio ou justificativa, sua consulta será cancelada e o processo de agendamento iniciará partir de nova avaliação na Atenção Básica.**

Nome do paciente: _____.

Assinatura do paciente: _____.

Local e Data: _____.

Especialidade/exames: _____.

Data/local da consulta: _____.

09	Equipe de enfermagem / Responsável capacitado	Cancelar desistências e recusas de consultas no sistema celk ou através do e-mail da regulação: centralderegulacao@criciuma.sc.gov.br , somente após termo de recusa assinado, conforme modelo a seguir:	- Caso haja recusa ou desistência da consulta/exame, deve ser preenchido o termo de recusa e assinado pelo usuário e arquivado em local específico ou no prontuário físico do mesmo.

Modelo do Termo de recusa/desistência do usuário de consultas/exames e procedimentos:



Prefeitura de Criciúma
Poder Executivo
Secretaria Municipal de Saúde

**TERMO DE DESISTÊNCIA
(CONSULTAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS)**

Nome: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____ CPF: _____

CNS: _____ Carteira de Identidade: _____

Rua: _____ nº _____ apto _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____

Preenchimento nos casos de: menor/incapaz/interditado/outros

Representando _____

Data de nascimento _____ Grau de parentesco _____

CPF _____ CNS _____ Carteira de identidade _____

Declaro para os devidos fins e a quem possa interessar que não tenho interesse na realização do (a) _____ por motivo de _____ E para que produza os devidos efeitos firmo a presente termo.

Criciúma, ____ de _____ de 20 ____.

Paciente (assinatura conforme a identidade)

Atendido por _____ Matrícula _____

Função _____ UBS/ESF _____

10	Equipe de enfermagem / Responsável capacitado	Verificar diariamente (período matutino e vespertino) DEVOLUÇÕES de solicitações feitas pela central de regulação e respondê-las em tempo hábil conforme orientação da mesma.	

1.6 IMPRESSÃO DE PRONTUÁRIOS



NORMAS

Orientações sobre a impressão de prontuários dos usuários.
Somente após preenchimento de protocolo específico e assinatura a impressão poderá ser realizada.
Usuários que já foram a óbito somente poderão ser entregues após solicitação judicial.
Entregar apenas para o próprio usuário.
Menores de idade poderá ser entregue para o responsável devidamente identificado.

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário ou solicitado pelo usuário.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar sua equipe sobre o funcionamento relacionado a impressão de prontuários dos usuários.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe.
02	Enfermeiro / Gerente da UBS	Realizar a impressão do prontuário via celk conforme expresso a seguir:	
Orientação para Impressão de prontuário sistema celk:			


 7
  (48) 3431-0272 / E-mail: suporte@criciuma.sc.gov.br

Agenda Comunicação Geral Materiais **Unidade Saúde** Vacinas Vigilância

Atendimentos Atividade Grupo Encaminhamentos e-SUS Relatórios

» Anexar Documentos para o Paciente
 » Atendimentos
 » Consulta Prontuário
» Impressão do Prontuário
 » Receitas do Paciente
 » Recepção
 » Registro de Orientação
 » Registro de Orientação Diversas

Consulta
 » Consulta CID
 » Consulta de Atendimentos
 » Relação de fichas Covid-19

Preventivo
 » Digitação do Resultado

Programas
 » Pré-Natal

Relatórios
 » Relatório Fichas COVID-19

/ Impressão do Prontuário

Principal
 Profissional
 Período 15 15
 Tipo de Ordenação Decrescente ▼

Imprimir Capa Não ▼

Gerar Relatório

03

 Enfermeiro /
Gerente da UBS

 Entregar ao usuário após preenchimento de protocolo e
assinatura, conforme documento a seguir:

Protocolo de solicitação de impressão de prontuário:



À
PREFEITURA MUNICIPAL – SECRETARIA DE SAÚDE

Requerente: _____
(Nome **COMPLETO** do(a) requerente (a) sem abreviação)

CPF/CNPJ: _____ Data Nascimento ____/____/____

residente à Rua/Av. _____, nº _____

Bairro _____, Cidade _____, Estado _____

Telefones: _____

Vem respeitosamente à Vossa Senhoria requerer

Nestes termos, pede deferimento

Criciúma SC, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) Requerente

Recebido por _____ (assinatura)

Recebido em ____ de ____ de ____

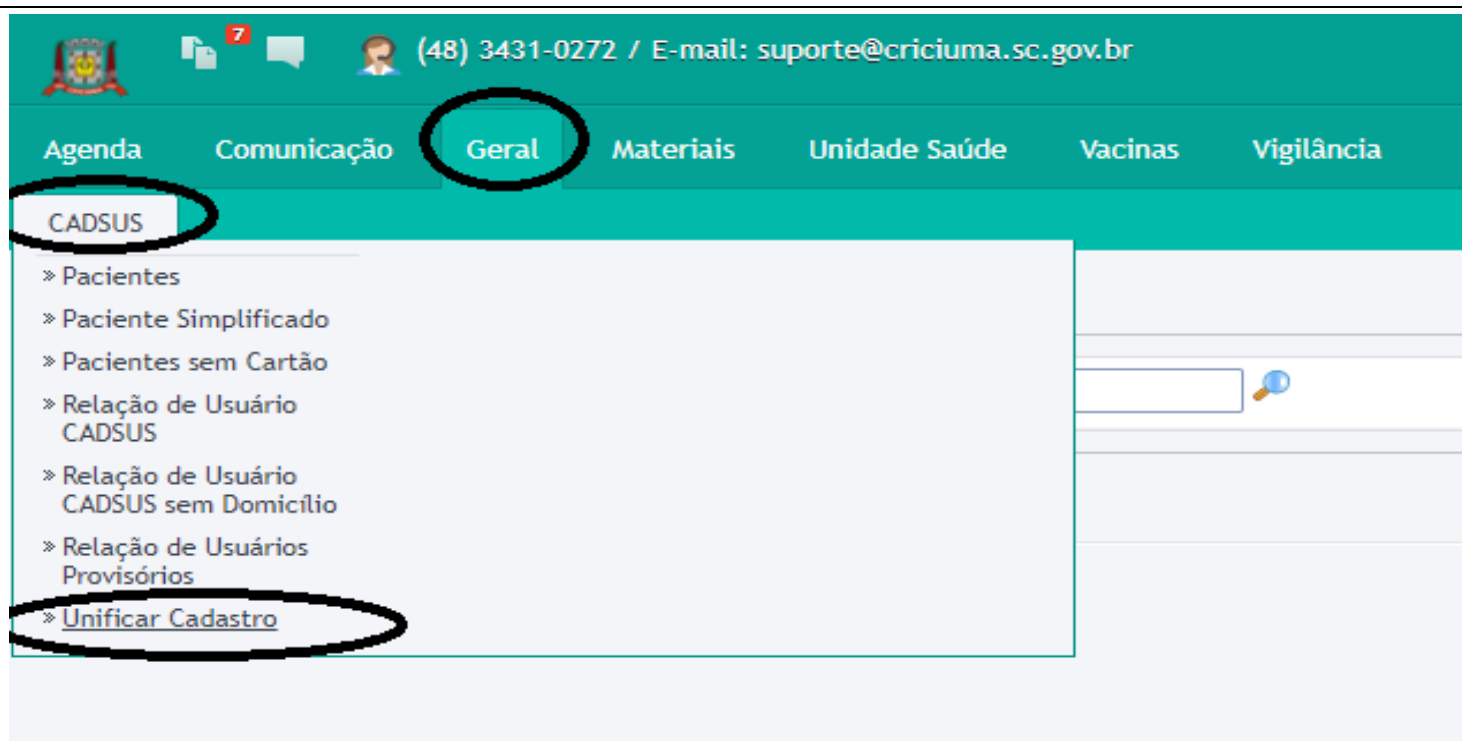
Assinatura do(a) Requerente

04	Enfermeiro / Gerente da UBS	Arquivar protocolo em local específico devidamente identificado.	Cada unidade pode organizar esse espaço em pasta arquivo; pasta plástica

			identificada; caderno/ata registros, neste último pode ser colado ou grampeado.
05	ACS	Retirar usuário no sistema celk do domicílio e território.	

1.7 UNIFICAÇÃO DE CADASTROS NO SISTEMA CELK

	NORMAS Unificação de cadastros no Sistema CELK. ROTINAS Periodicidade: Sempre que necessário. ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar sua equipe sobre o funcionamento relacionado a unificação de cadastros.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe. - Caso enfermeiro não souber, solicitar ao gerente distrital orientações.
02	ACS e demais membros da equipe.	Solicitar a unificação de cadastros duplicados no sistema celk ao enfermeiro/gerente da unidade, informando números duplicados no sistema e qual deverá ser mantido.	- Antes de solicitar, conferir se os cadastros realmente pertencem a mesma pessoa e se o cadastro que será mantido está completo com todas as informações e documentos preenchidos, além de domiciliado.
03	Enfermeiro / Gerente da UBS	Realizar unificação dos cadastros conforme exposto na figura a seguir:	



1.8 REMANEJAMENTO DE SERVIDOR /FUNCIONÁRIO



NORMAS

Remanejar o servidor/funcionário público, sempre que necessário para aumentar a eficiência do órgão governamental e garantir que os recursos humanos sejam aproveitados da melhor forma possível.

Setor RH Saúde

Telefone: (48) 3445-8507

Endereço de e-mail: rh.saude@criciuma.sc.gov.br

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Francielle Lazzarin de Freitas Gava

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Coordenação Distrital	O remanejamento do servidor/funcionário público será realizado por prazo indeterminado ou determinado, salvo a necessidade de origem desta transferência: -Interesse público; -Projeto prioritário ou emergencial do governo municipal; -Conhecimento e competências do servidor/funcionário público para a melhor execução da atividade;	Oficializar por escrito o servidor/funcionário público descrevendo local, período e função a ser desenvolvida no novo local laboral; Realizar as devidas transferências nos sistemas (CNES, transferência dos logins dos sistemas de informação: celk, SISCAN, SISREG, biometria) antecipadamente.

		-Férias, atestado, licença prêmio, entre outras, da qual se justifique remanejamento de um profissional para desempenho da função.	
02	Servidor/funcionário público	O servidor/funcionário público remanejado deverá se apresentar ao órgão de destino em até 48 horas.	
03	Coordenação Distrital	A Coordenação pode encerrar o remanejamento se ocorrerem situações excepcionais previamente justificadas.	REFERÊNCIAS: COMO funciona o remanejamento do servidor público? Bxblue, 01 nov. 2021. Disponível em: https://bxblue.com.br/aprenda/regras-do-remanejamento-do-servidor-publico/ Acesso em: 24 jul. 2021. CRICIÚMA (SC). Lei Complementar nº 12 de 20 de Dezembro de 1999. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores municipais de Criciúma. Criciúma: Câmara Municipal, [1999]. Disponível em https://leismunicipais.com.br/estatuto-do-servidor-funcionario-publico-criciuma-sc Acesso em: 24 jul. 2021.
04	Coordenação Distrital	O servidor/funcionário público remanejado têm direito a todos os benefícios e vantagens do órgão de origem, salvo quando há disposição legal em contrário.	REFERÊNCIAS: COMO funciona o remanejamento do servidor público? Bxblue, 01 nov. 2021. Disponível em:

		https://bxblue.com.br/aprenda/regras-do-remanejamento-do-servidor-publico/ Acesso em: 24 jul. 2021. CRICIÚMA (SC). Lei Complementar nº 12 de 20 de Dezembro de 1999. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores municipais de Criciúma. Criciúma: Câmara Municipal, [1999]. Disponível em https://leismunicipais.com.br/estatuto-do-servidor-funcionario-publico-criciuma-sc Acesso em: 24 jul. 2021.

1.9 COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – CAT

	NORMAS Todo e qualquer acidente de trabalho deve ser comunicado, preferencialmente no dia do ocorrido ou na impossibilidade até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente. A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é um documento devido a trabalhadores que possuem regime de previdência Social-INSS. Servidores públicos efetivos que possuem regime de previdência próprio devem solicitar o registro do acidente/doença em formulário próprio. ROTINAS Periodicidade: Sempre que necessário.

	ELABORAÇÃO: Enfermeira Francielle Lazzarin de Freitas Gava DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável		Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar sua equipe sobre a importância de desenvolver uma cultura organizacional de comunicação de acidentes de trabalho e a realização da CAT.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe.
02	Gerente da UBS	Orientar que o gerente do Serviço de Saúde encaminhe o servidor/funcionário público e/ou familiar em casos de ocorrência de acidente/doença relacionados ao trabalho, munido de memorando explicando o caso e atestado do médico que o atendeu ao setor pessoal, preferencialmente no dia do ocorrido/diagnóstico para realizar a emissão da CAT. Nos casos de contágio pelo Novo Coronavírus (COVID 19), por tratar-se de doença contagiosa, contatar o setor de Recursos Humanos da SMS e solicitar informações acerca do fluxo adotado por cada segmento em tempos de pandemia.	Telefone RH Saúde: 48 3445 8438 Ofício circular nº 037/2020/CEREST Datado de 25/09/2020 Referências BRASIL. Lei Complementar Nº 150 de 01.06.2015. Dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Lei-complementar-150-2015.htm Acesso em: 25 jul. 2021. BRASIL. Lei Nº 8.213, de 24 de Julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: L8213consol (planalto.gov.br)

			Acesso em: 25 jul. 2021.
03	Enfermeiro/ Técnico/ Auxiliar de enfermagem	Registrar o atendimento ofertado ao servidor pelo profissional médico e/ou enfermeiro no prontuário do trabalhador/usuário e notificar na Ficha do SINAN correspondente quando houver. Nos casos de Acidente de Trabalho e de COVID-19 relacionados ao trabalho, notificar na Ficha do SINAN ACIDENTE DE TRABALHO, conforme abaixo, enviando-a ao setor de agravos.	A ficha de notificação está disponível em : http://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT_Acidente_Trabalho_Grave.pdf

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO Nº

Definição de caso: Todo caso de acidente de trabalho por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a V98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravado/doença **ACIDENTE DE TRABALHO** Código (CID10) Y 96 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data do Acidente

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 11 Sexo M - Masculino 12 Cestante 13 Raça/Cor

14 Escolaridade 15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) Código

22 Número 23 Complemento (apto., casa,...) 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 30 País (se residente fora do Brasil)

3 - Periurbana 9 - Ignorado

Dados Complementares do Caso

31 Ocupação

32 Situação no Mercado de Trabalho

01 - Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 08 - Cooperativado 99 - Ignorado

02 - Empregado não registrado 06 - Aposentado 10 - Trabalhador avulso

03 - Autônomo/ conta própria 07 - Desempregado 11 - Empregador

04 - Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12 - Outros

33 Tempo de Trabalho na Ocupação 34 Local Onde Ocorreu o Acidente

1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 1 - Instalações do contratante 3 - Instalações de terceiros 9 - Ignorado

2 - Via pública 4 - Domicílio próprio

Dados da Empresa Contratante

35 Registro/ CNPJ ou CPF 36 Nome da Empresa ou Empregador

37 Atividade Econômica (CNAE) 38 UF 39 Município Código (IBGE)

40 Distrito 41 Bairro 42 Endereço

43 Número 44 Ponto de Referência 45 (DDD) Telefone

Acidente de Trabalho Grave Sinan Net SVS 21/06/2019

04

Enfermeiro/ Técnico/
Auxiliar de enfermagemNotificar além dos Sistemas já existentes (e-SUS VE e SIVEP
gripe) também na ficha do SINAN.

		Essa medida foi adotada a partir de 01/09/2020 com a publicação da NT 006/2020 que trata da adoção excepcional da Ficha de Acidente de Trabalho do SINAN para todos os casos de Coronavírus relacionados ao trabalho.	
05	Enfermeiro/ Técnico/ Auxiliar de enfermagem	Se a empresa não fizer o registro da CAT, o próprio trabalhador, o dependente, a entidade sindical, o médico ou a autoridade pública (magistrados, membros do Ministério Público e dos serviços jurídicos da União e dos Estados ou do Distrito Federal e comandantes de unidades do Exército, da Marinha, da Aeronáutica, do Corpo de Bombeiros e da Polícia Militar) poderão efetivar a qualquer tempo o registro deste instrumento junto à Previdência Social, o que não exclui a possibilidade da aplicação da multa à empresa. Conforme modelo abaixo:	Não existe tempo limite para emissão da CAT. O registro poderá ser realizado através do endereço eletrônico: https://www.inss.gov.br/servicos-do-inss/comunicacao-de-acidente-de-trabalho-cat/



CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT:

Informações do Emitente

Emitente		Data Emissão	
Tipo de CAT		Comunicação Óbito	
Filiação		E-mail	

Informações do Empregador

Razão Social/Nome		CNAE	
Tipo/Num Doc		Telefone	
CEP		Estado	
Bairro			
Endereço			
Município			

Informações do Acidentado

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

Informações do Acidente

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

Local e Data

Assinatura e carimbo do emitente

Informações do Atestado Médico

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

Local e Data

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

Cadastrada em:

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

1.10 APRESENTAÇÃO PESSOAL DO SERVIDOR /FUNCIONÁRIO

	NORMAS O profissional de enfermagem deve zelar por uma boa apresentação pessoal a fim de transmitir boa impressão para os usuários. ROTINAS Periodicidade: Diariamente. ELABORAÇÃO: Enfermeira Francielle Lazzarin de Freitas Gava DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar sua equipe quanto a apresentação pessoal, em especial em relação a roupas apropriadas para o espaço de trabalho, uso de joias e adornos, cabelo e itens de biossegurança.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe.
02	Equipe multiprofissional	Cuidados com a higiene pessoal: Manter a higiene corporal, que está diretamente ligada à aparência pessoal. Maquiagem leves. Evitar usar perfumes fortes e joias e adornos.	
03	Equipe multiprofissional	Cuidados com os cabelos: Os cabelos devem estar limpos e presos (se compridos). A touca, que consta do uniforme, deverá cobrir todo o cabelo, pois seu objetivo é a proteção dos cabelos nos procedimentos técnicos. Dar preferência ao uso de brincos pequenos. No caso dos homens, barba feita.	

04	Equipe multiprofissional	Cuidado com as unhas: As unhas devem estar sempre aparadas para evitar que a sujidade fique depositada entre as unhas e a pele dos dedos, de preferência optar por esmaltes claros e quando as unhas estiverem pintadas manter boa aparência. Caso o esmalte começar a sair, deve rapidamente se removido por completo.	
05	Equipe multiprofissional	Cuidados com o uniforme/jaleco: Deve-se mantê-lo limpo, passado, sem manchas. Não se vestir de forma inadequada e descuidada. O Jaleco deve permanecer fechado durante todo o seu uso, visto ser um EPI.	
06	Equipe multiprofissional	Cuidados com os sapatos: Devem ser fechados e impermeáveis, para proteger a parte peitoral dos pés.	
07	Equipe multiprofissional	Uso de crachá: Obrigatória utilização de crachá institucional durante toda a carga horária de trabalho.	
08	Equipe multiprofissional	Não utilizar, dados pessoais ou imagem do usuário, inclusive no que tange publicações em redes sociais, WhatsApp ou outros meios que possam expor o usuário sem termo de consentimento devidamente assinado pelo mesmo ou representante legal.	- Salvos perfis que sejam de interesse institucional devidamente autorizados pela gestão. Contudo, mesmo nesses espaços, a publicação de imagens de profissionais e comunidade/usuários deve ser realizada mediando autorização uso de imagem.

1.11 GESTÃO DO REGISTRO DO PONTO

	NORMAS Registrar, ajustar e informar o cartão ponto do colaborador de forma adequada. Setor RH Geral Telefone: (48) 3431-0089/3431-0092 Acesso: https://pontosecullum4-02.secullum.com.br/ponto4web/1456408291#login ROTINAS Periodicidade: Realizar os ajustes e tratamento do ponto eletrônico sempre que necessário ou no mínimo semanalmente, a fim de não acumular e dificultar o processo de tratamento/aceite da folha ponto. Revisar todos semanalmente. ELABORAÇÃO: Enfermeira Francielle Lazzarin de Freitas Gava DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Gerente da UBS	Cadastrar biometria Menu, digitar senha padrão 121314, confirma no botão verde; Seleciona biometria (3); Segue opção cadastrar (1) e digita em seguida o número da matrícula; Posicionar o dedo de preferência do servidor/funcionário público sobre o sensor e após som de bipe reposicionar para nova captação da digital;	Recomenda-se cadastrar mais de uma digital. Dessa forma, continuar na opção cadastrar, tendo o limite máximo de 10 digitais.

		Para validação da biometria o sistema deve acusar uma captação acima de 70%.	
02	Gerente da UBS	Tratamento dos pontos Link de acesso a plataforma Web https://www.secullum.com.br/Ponto4Web/1456408291 Acessar plataforma conforme figura a seguir, com Login e acesso painel de controle; Utilizar justificativas constantes da tabela a seguir; Para ausência de períodos inteiros deverá tratar nas justificativas; Para ausência de meio período no próprio cartão ponto ou alteração de batidas; Para ausência de horas, como normalmente ocorre em saídas para realização de exames médicos, utilizar o campo ajuste parcial.	- O afastamento por óbito do ente familiar está previsto no Estatuto dos Servidores do Município, sendo que o servidor terá direito no caso de falecimento de cônjuge, companheiro, pais, madrasta ou padrasto, filhos, enteados, menor sob guarda ou tutela e irmãos.
	Figura ilustrativa do login e senha – acesso ao painel de controle:		



Nº da Folha: Matrícula individual de cada gestor / colaborador

Senha: Mesma numeração acima

Fazendo o login acima, teremos acesso ao seguinte painel de controle:

Cartão Ponto	- Pré visualização das marcações e ajustes já lançados;
Alterar Batidas	- Inclusão de marcações e justificativas;
Ajustes Parciais	- Inclusão de abonos parciais;
Justificativas	- Inclusão de justificativas por um determinado período;
Minhas Solicitações	- Status das solicitações já enviadas;
Período Encerrado	- Opção de congelar um período anterior à data informada;
Calculadora	- Calculadora de horas;

Tabela com a padronização de termos a serem usados para justificativas do ponto eletrônico:

SIGLA	DESCRIÇÃO
ABONO	ABONO
ATESTAD	ATESTADO
CAPACIT	CAPACITAÇÃO
COMPENS	COMPENSAÇÃO DE HORAS
CONGRES	CONGRESSO
CUIDCUI	DIA DO CUIDANDO DO CUIDADOR

DECLARA	DECLARAÇÃO
DOASANG	DOAÇÃO DE SANGUE
ESTÁGIO	ESTÁGIO
FALTA	FALTA INJUSTIFICADA
FERIADO	FERIADO
FPERIAS	FÉRIAS
FOLGA	FOLGA
FOLGTRE	FOLGA DAS ELEIÇÕES
FORMAÇÃ	FORMAÇÃO
IMP.PTO	IMPLANTAÇÃO DO PONTO
INSS	INSS
JÚRI	PARTICIPAÇÃO COMO JURADO
L.MATER	LICENÇA MATERNIDADE
L.NÚPCI	LICENÇA NÚPCIAS
L.PATER	LICENÇA PATERNIDADE
L.PREM	LICENÇA PRÊMIO
L.SVENC	LICENÇA SEM VENCIMENTOS
L.T.S	LICENÇA TRATAMENTO DE SAÚDE
MNT.PTO	MANUTENÇÃO DO PONTO
MUDANÇA	MUDANÇA
NOJO*	AFASTAMENTO POR ÓBITO DE ENTE FAMILIAR

		PALESTR	PALESTRA
		PONTFAC	PONTO FACULTATIVO
		PROTOCO	PROTOCOLO
		RECESSO	RECESSO
		REUNIÃO	REUNIÃO
		REUNPED	REUNIÃO PEDAGÓGICA
		SAÍESTU	SAÍDA DE ESTUDOS
		SEC.EDU	SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
		SEC.SAÚ	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
		TRAB.EX	TRABALHO EXTERNO
		TREINAM	TREINAMENTO
		VIAGEM	VIAGEM
03	Gerente da UBS Equipe multiprofissional	Atividades fora do local de trabalho Para participação em evento, congresso, reunião, formação/educação permanente, entre outras ausências autorizadas, o servidor/funcionário público, deverá anexar ao ponto, documento comprobatório e realizado o ajuste na folha espelho. Nestes casos em que o colaborador não compareceu ao local, não deve ser colocado o horário que o mesmo deveria cumprir, e sim justificar o dia no espelho com a devida ausência.	Lista de presença emitida pelo local, certificado do evento ou declaração da coordenação autorizando liberação do funcionário.

04	Gerente da UBS Equipe multiprofissional	Registro do ponto A tolerância de atraso diário, bem como, de chegada antecipada, é de no máximo 10 minutos. Os esquecimentos de registros não podem ser corriqueiros e deverão ser justificados no espelho ponto, informando o horário, sendo que não poderão existir esquecimentos para o período todo de trabalho, nem para meio período da integralidade. Caso ocorra será considerado falta injustificada. Serão tolerados até 3 (três) esquecimentos ao mês para cada servidor. O colaborador sempre terá que ter marcações pares, ou seja, para cada entrada deverá ter uma batida de saída, caso contrário gerará falta injustificada. Para tanto, caso haja esquecimento realizar o devido ajuste no sistema online.	Manual Prático Ponto Secullum Web – SC Ponto, Controle de Ponto e acesso https://www.secullum.com.br/Ponto4Web/1456408291 Memorando nº443 de 03/09/2019 da Gerência de gestão de pessoas da PMC
05	Gerente da UBS	Impressão ponto Os espelhos pontos deverão vir assinados pelo colaborador e por seu superior direto. O espelho ponto não pode conter qualquer tipo de rasura, bem como nenhum tipo de anotação, somente o campo da assinatura deverá ser preenchido.	
06	Gerente da UBS Equipe multiprofissional	Atestados Deverão ser entregues à chefia imediata em até 24 horas para que os responsáveis consigam lançar no espelho ponto e após no mesmo prazo, o atestado deverá ser	Valerá somatória dentro do mês corrente Ex: Um atestado de 2 dias + um atestado de 1 dia + um atestado de 3 dias = 6 dias. Neste caso, como passou de 5 dias deverá se apresentar na junta médica do município.

		enviado para o e-mail atestados.rh@criciuma.sc.gov.br ou presencialmente no setor de RH (seguir decreto vigente); Ter ciência que não serão abonados os atestados enviados fora do prazo; Acima de 5 dias de atestado independente do CID o colaborador deverá passar na junta médica (CRICIUMA PREV). O agendamento na junta deverá ser realizado através do Fone: 3445-8800 ou WhatsApp (48) 99117-2013 R. Cônego Aníbal Maria Di Francia, 123 - Pinheirinho, Criciúma - SC, 88804-360 CID compatível com COVID-19, será tolerado 10 dias.	
07	Gerente da UBS	Férias Encaminhar memorando de férias 30 (trinta) dias antes do usufruto da mesma com a assinatura da gerência imediata e do servidor/funcionário público requerente. Realizar escala de férias dos profissionais da enfermagem, sem prejudicar a assistência aos usuários.	
08	Gerente da UBS	Hora extra Encaminhar memorando juntamente com uma cópia do espelho ponto até no máximo dia 15 (quinze) dias de cada mês com a assinatura da gerência imediata e do servidor/funcionário público requerente.	
09	Gerente da UBS Equipe multiprofissional	Folga Deverá ser solicitada com no mínimo 72 horas de antecedência a chefia imediata, desde que o servidor/funcionário público realmente já tenha em mãos	

		o comprovante de que tem as horas para serem compensadas e anexadas ao espelho ponto.	

		Caso o profissional da enfermagem exerça cargo de gerência deverá solicitar por e-mail a coordenação responsável por seu estabelecimento de saúde.	

		Os colaboradores deverão aguardar a resposta da sua chefia imediata para considerar válida sua ausência da atividade laboral no dia solicitado.	

1.12 GESTÃO DE PATRIMÔNIO



NORMAS

Cuidados com o patrimônio.

Setor de Patrimônio

Telefone: (48) 3431-0157

Endereço de e-mail: patrimonio@criciuma.sc.gov.br

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário ou:

-Quando assumir uma unidade de saúde (Gerência).

-A cada chegada/saída/quebra de material.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Francielle Lazzarin de Freitas Gava

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro/ Gerente da UBS	Capacitar a equipe quanto ao zelo e cuidado do patrimônio público.	
02	Equipe multiprofissional	Comunicar verbalmente e imediatamente o Gerente local do estabelecimento de saúde na chegada de material, quebra, danificação ou roubo de qualquer material.	
03	Gerente da UBS	Ao receber um bem na unidade de saúde, solicitar via e-mail (memorando) ao patrimônio e conferir materiais com placas de identificação.	

EM CASO DE QUEBRA			
01	Gerente da UBS	Ao ser comunicado de quebra/dano ao material fazer memorando relatando o fato e encaminhar via e-mail institucional para patrimônio e encaminhar cópia via e-mail para o almoxarifado e o material via motorista.	Modelo segue abaixo
EM CASO DE ROUBO			
01	Gerente da UBS	Quando roubo comunicar imediatamente à Coordenação Distrital ou Gerência do Setor, procurar a delegacia mais próxima, realizar boletim de ocorrência e comunicar via e-mail institucional cópia do BO encaminhando com cópia ao patrimônio para este acionar o seguro.	
02	Gerente da UBS	Quando o patrimônio for violado/roubado sempre solicitar no e-mail para reposição do bem pela empresa de segurança que presta serviço ao município.	
NA CHEGADA DE MATERIAIS NA UBS			
01	Gerente da UBS	Conferir o material que chegou com a nota apresentada e condições do material. Revisar sempre se a quantidade entregue é igual a registrada na nota.	
02	Gerente da UBS	Solicitar via memorando ou e-mail, placa de patrimônio e acrescentar ao material	
03	Gerente da UBS	Encaminhar e-mail ao patrimônio comunicando o material recebido.	e-mail: patrimonio@criciuma.sc.gov.br
EM CASO DE EMERGÊNCIAS			
		Queda de energia	
01	Gerente da UBS / Responsável Sala de Vacina	Comunicar o plantão da vigilância em saúde para recolhimento das vacinas.	Sobreaviso (48) 9.9165.4923

02	Gerente da UBS	Comunicar gerência sobre o fato.	
03	Gerente da UBS	Comunicar vigilância patrimonial.	Triângulo (48) 2102.1100
04	Gerente da UBS / Responsável pela Farmácia	Atentar para locais onde há medicamentos em refrigeração.	
05	Gerente da UBS	Atentar para alimentos na geladeira.	
		Interrupção do fornecimento de água	
01	Gerente da UBS	Comunicar imediatamente à Gerência local.	
02	Gerente da UBS	Colocar comunicados na porta dos banheiros: Estamos temporariamente sem abastecimento de água, estamos trabalhando para solucionar o problema. Banheiro interditado temporariamente.	
03	Equipe Multiprofissional	Realizar apenas atendimentos de urgência e cancelar os eletivos devido à falta de fornecimento de água e impossibilidade de higienização das mãos e cuidados mínimos de biossegurança.	
		Interrupção de linha telefônica	
01	Gerente da UBS	Comunicar imediatamente a Gerência local	TI Plantão (48) 9.9183.7842
02	Gerente da UBS	Separar imediatamente os agendamentos e informes que seriam realizados por telefone e comunicar gerência local para possibilidade de outro local comunicar.	

Solicitação de baixa de bens patrimoniais:



Prefeitura Municipal de Criciúma
Secretaria de Logística
Departamento de Patrimônio

Memorando

Data: / /

DE:

PARA: DEPARTAMENTO DE PATRIMONIO

SOLICITAÇÃO DE BAIXAR DE BENS PATRIMONIAIS

[illegible]

Solicitação de transferência de bens patrimoniais



Prefeitura Municipal de Criciúma
Secretaria de Logística
Departamento de Patrimônio

Memorando

Data: / /

DE:

PARA: DEPARTAMENTO DE PATRIMONIO

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERENCIA DE BENS PATRIMONIAIS

[illegible]

Memorando

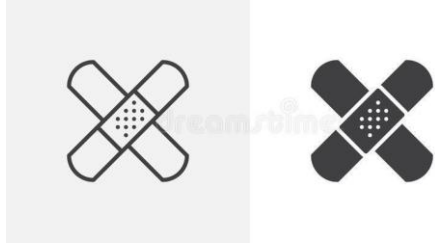
Data: / /

PARA: DEPARTAMENTO DE PATRIMONIO

[illegible]

1.13 ACESSIBILIDADE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

	NORMAS Orientações sobre atendimento de pacientes com deficiências intelectual, auditiva, motora e visual ROTINAS Periodicidade: Sempre que necessário e: Dentro do planejamento anual Verificação de sinalização em bom estado semanal Capacitação de Equipe conforme cronograma Educação Permanente em Saúde  ELABORAÇÃO: Enfermeira Larissa Alves DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro/ Gerente da UBS	Capacitar toda equipe quanto aos atendimentos de pacientes com deficiências intelectual, auditiva, motora e visual. Acessibilidade, condutas, fluxos e principalmente humanização no atendimento.	Deve ser realizado em reunião de equipe e registrado em ata, ou solicitar capacitação específica para ser incluída no Plano Municipal de EPS.

03	Equipe multiprofissional/ Equipe de Manutenção e Infraestrutura. Conselho Local de Saúde	Analisar com a equipe a planta baixa da unidade, identificando os pontos críticos para pessoas com deficiência. A territorialização é base para sabermos qual tipo de deficiências está sendo ou não acolhida e o porquê. A produção de mudanças engloba toda a urbanísticas; arquitetônicas; nos transportes; nas comunicações; informação; mobiliário urbano; tecnologia assistiva; comunicação, comunicação tátil, caracteres ampliados, dispositivos de multimídia, linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos, tecnologias de informação e das comunicações; e desenho universal. Identificar todas as salas e acessos, com imagens que expressem a função do local. Ex: pictograma sala de curativo 	Utilizar reunião de equipe. Será criado um Grupo de Trabalho para formulação de um Manual para Pessoas com Deficiência.
04	Gerente da UBS	Entrar em contato com representantes de instituições que apoiam a pessoa com deficiência perguntando qual material, estrutura e apoio a UBS pode oferecer ou alterar para melhor atendê-los; buscando assegurar vínculo pois a	Criação de fluxos para acesso à pessoa com deficiência.

		pessoa com deficiência não deve ser inserida em um “serviço específico” ela tem direito de fazer parte integral da sociedade.	
05	Centros Especializados de Referências a portadores de deficiências	Capacitar todos os colaboradores a informar quais são e como atuam os serviços especializados para atenção à pessoa com algum tipo de deficiência, sendo que no município de Criciúma são: CER-Centro Especializado em Reabilitação Fone: (48) 3431.2537. E-mail: cer@unescc.net.com APAE (48) 3438-3198 Bairro da Juventude (48) 3403-2700 Escola (surdos) Escola Municipal de Educação Infantil e Ensino Fundamental (EMEIEF) Professora Maria de Lourdes Carneiro (48) 3442-9842 Assistência Social (descontos e isenções) 34458400 Ministério Público (49) 99200-8465 Comissão de Direitos Humanos da OAB (48) 3437-2605	
06	Coordenação Distrital	Estacionamento específico, sinalizado, com rampa, próximo à entrada da unidade. Este estacionamento deve ser com material adequado a facilitar o deslocamento através do uso de órteses e próteses. (Ex: concreto , paver de calçadas, lajotas) Atendimento preferencial Se a unidade receber um usuário com deficiência não pertencente ao seu território, acolher e fazer todo o atendimento necessário no dia. Perguntar se aquele local é o mais acessível, se o usuário relatar que sim sempre é importante saber o motivo ser geográfico/humanizado para poder agir da forma mais coerente possível, manter	

		os atendimentos na sua unidade se assim ele desejar e comunicar à unidade responsável. Pessoas com deficiência devem ser informadas ao soar o alarme de emergência, principalmente os deficientes auditivos, nesse caso devem ser de forma sonoro e luminoso. Edificações devem estar dentro das recomendações da NBR 9050.	
07	Deficiência Auditiva 	Lembrando que durante a pandemia pessoas com deficiência auditiva não conseguem fazer leitura labial, importante na unidade termos uma máscara transparente para cada profissional a ser utilizada especificamente no atendimento a pessoas com deficiência auditiva. Ao desejar se comunicar com uma pessoa surda, chame a atenção dela, por meio de sinalização com as mãos ou tocando no braço dela. Deixe a pessoa surdo cega apoiar-se em seu antebraço ao andar. Alerte sempre que houver portas, escadas ou veículos. Tente ser bem claro na sua forma de se comunicar, combine com ela um sinal para ser identificada	
08	Deficiência visual 	Faça com que ela perceba a sua presença e identifique-se. Objetividade ao explicar direções. Ao acompanhar dê-lhe o braço ou ombro e sempre caminhe na frente da pessoa. Avise-a dos possíveis obstáculos.	

		Em casos de medicações orais, coloque o copo de água na mão e deixe que ela se medique. Não deixe o usuário falando sozinho, comunique-se com o tom de voz normal. Os cão-guias têm a responsabilidade de guiar seu dono, então, nunca os distraia. Pacientes com cão guia: não tocar no animal, ele está trabalhando naquele momento, permitir a entrada do animal em qualquer parte que o usuário esteja, os cão-guia são autorizados a entrar em qualquer lugar, com exceção de UTIs e centro de queimados. Escadas bem delimitadas com placas de braile identificação podotátil.	
09	Deficiência Motora 	Instalação de rampas, cadeira de rodas de obeso, barras laterais, oferecer ajuda sempre é um bom começo para o acolhimento, respeite se a pessoa disser que não. Se a unidade ainda não possuir solicitar à Coordenação Distrital a necessidade. Mantenha as muletas ou bengalas sempre próximas à pessoa. Sempre que for falar com uma pessoa cadeirante, procure ficar de frente e no mesmo nível do seu olhar. Lembre-se, quando estiver empurrando alguém sentado em uma cadeira de rodas e parar para conversar com outra pessoa, vire a cadeira de frente da conversa para que o cadeirante também possa participar da conversa também. Peça permissão para movimentar a cadeira de rodas.	

10	Deficiência Intelectual 	Não deixar a pessoa sozinha, 50% das pessoas com deficiência procuram o serviço acompanhados, se lhe for receptiva ir até o final acompanhando para que se sinta segura. Se a unidade estiver cheia, oferecer local calmo para aguardar o atendimento. Ter na recepção lápis coloridos e folhas com desenhos ajudam a distrair, oferte sempre ao usuário primeiramente, se o acompanhante interferir siga o atendimento com o acompanhante. Respeite sempre seu ritmo. Essas normalmente são vagarosas no que faz, no andar, no falar e em outras situações. Você precisará de paciência, ao não entender sua fala, ouvi-la e, se não entender sua fala, peça que repita para você pausadamente. Não a trate como criança ou incapaz.	
11	Aplicativos:	Telepati X Seeing AI eSSENTIAL Accessibility Wheelmap Hand Talk Be My Eyes ProDeaf	

*Será criado um Grupo de Trabalho para formulação de um Manual para Pessoas com Deficiência para normatização.

1.14 GESTÃO DE CONFLITOS/OUVIDORIAS

	NORMAS Orientações sobre como realizar a gestão de conflitos, para conciliação entre duas ou mais partes com interesses opostos, a fim de alcançar uma solução vantajosa para todos os envolvidos. Setor de Ouvidoria Telefone: 156 e (48) 3445-8715 Endereço de e-mail: ouvidoria@criciuma.sc.gov.br ROTINAS Periodicidade: Sempre que necessário. ELABORAÇÃO: Enfermeira Larissa Alves DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro/ Gerente da UBS	Capacitar toda equipe quanto à Gestão de Conflitos/Ouvidorias	Deve ser realizado em reunião de equipe e registrado em ata.
02	Equipe multiprofissional	Sempre que houver conflitos com pacientes priorizar a fala calma, clara e objetiva. Mantendo o tom de voz baixo. Se o usuário se encontra agressivo na recepção não permita que funcionários alterados ou que sofreram a agressão continuem o atendimento.	O acolhimento preferencialmente deve ser em um lugar reservado que preserve a integridade do profissional.

		Explique que irá dar continuidade e está ali para ajudar. A mesa deve sempre ter acesso à porta para não dificultar a passagem do profissional, de modo a se defender e sair do espaço de violência se for o caso. O ocorrido deve ser relatado em prontuário e se ocorrer agressões físicas, realização de boletim de ocorrência, encaminhar via e-mail institucional e comunicação da gerência local imediatamente.	
03	Equipe multiprofissional	Descubra como interpretar reações individuais ao conflito, possibilitando-lhes entender e melhor administrar emoções e necessidades. O gerente deve estar atento às situações de conflito antes de acontecerem reações mais exacerbadas. Chamando os envolvidos e conversando primeiro individualmente (sempre na presença de uma testemunha) em local reservado. Após conversa individual, chama-se uma conversa entre os envolvidos, sempre registrando em ata e orientando que essa ação é para que o problema seja resolvido. Ignorar, diminuir ou “colocar panos quentes” nas ideias contrárias, deixando a gestão de lado, não é a maneira mais inteligente de lidar com essas demandas. Se ocorrer agressões significativas, realização de boletim de	

		ocorrência, encaminhar via e-mail institucional e comunicação da gerência local e respectivo conselho profissional imediatamente.	
04	Equipe multiprofissional	O conflito nasce da diversidade de ideias que, quando bem administradas, tendem a elevar a criatividade e as oportunidades de inovação nas equipes. Sempre abra espaço nas reuniões de equipe para o diálogo. Mesmo que os embates permaneçam latentes, podem se manifestar através de fenômenos como o absenteísmo (faltas ou atrasos frequentes), presenteísmo (quando o colaborador está presente, mas desligado do trabalho em si), queda na produtividade e dificuldades na retenção de talentos. Sempre relatar em ata e se necessário aplicar o termo de orientação, apresentado a seguir. Se ocorrer agressões significativas, realizar de boletim de ocorrência, encaminhar via e-mail institucional e comunicação da gerência Local e respectivo conselho profissional imediatamente.	
	Modelo de termo de orientação:		



MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA DE SAÚDE

ATA DE REUNIÃO em ____/____/____ - Secretaria Municipal de Saúde Criciúma

1. Presentes na reunião:

2. Fato(s) ocorrido(s):

3. Encaminhamentos:

Assinaturas:

Rua Domênico Sonogo, nº 542, Bairro Santa Bárbara - CEP: 88.804-050
Município de Criciúma - Santa Catarina - Brasil - Fone: +55 (48) 3445-8400.

	Ouvidoria da Saúde	Receber a ouvidoria via e-mail institucional pelo gerente local em 15 dias, chamar os envolvidos e responder a ouvidoria de modo oficial via e-mail.	

1.15 ABERTURA E FECHAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

	NORMAS Modo e responsáveis sobre abertura e fechamento da unidade de saúde ROTINAS Periodicidade: Diariamente. ELABORAÇÃO: Enfermeira Larissa Alves DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Gerente da UBS	Discutir em reunião de equipe a melhor forma de responsabilização dos funcionários sobre abertura e fechamento da unidade. De preferência uma escala fixa entre os funcionários, respeitando a individualidade de cada um.	
02	Equipe multiprofissional	Após a escala escolhida colocar em ata e assinatura da equipe.	
03	Equipe multiprofissional	Ex. Escala mensal: cada mês um funcionário é responsável pela abertura 15 minutos antes do horário, este sai 15 minutos antes do seu expediente. Outro funcionário é responsável pelo fechamento, podendo ter tolerância de 15 minutos na entrada.	
04	Coordenação Distrital	Fornecer a equipe 3 (três) cópias das chaves, que ficam de total responsabilidade dos colaboradores lotados na UBS.	

05	Vigilância patrimonial Gerente da UBS	A vigilância contratada pela Gestão Municipal deve ser acionada pelo regente local para que cada novo funcionário tenha sua senha pessoal, intransferível.	

1.16 APOIO E ORIENTAÇÃO PARA ESTRUTURAÇÃO/FORTELECIMENTO DE CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

	NORMAS Apoiar e orientar a estruturação ou fortalecimento do Conselho Local de Saúde, na área de abrangência da UBS ROTINAS Periodicidade: Sempre que necessário e como rotina mensalmente. ELABORAÇÃO: Enfermeira Larissa Alves DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Gestor Municipal	Por decreto do executivo, Lei Municipal ou Portaria do Secretário Municipal de Saúde, criar os Conselhos Locais e Distritais de Saúde.	
02	Conselho Municipal de Saúde	Conselho de Saúde organiza as eleições	
03	Equipe multiprofissional / Comunidade	Divulgar a eleição em áreas de grande circulação e meios de comunicação incentivando a formação de chapas	
04	Conselho local de Saúde / Equipe multiprofissional	Realizam a votação em local apropriado na comunidade ou na unidade de saúde. Proclamam o resultado e dão posse aos eleitos.	
05	Coordenação Distrital	Apresenta ao conselho de saúde local o gerente Local da Unidade ao qual eles devem se reportar quando necessário para trabalharem conjuntamente.	
06	Gerente da UBS	Agenda reunião com conselho para iniciar o planejamento anual da unidade	

07	Gerente da UBS	Qualquer agendamento com Gestão Municipal deve ser primeiro discutido em reunião com o conselho e o gerente local.	
08	Conselho Local de Saúde / Gerente da UBS	Preparação de pautas bem definidas à possibilitar a participação organizada da população na administração dos serviços prestados, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da população, o que inclui a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços necessários à promoção, preservação e recuperação de sua saúde e não interesses pessoais, sempre coletivos.	
09	Conselho Local de Saúde / Gerente da UBS	As reuniões devem ser mensais para que o conselho seja ativo e participativo de todas as ações da unidade. Podendo ser no próprio horário das reuniões de equipe ou horário noturno. Um e-mail deve ser encaminhado à Coordenação Distrital ou Gerência do Setor com a pauta e lista de presença.	
10	Gerente da UBS/ Profissional de saúde participante	Inserção no sistema de informações do município da reunião realizada.	
11	Gerente da UBS / Coordenação Distrital	Quando horário noturno encaminhar pauta e lista de presença para Coordenação Distrital ou Gerência do Setor no e-mail com a informação da necessidade de participação e quais profissionais irão participar para liberação e fornecimento das horas extras geradas.	
12	Coordenação Distrital	Encaminha via motorista declaração de horas para gozo de folga, devido participação equipe fora horário convencional de trabalho.	

1.17 PLANEJAMENTO ANUAL

	NORMAS Planejamento anual das ações da Unidade. Realizado por todas as Unidades de Saúde Conteúdo básico: • Análise situacional da saúde do território; • Objetivos, diretrizes, metas e indicadores; • Monitoramento e avaliação. ROTINAS Periodicidade: Anual, entregar a gestão central da APS até 31 de março de cada ano pelo e-mail: coordenacao.atencaobasica@criciuma.sc.gov.br ELABORAÇÃO: Enfermeira Larissa Alves DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Equipe Gerente Local Coordenador Setor Conselho de saúde	Explicar como funciona um planejamento e suas etapas. Territorialização pontuar problemas: Estruturados (os quais são possíveis de se tratar de maneira mais normatizada) Semiestruturados (problemas que normalmente envolvem diversos atores e perspectivas sobre o problema e que exigem soluções e ações que,	DATASUS; IBGE; instrumentos locais de informação Deve ser realizado em reunião de equipe. Material de base: https://amaq.lais.huol.ufrn.br/

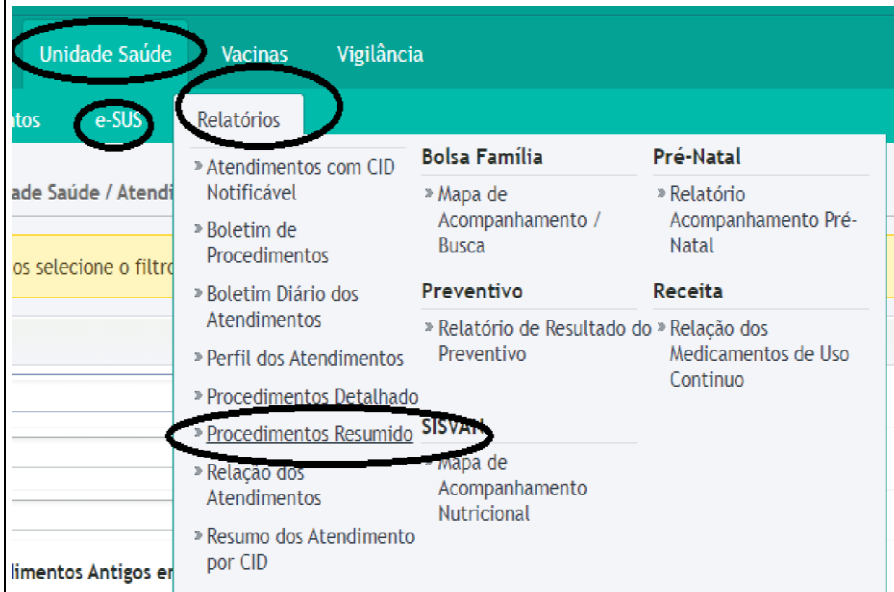
		embora, em alguma medida sejam técnicas, dependerão de negociações e mediações de ordem política e social).	
02	Reunião 1 Momento explicativo	- Identificação de problemas; - Seleção de problemas prioritários/estratégicos (classificação criteriosa dos problemas); - Descrição dos problemas (uso de indicadores e descritores qualitativos e quantitativos); - Elaboração da rede de causalidade dos descritores de problemas e identificação dos nós críticos (ponto da rede de causalidade que se avalia estratégica a intervenção e sobre a qual se formulará uma ação).	
03	Reunião 2 Momento normativo	- Definição da situação-objetivo (transformação dos descritores em resultado esperado); - Elaboração do plano de operações (cada operação é um conjunto de ações); - Reconhecimento de cenários possíveis; - Definição dos recursos necessários e dos produtos e resultados esperados em cada ação.	
04	Reunião 3 Momento estratégico	Análise de viabilidade (segundo as diversas dimensões do plano: política, econômica, cognitiva, organizativa, etc.): - Elaboração de uma agenda estratégica; - Discriminação dos recursos necessários; - Reconhecimento de que atores controlam os recursos necessários, bem como suas motivações perante o plano;	

		- Definição de operações estratégicas (operações necessárias e não viáveis).	
05	Reunião 4 Momento táctico operacional	- Definição das ações a serem executadas com responsáveis e agenda, avaliação do plano, segundo variáveis como os descritores dos problemas, os nós críticos, o andamento das operações, entre outros.	
		Redes de Atenção e Apoio: APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais Atenção Especializada (Reabilitação COVID, ambulatório de feridas e ostomias e etc) Bairro da Juventude Banco de Leite Humano Banco de Olhos CAPS/CAPSad/CAPSi - Centro de Atendimento Psicossocial CEI - Centro de Educação Infantil Central de Ambulâncias Centro de Zoonoses Centro POP CEO - Centro de Especialidades Odontológicas Cerest - Centro de Referência de Saúde do Trabalhador CES – Centro de Especialidades (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, PAMDHA - Programa de Atenção Municipal às DST/HIV/AIDS e etc) Clínicas Integradas	

		Comércio e Clínicas Locais Conselho Local de Saúde Consultório na Rua CRAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social Escolas Federais, Estaduais e Municipais Farmácias/Judicial/Solidária Hemosc Horto Municipal Hospitais (HSJ, HMISC e etc) Laboratório Municipal Melhor em Casa Equipes Multiprofissionais Nuprevips - Núcleo de Prevenção às violências PAMGC- Programa de Alto Monitoramento glicêmico Penitenciária Sul PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde Polícia Militar/Civil/ Corpo de Bombeiros Presídio Regional de Criciúma Programa Municipal de Hanseníase e Tuberculose Programa Municipal de Hepatites Virais RUE - Rede de Urgência e Emergência (UPA Próspera, 24 horas Boa Vista, CT - Centro de Triagem, SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)	

1.18 ATUALIZAÇÃO DO PLACAR DA UNIDADE DE SAÚDE – PRODUÇÃO MENSAL

	NORMAS Registro e atualização da produção mensal da Unidade de Saúde “PLACAR DE SAÚDE”. ROTINAS Periodicidade: Mensalmente – até dia 05 de cada mês. ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Gerente da UBS	Capacitar sua equipe sobre como funciona o registro e atualização da produção mensal Unidade de Saúde “PLACAR”.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe.
02	Enfermeiro / Gerente da UBS	Retirar mensalmente o relatório de produção resumida conforme expresso nas imagens a seguir:	- Emitir dois relatórios quanto a forma de apresentação: geral e por profissional.
	Imagens que demonstram o modo como gerar o Relatório para atualização do placar:		



☆ **Procedimentos Resumido** (188) Unidade Saúde / Relatórios / Procedimentos Resumido

Filtros

Unidade: UNIDADE BASICA DE SAUDE MORRO ESTEVAO

Unidade de Origem:

Profissional:

Procedimento:

Paciente:

CBO:

Convênio:

Município:

Equipe:

Período: ☒ Junho 2021 ☐ Outro

Forma de Apresentação: **Geral** (dropdown menu open showing: Profissional, Paciente, CBO, Convênio, Grupo/SubGrupo, Município, Equipe, Unidade Origem)

Situação da Produção:

Tipo do Procedimento:

Ordenação:

Tipo de Arquivo:

Visualizar Valor: Não

Agrupar Unidade: Sim

Tipo de Ordenação: Crescente

Apenas Dengue: Não

Gerar Relatório

03	Enfermeiro / Gerente da UBS	Atualizar o placar exposto na Unidade mensalmente.	- Caso não possuir banner placar, solicitar a gerência distrital ou gerência específica.
04	Enfermeiro / Gerente da UBS	Comunicar o conselho local de saúde dos dados.	

CAPÍTULO 2 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

2.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

	NORMAS A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE deve ocorrer em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, conforme a Resolução COFEN nº 358/2009 ROTINAS Periodicidade: Sempre que necessário. ELABORAÇÃO: Enfermeira Francielle Lazzarin de Freitas Gava DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar sua equipe sobre o que é, e como deve ser implementada a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. Bem como, sobre a importância de toda equipe compreender a consulta de enfermagem como uma das ações que deve ser mais executada pelo enfermeiro da APS.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe. REFERÊNCIAS: FELIX, Farley Pereira. Manual de Normas e Procedimentos de Enfermagem para a unidade de saúde Dr. Mário Gomes, Inhapim, Minas Gerais. Orientador: Agma Leozina Viana Souza. 2013. 82 f. Dissertação (Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2013. Disponível em:

			https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4173.pdf Acesso em: 24 jul. 2021. COREn-DF. Manual de Normas e Procedimentos de Responsabilidade Técnica, Distrito Federal, 2013, 24 p. Disponível em: https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2014/02/manualrt.pdf Acesso em: 24 jul. 2021.
02	Equipe de enfermagem	Coletar Histórico do usuário – consiste no levantamento dos problemas apresentados pelo usuário, inclui investigação social, rituais e costumes dos pacientes, entender a história pregressa da doença presente (quando, como, onde, o que já foi realizado, procurou outros serviços, etc.)	
03	Enfermeiro	Realizar o Exame Físico – consiste no exame físico céfalo caudal do usuário, observando todos os locais, não apenas onde possui queixas. O enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: Inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do usuário e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas na coleta de dados ou anamnese.	Compete ao enfermeiro privativamente executar as etapas do exame físico, diagnóstico e prescrição de enfermagem na SAE.

04	Enfermeiro	Aplicar os Diagnósticos de Enfermagem – devem ser apontados aqui todos os problemas que foram levantados através do histórico e do exame físico através de um julgamento clínico utilizando uma taxonomia, que tenha reconhecimento (NANDA, NIC, NOC, CIPE)	
05	Enfermeiro	Prescrever a Assistência de Enfermagem – após o levantamento dos problemas, o enfermeiro deverá dispor à forma em que deverá ser realizada a assistência, dirigindo e orientando a equipe de enfermagem quanto aos cuidados que deverão ser prestados.	O enfermeiro pode realizar a prescrição de medicamentos e/ou exames previstos nos protocolos da SMS que estão disponibilizados no sistema Celk Saúde.
06	Enfermeiro	Evoluir a Assistência de Enfermagem – após a realização de todas as etapas anteriores, o enfermeiro deverá relatar através da evolução de enfermagem, tudo o que foi levantado, observado e ocorrido durante o planejamento e processo de cuidado, todas as reavaliações, maneiras que o paciente reagiu com o tratamento disposto e novos problemas apresentados, podendo ser atualizada sempre que necessário	O registro deve fazer parte do prontuário do cliente ou paciente e servir de fonte de dados para processo de auditoria, administrativo, legal, de ensino e pesquisa.
07	Equipe de enfermagem	Relatório de Enfermagem –descrever todos os cuidados que foram realizados ao usuário.	Compete ao profissional de enfermagem executar e registrar os procedimentos

08	Equipe de enfermagem	O enfermeiro deve registrar no prontuário eletrônico seu atendimento de enfermagem (SAE) como consulta de enfermagem. Técnicos e auxiliares devem registrar como atendimento ambulatorial, campo evolução.	Na rede municipal de saúde, a SAE deve ser registrada em prontuário eletrônico com login e senha específica de cada servidor/funcionário público. Dessa forma ficará registrado a identificação do profissional com nome, número do registro no COREN-SC, data e hora.

CAPÍTULO 3 - ATENÇÃO DOMICILIAR

3.1 ATENDIMENTO DOMICILIAR



NORMAS

A atenção domiciliar realizada pela atenção básica constitui etapa importante para implementação dos princípios do SUS, permitindo também a continuidade do cuidado. Os casos elegíveis para visita domiciliar devem ser discutidos em equipe, identificando-os e classificando-os conforme suas necessidades de atenção, elencando quais profissionais deverão desenvolver quais cuidados.

É essencial pactuar com a família do paciente atendido quais serão os cuidados desenvolvidos pela equipe e quais deverão seguir sendo feitos pelos familiares. Nas agendas médicas e de enfermagem devem incluir espaço específico para desenvolver visitas domiciliares bem como deve haver dinâmica para inclusão de casos especiais que necessitem de atendimento com maior iminência. Também devem ser programadas visitas domiciliares para puérperas e pacientes com alta hospitalar.

Casos onde no momento da visita ocorrer urgência e emergência de pacientes acamados ou domiciliados, deve-se acionar o SAMU 192.

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Larissa Alves

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas												
01	Gerente da UBS	Organizar conforme rotina da unidade agenda para realização de visita domiciliar médica e do enfermeiro. Com atendimentos programados para pacientes AD1 e demanda livre. Conforme abaixo: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Modalidade</th><th>Perfil do usuário</th><th>Equipe prestadora do cuidado</th><th>Permanência</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">AD1</td><td>- Problemas de saúde controlados/compensados</td><td rowspan="5">Equipe de atenção básica</td><td rowspan="5">Habitualmente contínua</td></tr> <tr> <td>- Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde</td></tr> <tr> <td>- Necessita de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde</td></tr> <tr> <td>- Frequência das visitas, a partir da avaliação clínica, de uma visita/mês</td></tr> <tr> <td>- Dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas</td></tr> </tbody> </table>	Modalidade	Perfil do usuário	Equipe prestadora do cuidado	Permanência	AD1	- Problemas de saúde controlados/compensados	Equipe de atenção básica	Habitualmente contínua	- Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde	- Necessita de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde	- Frequência das visitas, a partir da avaliação clínica, de uma visita/mês	- Dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas	REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. v. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. (2 volumes).
Modalidade	Perfil do usuário	Equipe prestadora do cuidado	Permanência												
AD1	- Problemas de saúde controlados/compensados	Equipe de atenção básica	Habitualmente contínua												
	- Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde														
	- Necessita de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde														
	- Frequência das visitas, a partir da avaliação clínica, de uma visita/mês														
	- Dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas														
02	Equipe multiprofissional	Realizar acolhimento com escuta, identificando pacientes com necessidade de atendimento domiciliar.													
03	Técnico de enfermagem	Realizar curativo domiciliar em pacientes que assim o necessitem, de acordo com periodicidade necessária, de mesmo modo que aferição de sinais vitais. Na questão de lógica colocaria como item 3 o 4 e como item 4 o 3													
04	Enfermeiro	Avaliação das necessidades dos pacientes para atendimento domiciliar, definindo quais cuidados deverão ser necessários.													

05	Médico	Visitas domiciliares para consulta médica e procedimentos necessários após avaliação da equipe de enfermagem	
06	Equipe multiprofissional	Evoluir no sistema CELK como “atendimento domiciliar” ou “visita domiciliar” conforme permissão do CBO	
07	Enfermeiro / Técnico de enfermagem / Médico	Em casos de sinais vitais com alteração ou necessidade de procedimentos não realizados pela atenção básica, encaminhar o paciente para os serviços necessários, orientando sobre os fluxos e serviços disponíveis.	

3.2 VISITAS EM UNIDADES PRISIONAIS



NORMAS

Realização de visitas em unidades prisionais.

Geralmente ambiente dos presídios possui precárias condições de saúde, apresentam ambiente hostil e insalubre, baixa qualidade da alimentação, várias fontes de estresse e outros fatores que aumentam o risco de adoecimento, sendo um importante caso de ameaça à saúde pública, e, portanto, necessita de atendimento especializado, porém o profissional deve estar seguro das suas ações. Recomenda-se que o profissional não realize esse tipo de atendimento se não se sentir confortável ou seguro com a ação.

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário ou:

- Quando solicitado pela Coordenação Distrital;
- Quando solicitado pela Rede de Atenção à Saúde;
- Ações educativas conforme demanda da unidade.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Larissa Alves

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Equipe Multiprofissional	As ações são voltadas para minimizar iniciativas que estimulem a discriminação ou preconceito; e ainda respeitando os princípios éticos e legais, com vistas a resgatar o sentido da existência humana, além de suas atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde individual e coletiva.	

		Atividades desenvolvidas por estes profissionais englobam: distribuição de kit de medicamentos, consultas médicas, atendimento específico para gestantes, saúde da mulher como coleta de exame citopatológico e avaliação das mamas, atendimento de saúde mental e bucal. A atuação da equipe nesse cenário é de caráter preventivo, como: campanhas de vacinação (principalmente contra hepatite), distribuição de preservativos, planejamento familiar (realizar teste imunológico de gravidez), e orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis. Ainda, realiza coleta de exames laboratoriais, busca ativa utilizando de testes rápidos para HIV, Tuberculose, Sífilis e campanhas educativas sobre as doenças de maior ocorrência nas respectivas unidades prisionais.	
02	Rede de Atenção Unidade Prisional Responsável pela Ação	A unidade prisional ou outro ponto da Rede de Atenção à Saúde pode solicitar à UBS atendimento da unidade prisional. Sempre pontuar profissionais mais capacitados para esse fim e horários específicos de acordo com a rotina prisional.	
03	Unidade Prisional Responsável pela Ação	Priorizar ações coletivas que atinjam o maior número de detentos	
04	Responsável pela Ação	Ação deve sempre ser comunicada via e-mail para gerência para devida autorização.	
05	Coordenação de Imunização	Quando necessário procedimentos específicos como aplicação de vacinas, o setor de imunização sempre estará à frente dessa programação, preparando materiais	

		e demais necessidades. A UBS servirá de apoio técnico e logístico para essa ação.	
06	Responsável pela Ação	Quando a ação for promovida pela UBS deve-se sempre realizar uma visita ou quantas forem necessárias anteriores a ação para garantir local adequado e segurança aos profissionais e detentos e preparo de todo material necessário.	
07	Responsável pela Ação.	Todos os procedimentos e ações devem ser evoluídos no sistema informatizado, dessa forma todos os participantes necessitam dos seus dados pessoais e CNS para cadastramento. Para facilitar a unidade prisional já possui essas listagens que podem ser solicitadas anteriormente e no dia da ação apenas realizar chamada de presença facilitando a ação.	
08	Responsável pela Ação	Os encaminhamentos específicos de cada detento dessa ação devem ter continuidade com notificações e encaminhamentos para a unidade prisional, solicitando o que for necessário para o atendimento continuado do detento via memorando e evolução em prontuário. Ex: - Necessidade de notificação de doenças; - Necessidade de acompanhamento psicológico; - Reações Vacinais; - Atendimento Social; - Suspeita de tuberculose; - Encaminhamento se alteração no exame físico de mamas ou citopatológico.	

09	Equipe Multiprofissional	Avaliação da Ação deve ser realizada em reunião de equipe pontuando possibilidades de melhorias.	

CAPÍTULO 4 – ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

4.1 ACOLHIMENTO



NORMAS

O acolhimento é a prática que deve estar presente em todas as esferas do cuidado. O acolhimento se dá ao fornecer uma escuta qualificada à demanda do usuário, definindo as necessidades de saúde deste e identificando que serviços lhe oferecer e de que forma. Neste momento de escuta, forma-se o vínculo do profissional com o usuário, fortalecendo as relações com benefício mútuo. É importante que usuários com queixas agudas e importantes sejam atendidos e que se abra exceções aos agendamentos feitos, já devendo ser pré-estabelecido um fluxo para estes casos na unidade de saúde, visando o melhor atendimento para atender as demandas necessárias. Com os desafios da demanda espontânea, a equipe deve levantar esta pauta nas reuniões semanais em busca de melhorar o fluxo, para atender melhor a comunidade sem sobrecarregar os profissionais.

Deve ser definido, como organização interna, a lógica dos serviços ofertados, sendo que os usuários com atividades agendadas ou de rotina da unidade, devem ser direcionados evitando espera desnecessária; a resolução de situações imprevistas deve ser conduzida com organização pela unidade, evitando conflitos e buscando a compreensão e resolução; os funcionários encarregados do acolhimento das demandas espontâneas devem ter a capacidade de analisá-las, possuindo clareza das informações e ofertas de serviço da unidade, compartilhando e dialogando com colegas e buscar a resolutividade. Todos os profissionais podem contribuir na recepção, mas é importante destinar determinados profissionais para esta área, os capacitando para lidar com todas as situações.

ROTINAS

Periodicidade: Diariamente.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Gabriele de Carvalho

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas

01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar sua equipe quanto ao acolhimento e humanização do atendimento.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe. REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).
02	ACS	Identificar novos moradores da área de abrangência da unidade, identificando as condições sociais e de saúde da família, ofertando os serviços disponíveis na rede.	
03	Equipe multiprofissional	Acolher usuário na chegada da unidade, direcionar os usuários que já possuem atividade agendada.	
04	Equipe multiprofissional	Atender aos usuários que não possuem atividade agendada, identificar qual a demanda necessária e procurar solucionar a necessidade da pessoa.	
05	Equipe multiprofissional	Fazer escuta das demandas do usuário em todos os momentos de contato, evoluindo em prontuário as condutas realizadas.	
06	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Ao ser questionado sobre a forma de agendamento para consulta, ouvir qual a demanda do usuário, identificando se há alguma urgência e procedendo conforme organização interna para atendê-lo com resolutividade, considerando a integralidade do cuidado e humanização.	

07	Técnico de enfermagem	Realizar verificação de sinais vitais, colocar no sistema informatizado e lançar confirmação de presença do usuário para encaminhar para consulta agendada	
08	Enfermeiro / Técnico de enfermagem / Farmacêutico	Dispensar medicação conforme prescrição médica, lançar no sistema e realizar anotação na receita.	
09	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Agendar atividades conforme rotina da unidade, fornecendo lembretes aos usuários e orientando para ligar na unidade em caso de não poder comparecer.	
10	Equipe multiprofissional	Em caso de alguma demanda que não haja serviço disponível na unidade, fazer contato telefônico prévio ou via e-mail com outro setor, orientando corretamente ao usuário como proceder.	

4.2 ATENDIMENTO TELEFÔNICO



NORMAS

O atendimento telefônico nas unidades de saúde é imprescindível para uma adequada fluidez do serviço da unidade, visto que muitas dúvidas podem ser sanadas por este meio, facilitando o fluxo de pessoas na unidade no cotidiano. Atualmente também é priorizado o contato telefônico para agendamento de consultas médicas, visando o menor número de filas e aglomeração na unidade, evitando a transmissão de vírus contagiosos, traçando uma estratégia para conseguir atender a população geral. O usuário que possuir dificuldade para agendamento telefônico, deve ser acolhido, conforme normas e rotinas sobre acolhimento, para haver um atendimento qualificado. Atentar sempre ao limite de informações que serão passadas pelo telefônico, não podendo ser fornecidas informações confidenciais de pacientes.

Por telefone também são avisados os pacientes que possuem autorização para exames e consultas via SISREG, sobre reorganizações de consultas e outros contatos necessários pela unidade. Sempre deve ser claro aos usuários de qual local está sendo telefonado, qual o profissional que está lhe passando a informação e para qual número retornar em casos de dúvidas.

No caso de unidades que não possuem recepcionista ou atendente só para a função telefônica, deve-se organizar internamente para algum funcionário ocupar esta função, com escalas, mas sempre priorizando o atendimento telefônico em todos os momentos por algum profissional.

ROTINAS

Periodicidade: Diariamente.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Gabriele de Carvalho

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar sua equipe quanto ao atendimento telefônico.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe.

			REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).
02	Equipe multiprofissional	Atender a ligação telefônica, cumprimentando o usuário, identificando a unidade e o nome do profissional que está atendendo.	
03	Equipe multiprofissional	Sanar dúvidas sobre serviços disponíveis e horários de atendimento da unidade.	
04	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Em casos de pacientes que querem esclarecer dúvidas sobre algum problema de saúde, pedir para, se possível, paciente comparecer à unidade para visualização e melhor resolução do problema.	
05	Equipe multiprofissional	Utilizar esse dispositivo eletrônico para agendar consultas, testes rápidos, preventivos e outros serviços que requerem agendamento, sempre registrando em agenda no sistema celk para visualização de todos os membros da equipe na unidade, evitando confusões.	
06	Equipe multiprofissional	Em casos de contratempos por telefone ou dificuldades para fornecer o serviço que a paciente demanda, realizar registro da eventualidade no sistema CELK e descrever em detalhes como ocorreu o atendimento via telefônica.	

4.3 AÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE NA PRÉ E PÓS CONSULTA

	NORMAS Sempre visando a resolutividade, a unidade de saúde deve atentar ao atendimento pré e pós consulta, sanando todas as dúvidas e realizando todos os encaminhamentos necessários. Pacientes em pós consulta que necessitam de observação, devem permanecer na unidade, observados pela equipe de enfermagem, até resolução da demanda. ROTINAS Periodicidade: Diariamente. ELABORAÇÃO: Enfermeira Gabriele de Carvalho DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar sua equipe quanto às ações realizadas pela equipe na pré e pós consulta.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe. REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).
01	Técnico de enfermagem	Confirmar presença no sistema CELK, aferir sinais vitais, fazer registro no sistema e encaminhar paciente para o serviço. Em caso de sinal vital alterado, avisar imediatamente o médico e enfermeiro para avaliar conduta.	

02	Equipe multiprofissional	Receber o paciente nos pós consulta, identificar quais documentos o profissional forneceu, encaminhando conforme fluxos.	
03	Enfermeiro / Técnico de enfermagem / Farmacêutico	Fornecer medicação conforme prescrição, registrando no sistema e informando onde adquirir as medicações caso não estejam disponíveis na unidade de saúde.	
04	Responsável pelo SISREG na unidade	Realizar encaminhamentos via SISREG necessários para consultas com especialistas, procedimentos ou exames, conforme protocolo municipal.	
04	Equipe multiprofissional	Autorizar exames com carimbo de identificação da unidade e assinar, orientando onde fazer os exames, endereço, telefone do local. Orientar preparo de exames.	
05	Equipe multiprofissional	Orientar como deve ser feito o agendamento para consulta de retorno.	
06	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Pacientes que necessitam ficar em observação deverão ser acompanhados até a sala disponível para este fim, perguntando sobre o estado geral do paciente, verificando o tempo necessário de observação e o liberando apenas quando estiver com a demanda resolvida, sinais vitais estáveis e afirmando estar sem queixas. O usuário não deve ficar sozinho no horário de almoço/repouso/fim de expediente. Na impossibilidade da equipe revezar o horário (no caso quando almoço) realizar documento do ocorrido para gerência e solicitar hora extra ou banco de hora compensado na mesma semana de preferência.	Casos para observação: crise hipertensiva, medicação intravenosa, medicações intramusculares com risco potencial de reação, crises de ansiedade.

4.4 TRIAGEM COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



NORMAS

Estabelecer ações relativas a triagens de consultas e atendimentos.

A triagem determina quem vai receber tratamento primeiro, e tem como objetivo organizar e assegurar a assistência qualificada ao paciente, de acordo com o risco. O profissional de enfermagem devidamente capacitado, realiza a triagem por meio da avaliação inicial do paciente, que inclui a checagem dos seus sintomas, a verificação de sinais vitais.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Toda consulta para profissional de nível superior deve ser realizada triagem.

Toda triagem deve ser verificada e registrada no sistema celk:

Peso

Altura

Aferição da Pressão Arterial

Frequência Cardíaca

Frequência Respiratória

Aferição da Temperatura corporal

Aferição da Saturação

Escala de dor

Registro da queixa principal do usuário

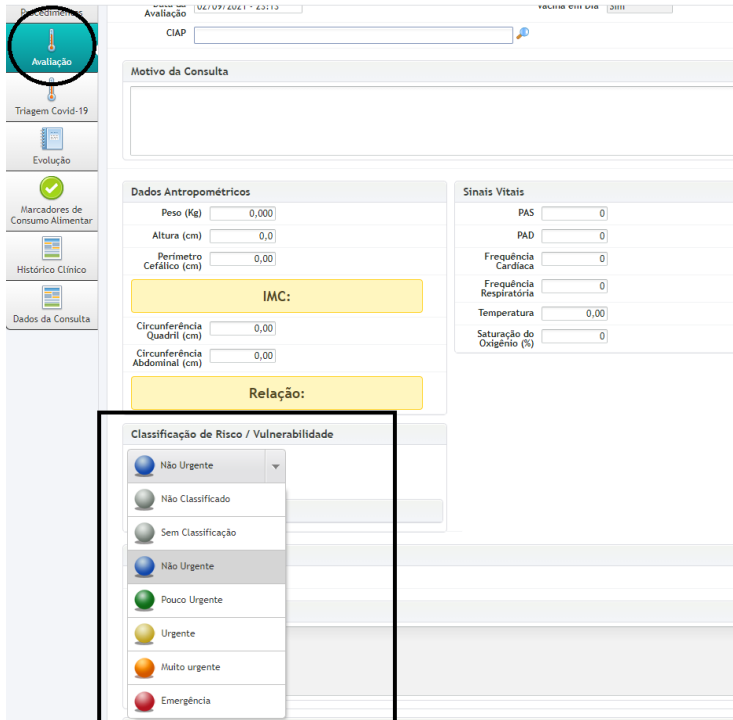
ROTINAS

Periodicidade: Diariamente.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro	Capacitar a equipe de enfermagem quanto às triagens e aferição de sinais vitais, bem como a classificação de risco e encaminhamento por prioridade, conforme tabela definida pelo MS.	REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível EM: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf
	Tabela de Classificação de Risco na APS: A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:  Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.  Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.  Verdes: prioridade 2 – prioridade não urgente.  Azuis: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada. Cartilha da PNH Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco		
02	Enfermeiro	Capacitar a equipe de enfermagem quanto ao registro e preenchimento correto das triagens no sistema celk.	

03	Técnico/Auxiliar Enfermagem	de Verifica sinais vitais	
04	Enfermeiro	Realizar triagens com classificação de risco conforme orientação e capacitação prévia e registrar no prontuário eletrônico a queixa/demanda inicial conforme SAE. Classificando pelas cores das bolinhas conforme classificação de risco e registrando no sistema celk conforme abaixo: 	Realizar verificação de sinais vitais conforme comorbidades dos usuários. Ex: Se diabético, verificar glicemia capilar.

4.5 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA

	NORMAS A equipe da APS deve realizar o atendimento de urgências e emergências, considerando a seguinte conceituação: Emergência tem como requisito o risco iminente à vida, que exige um tratamento médico imediato. Ex Infarto Urgência é definida como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida. Ex Fratura ROTINAS Periodicidade: Sempre que necessário. ELABORAÇÃO: Enfermeira Larissa Alves DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro	Capacitar a equipe quanto ao manejo das urgências e emergências na atenção básica. Organizando fluxo e responsabilidades.	Deve ser realizado em reunião de equipe e ter registro em ata.
02	Recepção	Em todo e qualquer procedimento devem ser realizados acolhimento, orientação, educação em saúde, visando esclarecer o procedimento e toda e qualquer dúvida do usuário atendido. Nos casos de situações estressoras o usuário e familiar devem sempre serem informados que serão atendidos e que tenham calma, acomodando o usuário em potencial risco em maca ou cadeira de rodas em local reservado e já insere usuário no sistema informatizado. Normalmente na sala de medicação onde possuem os equipamentos necessários para o	

		atendimento. Chamar a Enfermeira após acomodar o paciente.	
03	Médico	Em ambos os casos o profissional médico deve ser comunicado do caso que chega na recepção, o mesmo informa o usuário que estava sendo atendido que tem um caso de extrema gravidade e necessita se retirar para atendimento	
04	Técnico / Auxiliar de enfermagem	Verificação de sinais vitais: PA +Peso +HGT +temperatura +FC +FR +oximetria +DOR+ acesso venoso+ oxigenoterapia se necessário.	- Deixar sempre organizada e atualizada mala de emergência.
05	Médico	Realizar primeiros atendimentos e prescrição verbal se caso grave	
06	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem	Realizar atendimento conforme prescrição do médico	
07	Médico	Realizar contato com SAMU 192 e repassar os dados clínicos, solicitando transporte e transferência para rede de urgência e emergência do município.	
08	Recepção	Em casos de necessidade de transporte (SAMU 192) a recepção entra em contato para passar dados de localização e do usuário captados no momento do acolhimento.	
09	Médico/Enfermeiro	Após necessidade de passagem dos dados clínicos pode-se solicitar ao profissional de atendimento que informe os próximos dados.	
10	Médico / Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Após a estabilização do paciente, deve-se evoluir em prontuário e imprimir folha de evolução para o (SAMU 192)	

11	ACS	Nos casos de usuário desacordado ou sem familiar, a equipe da UBS deve entrar em contato com a família para comunicar a transferência.	
12	Equipe multiprofissional	Quando casos de emergência/urgência ocorrerem em horários críticos (horário de almoço/ saída dos profissionais) todos envolvidos no atendimento e assistência do usuário devem permanecer até a chegada do transporte.	
13	Equipe multiprofissional	Devido em alguns momentos o (SAMU 192) relatar que não pode realizar o transporte deve-se evoluir em prontuário o fato e entrar em contato com os (Bombeiros 193).	
14	Equipe multiprofissional	Se por ventura nenhum dos transportes puderem atender à solicitação, evoluir em prontuário o porquê de negado e acionar o setor de Urgência/Emergência do município e solicitar ambulância municipal, nesta deve ir ao médico e/ou técnico/enfermeiro acompanhando o paciente. Levar a maleta de emergência da unidade.	Todos os envolvidos devem realizar o registro do atendimento no sistema celk.
15	Recepção	Ligar para pacientes agendados desmarcando as consultas e o motivo.	Se necessário.

4.6 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA – MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR - SISVAN



NORMAS

Coletar os marcadores de consumo alimentar do SISVAN conforme a idade do usuário, através do preenchimento da aba celk.

O consumo alimentar saudável é um dos determinantes do estado nutricional e relaciona-se à saúde em todas as fases do curso da vida. Assim, o monitoramento das práticas de consumo alimentar, como parte da VAN, colabora com o diagnóstico da situação alimentar e nutricional e, ao mesmo tempo, fornece subsídios para o planejamento e a organização do cuidado da população adstrita aos serviços de Atenção Básica.

Considerando que no país as situações de insegurança nutricional perpassam todas as fases da vida em diferentes magnitudes, recomenda-se a ampliação da cobertura da vigilância alimentar e nutricional para todos os grupos populacionais.

Fases do curso da vida em que são aplicados os Marcadores de Consumo Alimentar: TODAS (inclusive na gestação)

ROTINAS

Periodicidade: semestralmente até os doze meses e anualmente a partir dos doze meses.

Nas triagens pré-consultas

Através das visitas domiciliares do agente comunitário de saúde. Nos atendimentos multidisciplinares.

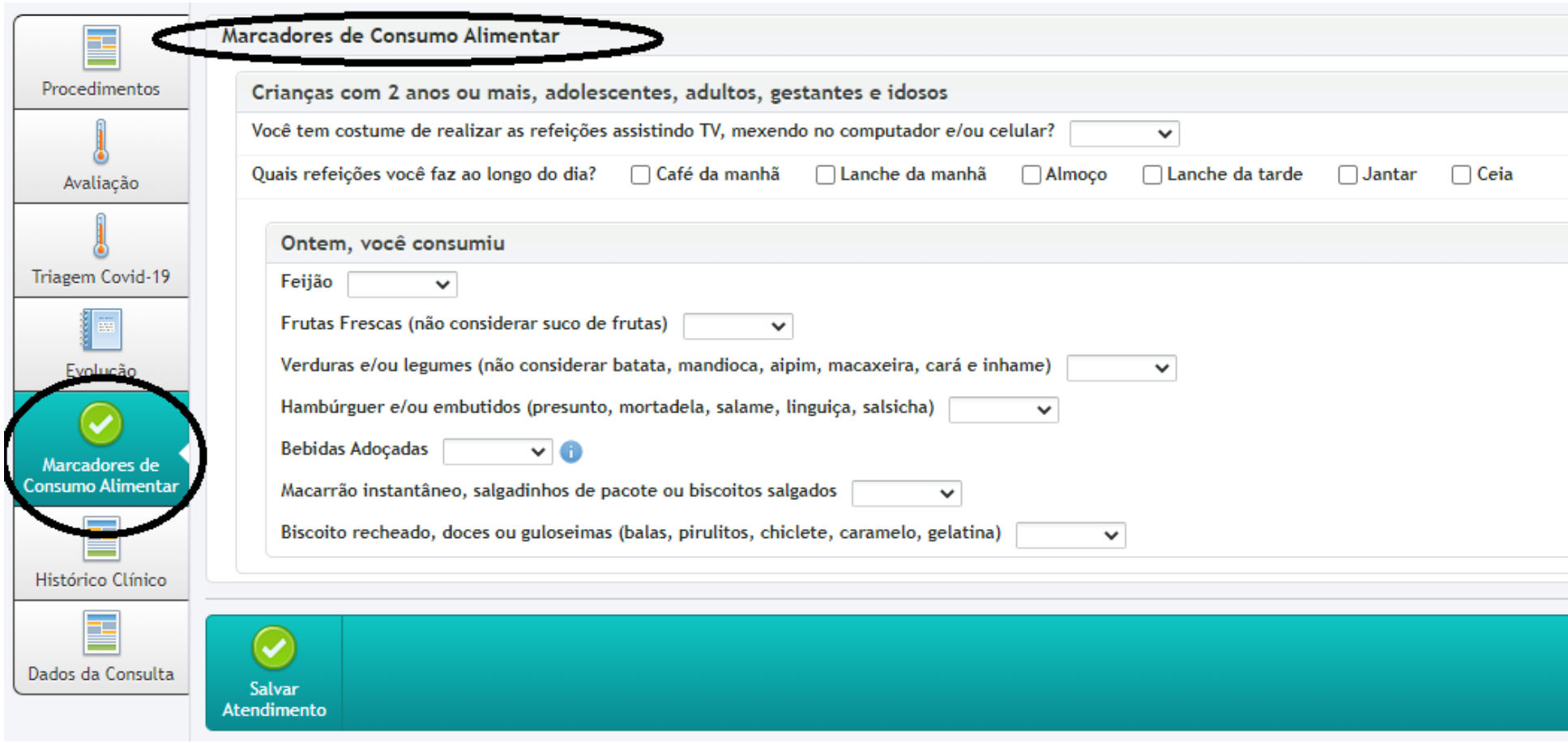
A responsabilidade dos marcadores de consumo é de toda equipe.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus

DATA: 13/09/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da	- Capacitar sua equipe sobre o funcionamento	- Pode e deve ser realizado em reunião

	UBS	relacionado aos marcadores de consumo alimentar do SISVAN semestralmente até os doze meses e anualmente a partir dos doze meses. - Propor em reunião de equipe estratégias para melhorar os marcadores de consumo alimentar sempre que necessário	deequipe. - Caso enfermeiro não souber, solicitar ao gerente distrital e/ou à coordenação de Alimentação e Nutrição da SMS para orientações. REFERÊNCIAS: BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Assunto: SISVAN. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_sistema_vigilancia_alimnetar.pdf https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Assunto: Marcador Alimentar. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf

02	Técnico de Enfermagem	Realizar na triagem pré-consulta o preenchimento da aba “MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR” conforme abaixo:	- Pode ser realizado pela equipe multi.
 Marcadores de Consumo Alimentar Crianças com 2 anos ou mais, adolescentes, adultos, gestantes e idosos Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular? Quais refeições você faz ao longo do dia? ☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia Ontem, você consumiu Feijão Frutas Frescas (não considerar suco de frutas) Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) Bebidas Adoçadas ⓘ Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) Salvar Atendimento			
03	ACS	Realizar na visita domiciliar o preenchimento da folha “MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR”	- Entregar para o técnico de enfermagem para preenchimento sistema celk.

 MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR		DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*:	CBO*:	Cód. CNES UNIDADE*:	Cód. EQUIPE (INE)*:	DATA*:
				/ /

Nº CARTÃO SUS: / /	
Nome do Cidadão*:	
Data de Nascimento*:	Sexo* ☐ Feminino ☐ Masculino Local de Atendimento*:

CRIANÇAS MENORES** DE 0 A 12 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:	
	Mingau	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Aguachê	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Leite de vaca	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Fórmula Infantil	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Suco de fruta	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Fruta	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
CRIANÇAS DE 1 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes ou mais ☐ Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes ou mais ☐ Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	☐ Em pedaços ☐ Amassada ☐ Passada na peneira ☐ Liquidificada ☐ No caldo ☐ Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:	
	Outro leite que não o leite do peito	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Mingau com leite	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/alpim/macaxeira, cará e inhame)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS** ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Verdura de folha (afreco, acelga, repolho)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Feijão	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Feijão	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, alpim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groseira, suco de fruta com adição de açúcar)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bolas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

CAPÍTULO 5 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE

5.1 AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM A COMUNIDADE



NORMAS

Cabe a equipe de saúde realizar de forma sistemática ações de educação em saúde com a comunidade por meio das mais diversas formas, por exemplo: estruturação e condução de grupos de saúde (preferencialmente não ser organizados por patologia, mas sim grupos terapêuticos), desenvolver o Programa Saúde na Escola (PSE), desenvolver ações de promoção da saúde, realizar ações em sala de espera, entre outros.

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário ou:

PSE conforme cronograma do MS

Site para orientações: <https://aps.saude.gov.br/ape/pse>

Tabagismo por demanda - Materiais de apoio:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Programa_nacional_de_controle_do_tabagismo.pdf

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Metodologia_do_tratamento_do_tabagismo_no_SUS.pdf

Outros de acordo com território (organização semanal, quinzenal ou mensal): grupo adolescente, gestante, idoso, homem, mulher, puericultura entre outros.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Larissa Alves

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas

01	Agentes de Saúde	Identificar e pontuar em reunião, no território, os grupos em situação de vulnerabilidade social e pessoal e coletando dados necessários para composição e/ou fortalecimento de cada grupo identificado.	
02	Enfermeiro	Realizar um cronograma das ações e atividades para os grupos identificados, as ações e serviços de saúde voltados para esses grupos são pautados pelos princípios éticos de beneficência, da não maleficência; com objetivos claros; início, meio e fim. Elencar o responsável pelo grupo.	
03	Responsável pelo grupo	Entrar em contato com setores responsáveis para reunião e discussão de datas e temas (PSE/Tabagismo) respeitando os códigos de ética das diferentes categorias profissionais priorizando sempre materiais disponibilizados pelo MS	
04	Responsável do grupo	Definir datas e temas e após comunicar gerência via e-mail institucional com cronograma de ações e responsável por cada ação (Gerente PSE/Gerente básica/Gerente Tabagismo)	
05	Gerente da UBS	Comunicar Conselho Local de Saúde e redes de comunicação	
06	Equipe Multiprofissional	Iniciar os grupos sempre respeitando articulações intra e intersetoriais, estabelecendo parcerias e corresponsabilidades para a condução e garantia de confidencialidade e sigilo ao usuário.	
07	Responsável pelo grupo	Descrever no sistema informatizado cada participante e ação realizada em cada grupo executado	

08	Responsável pelo grupo	Encaminhar para serviços de referência, os casos que necessitem de atendimento e investigação diagnóstica. Assim como a notificação de casos.	
09	Responsável pelo grupo	Finalizar grupo com avaliação das ações pelos participantes do grupo	
10	Gerente da UBS	Finalizar grupo com avaliação de ações com equipe de saúde da unidade e parcerias	

5.2 CAMPANHAS DE SAÚDE



NORMAS

As UBS devem cumprir um cronograma temático anual de ações referentes a campanhas de saúde. Para tanto precisam caracterizar as campanhas com destaque em espaços estratégicos de circulação de pessoas nas unidades.

ROTINAS

Periodicidade: Conforme cronograma abaixo:

Janeiro Branco - Saúde Mental

Fevereiro Roxo - Lúpus, Fibromialgia e Mal de Alzheimer

Fevereiro Laranja - Leucemia

Março Azul - Prevenção do Câncer Colorretal

Abril Verde - Conscientização sobre Segurança no Trabalho

Abril Azul - Autismo

Maiio Amarelo - Prevenção de Acidente no Trânsito

Junho Vermelho - Doação de Sangue

Julho Amarelo – Hepatites Virais

Agosto Dourado - Aleitamento Materno

Agosto Lilás - Combate a Violência contra Mulher

Setembro Amarelo - Prevenção ao Suicídio

Outubro Rosa – Saúde da Mulher

Novembro Azul – Saúde do Homem

Dezembro Vermelho – Conscientização e combate à AIDS

Campanhas de Vacinação - Conforme Calendário do Ministério da Saúde

ELABORAÇÃO: Enfermeira Larissa Alves

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Coordenação Distrital / Coordenação de Programas	Dispara para as unidades como será cada campanha e datas	
02	Gerente da UBS	Discutir em reunião de equipe como as ações serão realizadas	Definir prazos, responsabilidades e etc.
03	Equipe multiprofissional	Realiza as ações	
04	Equipe multiprofissional / Conselho Local	Avalia as ações	
05	Responsável pela Ação	Toda a informação que gerou a ação deve ser colocada no sistema de informatização do município.	

CAPÍTULO 6 – PROCEDIMENTOS E ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE

6.1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SALA DE VACINA

	NORMAS Realizar atividades de imunização de acordo com o Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação do Ministério da Saúde. Setor de Imunização Telefone: (48) 3445-8774 Endereço de e-mail: imunizacao.ve@criciuma.sc.gov.br ROTINAS Periodicidade: Diariamente. ELABORAÇÃO: Enfermeira Francielle Lazzarin de Freitas Gava DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar sua equipe sobre como funciona a organização e funcionamento da sala de vacina.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe. REFERÊNCIAS: SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÃO. RDC Anvisa Nº 197 — 26 de dezembro de 2017. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento dos serviços de vacinação humana. 06 de mar. 2018.

			Disponível em: https://sbim.org.br/legislacao/867-rdc-anvisa-n-197-26-de-dezembro-de-2017 Acesso em: 24 jul. 2021. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Assunto: VACINAÇÃO. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf Acesso em: 24 jul. 2021.
02	Coordenação de Imunização	de	Em relação ao ambiente e às instalações: - Sala com área mínima de 6 m². Contudo, recomenda-se uma área média a partir de 9 m² para a adequada disposição dos equipamentos e dos mobiliários e o fluxo de movimentação em condições ideais para a realização das atividades. - Piso e paredes lisos, contínuos (sem frestas) e laváveis. - Portas e janelas pintadas com tinta lavável. - Portas de entrada e saída independentes, quando possível. - Teto com acabamento resistente à lavagem. - Bancada feita de material não poroso para o preparo dos insumos durante os procedimentos. - Pia para a lavagem dos materiais. - Pia específica para uso dos profissionais na higienização

		das mãos antes e depois do atendimento ao usuário. - Nível de iluminação (natural e artificial), temperatura, umidade e ventilação natural em condições adequadas para o desempenho das atividades. - Tomada exclusiva para cada equipamento elétrico. - Equipamentos de refrigeração utilizados exclusivamente para conservação de vacinas, soros e imunoglobulinas, conforme as normas do PNI nas três esferas de gestão. - Equipamentos de refrigeração protegidos da incidência de luz solar direta. - Sala de vacinação mantida em condições de higiene e limpeza.	
03	Coordenação de Imunização	Em relação estruturação da sala de vacinação: - equipamentos de refrigeração utilizados exclusivamente para a conservação de imunobiológicos conforme as normas do PNI; - equipamentos de informática para o sistema de informação; - mesa tipo escrivaninha com gavetas; - cadeiras laváveis (duas, no mínimo); - cadeira giratória preferencialmente com braços; - armário com porta para a guarda de material; - fichário ou arquivo; - biombo para delimitar a área de administração do imunobiológico; - maca fixa para a administração dos imunobiológicos;	O aparelho de refrigeração de vacinas utilizado nas salas de vacinação do município atualmente é do tipo câmara fria, ou seja, na falta de energia o aparelho tem bateria própria para manter-se em funcionamento por até 48 horas. Além disso, possui dispositivo de chamada no celular cadastrado na máquina que avisará o servidor responsável pela sala de vacina. Caso seja necessário remanejamento das doses no horário de funcionamento da UBS, comunicar o setor de imunização do município através do telefone 3445-8774 . Após horário de expediente comunicar o sobreaviso através do telefone 991654923

		- depósitos com tampa e pedal para o lixo comum; - suporte de depósito para lixo perfuro cortante.	
04	Coordenação de Imunização	Em relação aos insumos básicos da sala de vacinação: - Caixa coletora de material perfurocortante com suporte. - Dispensador para sabão líquido. - Dispensador para papel-toalha. - Instrumentos de medição de temperatura para os equipamentos de refrigeração e as caixas térmicas. - Bandeja de aço inoxidável. - Tesoura reta com ponta romba. - Pinça “dente de rato”. - Termômetro clínico para mensuração da temperatura corporal, quando necessário. - Recipientes (perfurados ou não) para a organização dos imunobiológicos dentro do equipamento de refrigeração. - Bobinas reutilizáveis para a conservação dos imunobiológicos em caixas térmicas. - Algodão hidrófilo. - Recipiente para o algodão. - Fita adesiva (com largura de 5 cm). - 3 caixas térmicas de poliuretano com capacidade mínima de 12 litros para as atividades diárias da sala de vacinação e as ações extramuros, de intensificação, campanha e bloqueio. - Seringas e agulhas com as seguintes especificações: - Seringas de plástico descartáveis (de 0,5 mL, 1,0 mL, 3,0	

		mL e 5,0 mL); - Agulhas descartáveis: › para uso intradérmico: 13 x 3,8 dec/mm; › para uso subcutâneo: 13 x 3,8 dec/mm e 13 x 4,5 dec/mm; › para uso intramuscular: 20 x 5,5 dec/mm; 25 x 6,0 dec/mm; 25 x 7,0 dec/mm; 25 x 8,0 dec/mm e 30 x 7,0 dec/mm; › para diluição: 25 x 8,0 dec/mm e 30 x 8,0 dec/mm. - Recipiente plástico para ser colocado dentro da caixa térmica, com o objetivo de separar e proteger os frascos de vacina abertos e em uso. - Papel-toalha. - Sabão líquido. - Materiais de escritório: lápis, caneta, borracha, grampeador, perfurador, extrator de grampos, carimbos, almofadas e outros. - Impressos e manuais técnicos e operacionais, a exemplo de: - formulários para registro da vacina administrada: cartão ou caderneta da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, da gestante, entre outros; - boletins, mapas, formulários e fichas diversas para: › registro diário da vacina administrada e consolidação mensal dos dados, conforme padronização adotada pelo	

		PNI; › mapa de registro diário da temperatura do equipamento de refrigeração; › notificação e investigação dos eventos adversos pós-vacinação. - Outros impressos: pareceres técnicos, notas técnicas, informes técnicos e legislações atualizadas referentes ao PNI. - Manuais técnicos e operacionais: - Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação; - Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV); - Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE); - Manual de Rede de Frio; - Guia de Vigilância Epidemiológica.	
05	Enfermeiro ou técnico de enfermagem com suas competências atribuídas a sala de vacinação	Abastecimento da Sala de Vacinação: Solicitação imunobiológicos e insumos de rotina para sala de vacina devem ser realizados através do SIES Solicitação de imunobiológico especial: Orientar usuário para solicitação de requisição de imunobiológico especial ao profissional médico de acordo com as orientações contidas no Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). Ao receber o impresso devidamente assinado e carimbado, o vacinador deve encaminhar ao setor de	Na indisponibilidade do sistema solicitar através do email imunizacao.ve@criciuma.sc.gov.br

		imunização municipal que dará os encaminhamentos junto à SES.	
06	Enfermeiro ou técnico de enfermagem com suas competências atribuídas a sala de vacinação	Recebimento de material: Conferir quantidade, tipo e lote de cada imunobiológicos e insumo, só após assinar nota que o motorista levará segunda via. Os imunobiológicos devem ser acondicionados no equipamento de refrigeração , observando a temperatura adequada. Em seguida proceder com a entrada e baixa da nota no sistema informatizado.	Para solicitação de senha SIES/SiPNI: cada vacinador deve ter seu login nos sistemas. Caso o mesmo não tenha, deve solicitar formulário à coordenação de imunização. Após preenchimento encaminhar para a vigilância que dará seguimento junto a SES.
07	Enfermeiro ou técnico de enfermagem com suas competências atribuídas a sala de vacinação	Início do trabalho diário: Antes de dar início à atividade de vacinação propriamente dita, a equipe deve adotar os seguintes procedimentos: - Verificar se a sala está limpa e em ordem. - Verificar a temperatura do(s) equipamento(s) de refrigeração, registrando-a no mapa de registro diário de temperatura. - Verificar ou ligar o sistema de ar-condicionado. - Higienizar as mãos, - Organizar a caixa térmica de uso diário. - Separar os cartões de controle dos indivíduos com vacinação agendada para o dia de trabalho - Retirar do equipamento de refrigeração as vacinas e separar os diluentes correspondentes na quantidade necessária ao consumo na jornada de trabalho,	

		considerando os agendamentos previstos para o dia e a demanda espontânea. - Organizar vacinas e diluentes na caixa térmica, já com a temperatura recomendada. - Atentar para o prazo de utilização após a abertura do frasco para as apresentações em multidose.	
08	Enfermeiro ou técnico de enfermagem com suas competências atribuídas a sala de vacinação	Procedimentos anteriores à administração do imunobiológico: - Se o usuário está comparecendo à sala de vacinação pela primeira vez, abra os documentos padronizados do registro pessoal de vacinação (cartão ou caderneta de vacinação ou mesmo cartão-controle) ou cadastre o usuário no SI-PNI ou sistema de registro adotado pela rede municipal (sistema CELK Saúde) - No caso de retorno, avalie o histórico de vacinação do usuário, identificando quais vacinas devem ser administradas. - Obtenha informações sobre o estado de saúde do usuário, avaliando as indicações e as possíveis contraindicações à administração dos imunobiológicos, - Oriente o usuário sobre a importância da vacinação e da conclusão do esquema básico de acordo com o grupo-alvo ao qual o usuário pertence e conforme o calendário de vacinação vigente. - Faça o registro do imunobiológico a ser administrado no espaço reservado nos respectivos documentos destinados à coleta de informações de doses aplicadas. O	

		município utiliza sistema informatizado de registro de doses. - Na caderneta de vacinação, date e anote no espaço indicado: a dose (nome da vacina), o lote, nome do fabricante, a data da aplicação, a unidade de saúde onde a vacina foi administrada e o nome legível do vacinador - O aprazamento deve ser calculado ou obtido no SI-PNI e a data deve ser registrada com lápis na caderneta de saúde, no cartão de vacinação e no cartão-controle do indivíduo.	
09	Enfermeiro ou técnico de enfermagem com suas competências atribuídas a sala de vacinação	Administração dos imunobiológicos: - Verifique qual imunobiológico deve ser administrado, conforme indicado no documento pessoal de registro da vacinação (cartão ou caderneta) ou conforme indicação médica. - Higienize as mãos antes e após o procedimento. - Examine o produto, observando a aparência da solução, o estado da embalagem, o número do lote e o prazo de validade. Observe a via de administração e a dosagem. - Prepare o imunobiológico conforme orientação dada no Manual de Vacinação, na descrição dos procedimentos específicos relativos a cada imunobiológico. - Administre o imunobiológico segundo a técnica específica, conforme orientação dada no Manual de Vacinação, que trata da descrição dos procedimentos específicos relativos a cada imunobiológico. - Observe a ocorrência de eventos adversos pós-	

		vacinação, conforme orientação dada no Manual de vacinação, e quando necessário proceder com a notificação através da ficha de EAPV (Eventos adversos pós-vacinal) - Despreze o material utilizado na caixa coletora de material perfurocortante	
10	Enfermeiro ou técnico de enfermagem com suas competências atribuídas a sala de vacinação	Encerramento do trabalho diário: - Confira no boletim diário as doses de vacinas administradas no dia. - Retire as vacinas da caixa térmica de uso diário, identificando nos frascos multidoses a quantidade de doses que podem ser utilizadas no dia seguinte, observando o prazo de validade após a abertura e guardando-os no refrigerador, conforme orientação do Manual de vacinação - Retire as bobinas reutilizáveis da caixa térmica, proceda à sua limpeza e acondicione-as no evaporador do equipamento de refrigeração ou no freezer. - Despreze os frascos de vacinas multidoses que ultrapassaram o prazo de validade após a sua abertura, bem como os frascos com rótulo danificado - Registre o número de doses desprezadas no formulário padronizado de registro (físico ou informatizado) para subsidiar a avaliação do movimento e das perdas de imunobiológicos. - Verifique e anote a temperatura do equipamento de refrigeração no(s) respectivo(s) mapa(s) de controle	

		diário de temperatura, conforme orientação dada no Manual de vacinação - Proceda à limpeza da caixa térmica, deixando-a seca. - Verifique a lista de faltosos, ou seja, de pessoas agendadas para vacinação que não compareceram à unidade de saúde, para busca ativa no dia seguinte - Certifique-se de que os equipamentos de refrigeração estão funcionando devidamente. - Desligue os condicionadores de ar se julga necessário, avaliar a temperatura ambiente - Deixe a sala limpa e em ordem	
11	Enfermeiro ou técnico de enfermagem com suas competências atribuídas a sala de vacinação Esta ação deve ser supervisionada pelo enfermeiro	Encerramento do trabalho mensal: - Deve ocorrer todo último dia útil de cada mês - Consolidar as doses registradas no boletim diário, transferindo os dados para o boletim mensal de doses aplicadas. - Avaliar e calcular o percentual de utilização e perda (física e técnica) de imunobiológicos. - Monitorar as atividades de vacinação (taxa de abandono, cobertura vacinal, eventos adversos, inconsistência e/ou erros de registros no sistema, entre outras atividades). - Revisar o arquivo (gerar arquivo online) com informação individual de vacinados para estabelecer ações de busca ativa de faltosos.	O sistema de registro de doses municipal permite gerar relatórios seguindo os seguintes passos: Acesse a plataforma https://criciuma.celk.com.br/login Na barra de ferramentas: Item Vacinas - Lançamento: ›Boletim diário de Doses Aplicadas /Insumos Utilizados ›Caderneta de Vacinação ›Movimentação de Vacinas - PNI: ›Confirmação de Movimentação de Vacinas -

			Relatórios: › Calendário de Vacinação › Relação das Vacinas Aplicadas › Relação das Vacinas Aprazadas › Relatório de Estoque das Vacinas Para programação de público alvo de campanhas pode-se gerar relatórios: Na barra de ferramentas: - Unidade de saúde › e-SUS › Relação das famílias › Preencha estabelecimento desejado › Preencha área desejada selecione › Condição/situações saúde › terá opção de selecionar sexo e/ou faixa etária › gerar relatório
12	Higienizador Esta ação deve ser supervisionada por um técnico vacinador	Limpeza da sala de vacinação: A limpeza concorrente da sala de vacinação deve ser realizada pelo menos duas vezes ao dia em horários preestabelecidos ou sempre que ela for necessária. A limpeza terminal inclui todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas da sala e dos equipamentos; e deve ser realizada a cada 15 dias,	

	contemplando a limpeza de piso, teto, paredes, portas e janelas, mobiliário, luminárias, lâmpadas, filtros de condicionadores de ar, e equipamento de refrigeração.	

6.2 SALA DE COLETA DE EXAMES



NORMAS

A organização do fluxo dos exames de laboratório na Unidade de Saúde deve ser idealizada respeitando características da UBS e equação dos funcionários.

A dinâmica da rotina deve ser sistematizada para manutenção da qualidade do material biológico e integridade do usuário.

Em alguns casos a coleta pode ser domiciliar, observando os cuidados com transporte de material biológico.

ROTINAS

Periodicidade: Diariamente.

Quando solicitado por algum Setor.

Laboratório Municipal

Telefone: (48) 3430-0933

Endereço de e-mail: laboratorio@criciuma.sc.gov.br

ELABORAÇÃO: Enfermeira Gabriele de Carvalho

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar sua equipe quanto as coletas de exames. Fluxo e organização de salas e rotinas.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe.

02	Equipe de Enfermagem	Preparar a sala que será usada, no final do dia anterior ao da coleta, organizando e abastecendo de materiais necessários, o que deverá ser feito pela equipe de enfermagem	
03	Recepção	Em todo e qualquer procedimento devem ser realizados acolhimento, orientação, educação em saúde, visando esclarecer o procedimento e toda e qualquer dúvida do usuário atendido. Colocar paciente em espera de atendimento em sistema informatizado. Para a coleta sugere-se solicitar ao usuário documento identificatório com foto	
04	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/ Gerente da UBS	Preparar material para coleta: Cadeira, Garrote; Agulha para coleta a vácuo; Adaptador para coleta a vácuo; Etiqueta para identificação, tubos para coleta de exames, Braçadeira, Papel toalha, Grade para suporte dos tubos, Gelo reciclável (tipo gelox), Caixa isotérmica para transporte de material biológico, Impressos para registro, Luvas para procedimentos, Coletor Universal, Caixa de descarte para material perfurocortante, lixeira identificada, Sacos de lixo branco, Geladeira se disponível específica para material biológico.	
05	Equipe de enfermagem	Coletar exame conforme POP. Macas e braçadeiras devem ser mantidas limpas (água e sabão). Caso ocorra contaminação com material biológico, deve-se providenciar sua imediata descontaminação (desinfecção com hipoclorito a 1%) em seguida limpar com água e sabão	

06	Equipe de enfermagem	Confere todos os dados do material coletado com o paciente Nome, data de nascimento, local de coleta.	
07	Equipe de enfermagem	Realizar o descarte de material perfurocortante, respeitando as normas de biossegurança	
08	Equipe de enfermagem	Acondicionar em recipiente térmico identificado como amostra biológica seguindo orientações do POP. A maioria dos materiais biológicos deve ser conservada em refrigeração. As amostras devem ser protegidas da exposição da luz solar, quando a técnica assim exigir, por exemplo, na determinação de bilirrubinas.	
09	Equipe de enfermagem	Entrar em contato com o motorista para transporte da amostra	
10	Equipe de enfermagem	Evolui em prontuário eletrônico. Não esquecer de anotar: exames não realizados, realizados de forma indevida	
11	Equipe de enfermagem	Afixar em local de fácil acesso aos funcionários, as normatizações de encaminhamento às unidades de referência, em caso de acidente biológico	
12	Equipe de enfermagem	Checar o recebimento do local que solicitou a coleta de amostra.	
13	Equipe de enfermagem	Realizar no expurgo a lavagem diária das caixas de isopor utilizadas e deixá-las para secagem	
14	Higienizador	Realização da limpeza terminal após coleta.	

6.3 SALA DE MEDICAÇÃO E INJETÁVEIS

	NORMAS A organização adequada do setor de medicação visa a realização dos procedimentos com efetividade e segurança, de forma a garantir a qualidade e a continuidade do tratamento prescrito. ROTINAS Periodicidade: Diariamente. ELABORAÇÃO: Enfermeira Gabriele de Carvalho DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro	Capacitar a equipe de enfermagem quanto à realização, organização e manutenção da sala de medicações e injetáveis.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe.
02	Enfermeiro	Definir um profissional responsável pela manutenção, organização e controle da sala de medicação e injetáveis.	Verificar validade, organização, solicitar insumos sempre que necessário. Organizar a maleta de emergência etc.
03	Equipe multiprofissional	Em todo e qualquer procedimento devem ser realizados acolhimento, orientação, educação em saúde, visando esclarecer o procedimento e toda e qualquer dúvida do usuário atendido.	
04	Equipe de enfermagem	Medicamentos: Acondicionar de forma a facilitar sua utilização e checagem.	
05	Equipe de enfermagem	Seringas: Acondicionar por tamanho (local identificado de fácil acesso aos profissionais).	

06	Equipe de enfermagem	Agulhas: Acondicionar por tamanho (local identificado de fácil acesso aos profissionais).	
07	Equipe de enfermagem	Escalpes: Acondicionar por tamanho (local identificado de fácil acesso aos profissionais).	
08	Equipe de enfermagem	Algodão: Sempre protegido.	
09	Equipe de enfermagem	Álcool a 70%: Em almotolias identificadas com nome do produto data do envase e data de fabricação e validade da embalagem original.	
10	Equipe de enfermagem	Garrote (tubo de látex): Desinfecção após uso; acondicionar em local seco longe do calor	
11	Equipe de enfermagem	Cuba rim: Desinfecção a cada procedimento; esterilização se necessário.	
12	Equipe de enfermagem	Equipo (macro e microgotas): Acondicionar em local seco, longe do calor.	
13	Equipe de enfermagem	Suporte de soro: Limpeza e desinfecção.	
14	Equipe de enfermagem	Braçadeira: Proteger a cada uso; limpeza.	
15	Equipe de enfermagem	Sabão líquido: De fácil acesso para lavagem das mãos.	
16	Equipe de enfermagem	Esparadrapo/micropore: Acondicionar em local seco longe do calor.	
17	Equipe de enfermagem	Caixa para descarte de material perfurocortante.	
18	Equipe de enfermagem	Maca: Troca de lençol descartável a cada usuário e limpeza com álcool 70%.	
19	Equipe de enfermagem	Escada 02 degraus: Forrar para uso do usuário quando descalço.	
20	Equipe de enfermagem	Cilindro de oxigênio: Longe do alcance dos usuários; checagem do volume de conteúdo estabelecida pelo enfermeiro.	

21	Equipe de enfermagem	Caixa de emergência – ou carrinho: Com lacre; ser checada semanalmente dependendo da demanda da unidade, de responsabilidade da rotina estabelecida pelos enfermeiros com reposição imediata.	
22	Equipe de enfermagem	Aspirador: Desinfecção e manutenção semanal.	
23	Equipe de enfermagem	Tábua de RCP: Em local de fácil acesso - limpeza e manutenção mensal.	
24	Equipe de enfermagem	Esfigmomanômetro (Adulto, pediátrico e obeso): Acondicionado em local de acesso aos funcionários, longe de calor excessivo.	
25	Equipe de enfermagem	Estetoscópio adulto e infantil: Desinfecção após uso de cada usuário e manutenção rotineira; acondicionado em local de acesso aos funcionários, longe de calor excessivo.	
26	Equipe de enfermagem	Equipamentos/ materiais de emergência: Em local seguro de acesso aos profissionais. Desinfecção (se necessário) e manutenção rotineira, dependendo da característica da demanda da unidade. Caixa; Mochila; Maleta; Carro de emergência (lacre).	
27	Equipe de enfermagem	Biombo(s): Devem ter sua forração plástica ou descartável; Limpeza, desinfecção (se necessário) e manutenção rotineira.	
28	Equipe de enfermagem	Planilhas de produção de caderno de injetáveis: Local a ser indicado pelo enfermeiro – deverão ser preenchidos diariamente.	
29	Equipe de enfermagem	Maca e cadeira de rodas para obeso: Em local de fácil acesso - limpeza e manutenção rotineira dependendo da característica da demanda da unidade.	

6.4 SALA DE INALAÇÃO



NORMAS

Cabe a toda equipe primar pela manutenção e organização adequada da sala de inalação.

ROTINAS

Periodicidade

- Diariamente: organização e limpeza
- Semanal: conferência de materiais e registro para posterior pedido.
- Mensal: realizar os pedidos de reposição.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Gabriele de Carvalho

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro	Capacitar a equipe de enfermagem quanto à realização, organização e manutenção da sala de inalação (quando houver).	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe.
02	Enfermeiro	Definir um profissional responsável pela manutenção, organização e controle da sala de inalação (quando houver).	Verificar validade, organização, solicitar insumos sempre que necessário.
03	Equipe multiprofissional	Em todo e qualquer procedimento devem ser realizados acolhimento, orientação, educação em saúde, visando esclarecer o procedimento e toda e qualquer dúvida do usuário atendido. Iniciar atendimento na recepção	

		colocando o usuário pendente de procedimento de inalação no sistema informatizado.	
04	Técnico de enfermagem	Conferência do material: 1. Caixa plástica com tampa, devidamente identificada; 2. Conjuntos de inaladores processados suficientes para demanda da unidade; 3. Caixa plástica com tampa (não branca) para acondicionar conjuntos de inaladores para processamento de desinfecção; 4. Armário fechado com portas (laváveis); 5. Almotolia com álcool a 70%; 6. Sabão líquido; 7. Papel toalha; 9. Saco para acondicionamento dos kits de inalação.	
05	Técnico de Enfermagem/ Responsável capacitado	Solicitar a substituição dos conjuntos quando necessário. Solicitar a reposição de oxigênio junto à gerência da UBS, quando necessário.	
06	Técnico de Enfermagem	Checar o quantitativo de inaladores a processar e processados avaliando as condições dos conjuntos de inaladores (aparência – fosco/lascado/rachado - e funcionamento). Solicitar à farmácia reposição, colocando o material danificado limpo identificado com data de envio ao almoxarifado para substituição.	

6.5 SALA DE CURATIVOS



NORMAS

Cabe a toda equipe primar pela manutenção e organização adequada da sala de curativos.

ROTINAS

Periodicidade:

- Diariamente: organização e limpeza.
- Semanal: Conferência dos materiais.
- Mensal/quinzenal: pedidos de reposição.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Gabriele de Carvalho

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro	Capacitar a equipe de enfermagem quanto à realização, organização e manutenção da sala de curativos.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe.
02	Enfermeiro	Definir um profissional responsável (técnico de enfermagem) pela manutenção, organização e controle da sala de curativos.	Verificar validade, organização, solicitar insumos sempre que necessário. Organizar a maleta de emergência.
03	Equipe multiprofissional	Em todo e qualquer procedimento devem ser realizados acolhimento, orientação, educação em saúde, visando esclarecer o procedimento e toda e qualquer dúvida do usuário atendido. Iniciar atendimento na recepção colocando o usuário pendente de procedimento de inalação no sistema informatizado.	

04	Técnico de enfermagem	Preparar sala adequada: 1. Uma mesa tipo escrivaninha (com revestimento de material lavável); 2. Armário fechado ou gabinete com portas (laváveis); 3. Almotolia com álcool a 70% e outra com clorexidina aquosa 4. Papel toalha; 5. Maca; 6. Um carro para curativo em aço inoxidável; 7. Lixeira com tampa acionada por pedal; 8. Uma escada de dois degraus; 9. Sabão líquido; 10. Diferentes coberturas disponíveis.	
05	Enfermeiro	Realizar consulta de enfermagem: avaliação, classificação da ferida, prescrição de cobertura adequada e evolução. Encaminhar o usuário para avaliação médica (clínico) para determinar a etiologia da lesão ou em caso de intercorrências. Prescrever, quando indicado, as coberturas para curativo. Executar o curativo. Evoluir atendimento no sistema informatizado. Reavaliar periodicamente de acordo com o grau de complexidade e necessidade, ao menos uma vez a cada 30 dias. Capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem nos procedimentos de curativo. Fazer a previsão e controle de consumo das coberturas para realização dos curativos.	

		Solicitar avaliação do Ambulatório de feridas quando julgar necessário.	
06	Técnico de Enfermagem	Organizar e manter a sala de curativo em condições adequadas para o atendimento. Receber o usuário acomodando-o em posição confortável e que permita ao profissional boa visualização da lesão. Executar o curativo conforme prescrição do enfermeiro ou médico e sempre sob a supervisão do enfermeiro. Orientar o usuário quanto à data do retorno, cuidados específicos e gerais. Proceder à limpeza do instrumental se necessário. Fazer a desinfecção da superfície. Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser executado. No primeiro atendimento explicar ao usuário a técnica do curativo. Realizar anotação de enfermagem no sistema informatizado. Realizar anotação do material utilizado em prontuário.	
07	Equipe de Enfermagem	Higienização diária sempre que necessário, das bancadas e superfícies com água e sabão e desinfecção com álcool a 70%.	
08	Higienizador	Utilizar técnica estabelecida pela empresa contratada, sendo que a periodicidade deverá ser: - Limpeza Concorrente diária e quantas vezes ao dia for necessária. - Limpeza Terminal semanal ou diária se necessário.	

6.6 ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DA UNIDADE DE SAÚDE FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19.



NORMAS

A atenção básica possui papel estratégico no cuidado às pessoas, dessa forma devendo reorganizar os fluxos internos diante da pandemia do COVID-19.

Isso implica em organização de agenda para avaliação de sintomáticos respiratórios, oferta de testes rápidos para COVID-19 e organização do fluxo na circulação de pessoas com ou sem sintomas respiratórios.

Os profissionais devem sempre estar atualizados quanto às novas definições de casos suspeitos, confirmados e descartados, incluindo os critérios de isolamento.

Como a Pandemia COVID-19 é muito dinâmica, possuindo picos e alterações significativas conforme cenário nacional e local, é importante que o profissional se mantenha sempre atualizado e siga as orientações e fluxos vigentes que podem sofrer alterações sempre que necessário.

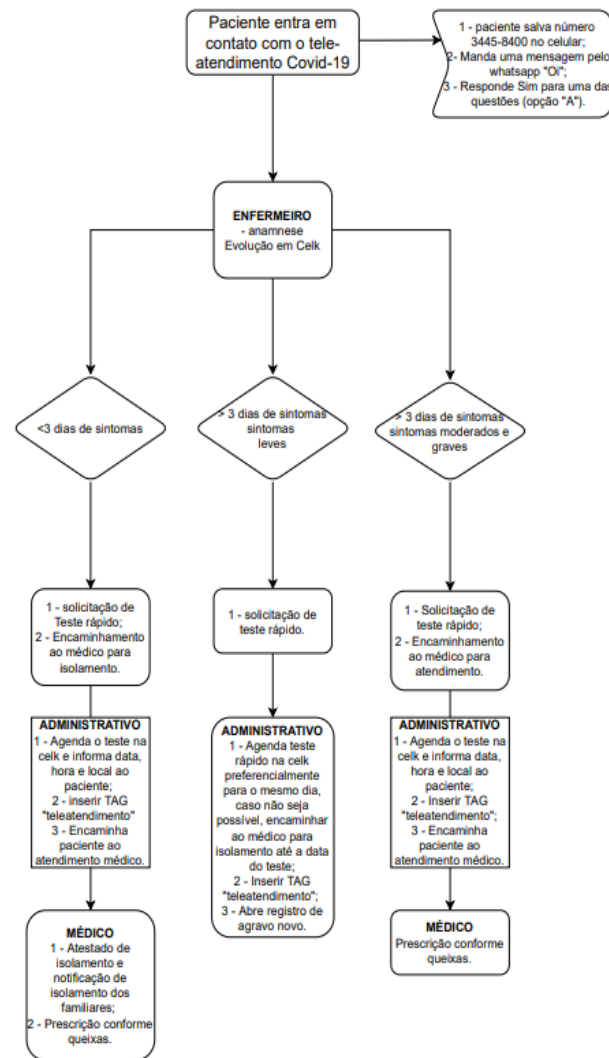
ROTINAS

Periodicidade: Diariamente.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Gabriele de Carvalho

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar sua equipe quanto à organização do fluxo da unidade de saúde frente à pandemia de covid-19. Seguir fluxo atual conforme abaixo:	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe. - Utilizar notas técnicas vigentes e atuais. REFERÊNCIA:



Engstrom E, et al. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. Observatório Covid-19 Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. 2020 Maio.

02	Gerente da UBS	Separar os fluxos de pessoas na unidade de saúde, organizando espaço de acolhimento e triagem específico para sintomáticos respiratórios. Evitar aglomeração e contato com outros pacientes sem sintomas respiratórios.	
03	Gerente da UBS	Os espaços de espera devem ser amplos, mantendo a distância entre os usuários de dois metros. Todos devem ser orientados a usar máscaras. Os pacientes suspeitos devem estar separados dos pacientes confirmados com Covid-19, evitando a transmissão no interior do serviço de saúde.	
04	Equipe multiprofissional	Atentar-se para os registros em saúde nos prontuários eletrônicos, de modo a permitir a geração de relatórios de informações e notificar os casos atendidos na unidade.	
05	Gerente da UBS	Divulgar as orientações sobre o funcionamento da unidade acerca do Covid-19 para os líderes locais da comunidade.	
06	Equipe de enfermagem	No atendimento ao paciente com sintomas respiratórios ou com suspeita de Covid-19, acolher e realizar avaliação clínica de sinais vitais, como frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial, aferição de temperatura (por termômetro de infravermelho) e saturação de O ₂ , evitando prolongamento de tempo desnecessário, diminuindo o tempo de exposição de contato físico do profissional com o paciente.	
07	Enfermeiro/Dentista/ profissional capacitado	Realizar testagem específica para Covid-19, com atenção para especificidade e sensibilidade de cada teste, atentando para as notas técnicas mais atualizadas do	RT-PCR: realizado do 3º ao 7º dia de sintoma.

		município sobre teste diagnóstico preferencial e quais critérios clínicos para solicitação.	Teste rápido antígeno: método diagnóstico preferencial, realizado do 2º ao 7º dia de sintoma. Teste rápido anticorpo: A partir do 10º dia de sintoma.
08	Equipe multiprofissional	Organizar atividades de teleatendimentos para acompanhamento de casos suspeitos ou confirmados de Covid-19 em tratamento domiciliar.	
09	Gerente da UBS	Garantir que todos os trabalhadores da unidade estejam utilizando equipamentos de proteção individual (EPIs) indicados de forma adequada, seguindo as normas técnicas.	
10	Higienizador	Realizar a limpeza e desinfecção das superfícies do consultório e de outros ambientes utilizados pelo paciente e de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência ao paciente.	
11	Gerência da UBS	O afastamento por sintomas respiratórios ou por confirmação de Covid-19 do servidor/funcionário público deve ser orientado pela gerência da UBS, articulando sobre as formas de testagem e isolamento.	
12	Equipe multiprofissional	Acolhimento de paciente com sintomas respiratórios, orientar a salvar o contato do telefone da prefeitura no aplicativo “WhatsApp”, dar oi para este contato e iniciar o atendimento. Paciente com solicitação de testes de Covid devem ser encaminhados para as unidades de	

		saúde de referência de acordo com organização da coordenação. É importante que a unidade avalie as condições de fazer o atendimento online dos usuários (pacientes idosos que não tem familiares para auxiliarem, pacientes com déficit cognitivo, estrangeiros com dificuldade de comunicação e etc.).	
13	Enfermeiro	Os enfermeiros (as) podem solicitar teste rápido antígeno, bem como RT-PCR conforme parecer da câmara técnica nº 018/2020/CTAS/COFEN;	

6.7 TESTES PARA DIAGNÓSTICO DE COVID-19.



NORMAS

Os testes de COVID realizados no município seguem critérios para notificação e utilização seguindo o Ministério da Saúde para casos suspeitos de COVID-19.

Atualmente estão disponíveis os testes: RT-PCR, teste rápido antígeno e teste rápido anticorpo (Igg e Igm).

Solicitação Kit TR Covid-19 antígeno e anticorpo: Laboratório Municipal.

Telefone: (48) 3430-0933

Endereço de e-mail: laboratorio@criciuma.sc.gov.br

Agendas teste antígeno:

CENTRO DE TRIAGEM

ESF / AB - TESTE RÁPIDO COVID-19 - ANTÍGENO

Segunda a domingo (manhã, tarde e noite).

SANTA LUZIA

Manhã: ESF / AB - TESTE RÁPIDO COVID-19 - ANTÍGENO (ODONTO)

Tarde: ESF / AB - TESTE RÁPIDO COVID-19 - ANTÍGENO

CSU

02 a 09/08 - ESF / AB - TESTE RÁPIDO COVID-19 - ANTÍGENO (ODONTO)

Manhã e tarde

A partir do dia 10/08: ESF / AB - TESTE RÁPIDO COVID-19 - ANTÍGENO (ODONTO)

Manhã e tarde

METROPOL

ESF / AB - TESTE RÁPIDO COVID-19 - ANTÍGENO (ODONTO) Manhã e tarde BOA VISTA - ESF / AB - TESTE RÁPIDO COVID-19 - ANTÍGENO Manhã e tarde QUARTA LINHA ESF / AB - TESTE RÁPIDO COVID-19 - ANTÍGENO Manhã e tarde ROTINAS Periodicidade: Sempre que necessário. ELABORAÇÃO: Enfermeira Gabriele de Carvalho DATA: 16/08/2021			
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar sua equipe quanto à realização de testes para diagnósticos de COVID-19.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe. - Utilizar notas técnicas vigentes e atuais. REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Versão preliminar.
02	Equipe multiprofissional	Orientar paciente com sintomas respiratórios a realizar teleatendimento conforme NR sobre organização do fluxo de atendimento de sintomáticos respiratórios, sendo	

		realizado o agendamento do teste através do aplicativo ou agenda celk.	
03	Enfermeiro	Os testes serão agendados pelos atendentes do aplicativo, no entanto a unidade de saúde deve possuir material para coleta de exame em caso de maior necessidade.	
04	Enfermeiro	Acondicionar os testes rápidos em ambiente arejado, fora de armários ou gavetas, em suas próprias caixas onde contém informação do lote, em temperatura de 8 a 30°C.	
05	Profissional capacitado	Realizar teste conforme critérios: Coleta de RT-PCR: Gestantes assintomáticas da 37ª a 38ª semana de gestação; pacientes entre 3º e 7º dia de sintomas. Coleta de teste antígeno: É o método preferencial de diagnóstico, sendo realizado nos pacientes entre 2º e 7º dia dos sintomas. Coleta de teste anticorpo: Pacientes a partir do 10º dia de sintoma.	
06	Profissional capacitado	Interpretar resultado e conduta conforme tabela 1.	
07	Profissional capacitado	Realizar registro no sistema CELK conforme figura 1, registrar resultado conforme figura 2 e realizar notificação no sistema E-SUS conforme figura 3. A notificação no	

sistema E-SUS pode ser realizada com o prazo de no máximo 24 horas.

Interpretação e conduta de resultados de teste de COVID-19.

TIPO DE TESTE	RESULTADO		INTERPRETAÇÃO	INDICAÇÃO DE AFASTAMENTO
RT-PCR	Não detectável		Amostra negativa para COVID-19.	Paciente pode retornar às atividades se melhora dos sintomas e não apresentar febre nas últimas 24 horas. Sem uso de antitérmico.
RT-PCR	Detectável		Amostra positiva para COVID-19.	Afastar por 10 dias a conta do início dos Sintomas.
TESTE RÁPIDO ANTÍGENO	Reagente		Se somente a linha C aparecer na região controle da membrana, a ausência da linha T indica um resultado não reagente.	Paciente pode retornar às atividades se melhora dos sintomas e não apresentar febre nas últimas 24 horas. Sem uso de antitérmico.
TESTE RÁPIDO ANTÍGENO	Reagente		Ambas as linhas C e T aparecem na região de controle e teste da membrana. Mesmo uma linha fraca ou linha teste não uniforme deve ser considerada, sendo o resultado considerado reagente	Afastar por 10 dias a partir do início dos sintomas.
TESTE RÁPIDO ANTICORPO	IgM negativo	IgG negativo	Período de janela imunológica.	Afastar por 10 dias a partir do início dos sintomas.
TESTE RÁPIDO ANTICORPO	IgM positivo	IgG negativo	Fase inicial da infecção.	Afastar por 10 dias a partir do início dos sintomas.
TESTE RÁPIDO ANTICORPO	IgM positivo	IgG positivo	Fase de recuperação.	Afastar por 10 dias a partir do início dos sintomas.
TESTE RÁPIDO ANTICORPO	IgM negativo	IgG positivo	Infecção passada – recuperado.	Afastar por 10 dias a partir do início dos sintomas.

Figura 1 – Registro no sistema CELK de procedimento de teste rápido antígeno ou anticorpo

Atendimento

GABRIELE DE CARVALHO | 24 anos e 11 meses
Vacina em dia: Sim

Atendimento: ESF/AB - CONSULTA ENFERMEIRO

Procedimentos

Procedimentos Comuns: TESTES RÁPIDOS

☐	Código	Procedimento
☐	48.19. . -	TESTE RÁPIDO COVID-19
☐	02.14.01.006-6	TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ
☐	02.14.01.007-8	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C
☐	02.14.01.004-0	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO
☐	02.14.01.010-4	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HBV
☐	02.14.01.005-8	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV
☐	45.98. . -	TESTE RÁPIDO PARA DOSAGEM DE PROTEINÚRIA

Adicionar

[+] Procedimentos Individuais

Código	Procedimento	C.I.D.	Quantidade

Windows taskbar: 19:14, 27/07/2021

Figura 2 – Registro de resultado no sistema CELK

WhatsApp | Email – Gabriele de Carvalho | Atendimento | Nova guia | Email – gerente.mineiranova |

criciuma.celk.com.br/atendimento/prontuario/defaultProntuario?13&empParam=156

gov.br

UNIDADE BASICA DE SAUDE CIDADE MINEIRA... | GABRIELE DE CARVALHO... | Sair

Último acesso 27/07/2021 - 10:38 BRT | 07/2021 | 3.1.94.2

Agenda | Comunicação | Geral | **Materials** | Unidade Saúde | Vacinas | Vigilância

Atendimento

GABRIELE DE CARVALHO | 24 anos e 11 meses |
Vacina em dia: Sim

Profissional: GABRIELE DE CARVALHO - COBEN: 607544 | Atendimento: ESF/AB - CONSULTA ENFERMEIRO

Histórico Clínico | Consulta de Enfermagem | Triagem Covid-19 | **Teste Rápido**

Teste Rápido

Tipo de Teste

Fabricante

Data dos Primeiros Sintomas

Nome do conjunto diagnóstico

Método

Selecione um Tipo de Exame

Tipo de Teste

Nome do conjunto diagnóstico

Data dos Primeiros Sintomas

Voltar

Salvar

Windows | 19:57 | POR | PTB2 | 27/07/2021

The screenshot displays the E-SUS system interface. A modal dialog titled "Informar Resultado" is open, allowing the user to record the result of a COVID-19 test. The dialog contains the following fields:

- Tipo de Exame:** A dropdown menu with "COVID-19" selected.
- Resultado:** A dropdown menu with a downward arrow.
- Lote:** A text input field.
- Validade:** A date selection field.
- Descrição:** A large text area for additional notes.
- Buttons:** "Confirmar" (green) and "Cancelar" (orange) buttons at the bottom.

In the background, the main interface shows the patient profile for "GABRIELE DE CARVALHO | 24 anos e 11 meses" and the "Teste Rápido" section. A red box highlights the "Exames Pendentes" area, which includes a red prohibition icon. Another red box highlights the "Confirmar" button in the dialog. The system header shows the user is logged in as "GABRIELE DE CARVALHO..." and the date is 27/07/2021.

Figura 3 – Registro de notificação no sistema E-SUS

The screenshot shows the e-SUS Notificações web application. The browser's address bar displays `notifica.saude.gov.br/notificacoes`. The left sidebar contains the following elements:

- Autocadastro**: CNES 2703789, O98.807.729-97, Criciúma, Santa Catarina.
- ESTABELECIMENTO**:
 - Notificações
 - Meus Dados
 - Sair com segurança

The main content area is titled **Formulários** and includes a search bar labeled "Pesquisar". Below the search bar is a table with the following data:

Formulário	Descrição
Coronavírus	COVID19

In the right-hand column of the table, for the "Coronavírus" row, there is a blue plus icon and a blue eye icon. These two icons are enclosed in a red rectangular box. At the bottom of the page, the taskbar shows the Windows Start button, search icon, and several application icons. The system tray on the right indicates the date and time as "20:03 27/07/2021". Logos for "SVS", "DATASUS", and "PÁTRIA AMADA BRASIL" are visible at the bottom of the application interface.

WhatsApp x Email - Gabriele de C... x esus - Resultados da b... x e-SUS Notifica x Nova guia x Email - gerente.mine... x

notifica.saude.gov.br/notificacoes/form-notificacao

Apps Prefeitura de Crici... Procedimentos de... 30083351-2020-ori... Procedimento Técni... Todos os Cheats, C... TSR - Artists / Featu... Microsoft Word - E... » Lista de leitura

e-SUS Notifica
Versão 2.31.139

← Registrar Notificação

Gabriele de Carval...
Autocadastro

CNES 2702709
098.807729-97
Criciúma, Santa Catarina

ESTABELECIMENTO

Notificações

Meus Dados

Sair com segurança

Tem CPF?

☐ Sim ☐ Não

É profissional de saúde?

☐ Sim ☐ Não

Profissional de Segurança

☐ Sim ☐ Não

CPF

CBO

Nome Completo

Data de Nascimento

SUS
Secretaria de
Vigilância em Saúde

DATASUS
Sistema de Informação de Vigilância em Saúde

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

PÁTRIA AMADA
BRASIL

POR 20:05
PTB2 27/07/2021

WhatsApp | Email - Gabriele de C... | e-SUS - Resultados da b... | e-SUS Notifica | Nova guia | Email - gerente.mineir... | +

notifica.saude.gov.br/notificacoes/form-notificacao

Apps | Prefeitura de Criciú... | Procedimentos de... | 30083351-2020-ori... | Procedimento Técni... | Todos os Cheats, C... | TSR - Artists / Featu... | Microsoft Word - E... | Lista de leitura

e-SUS Notifica
Versão 2.31.139

← Registrar Notificação

Gabriele de Carval...
Autocadastro

CNES 2702789
098.807.729-97
Criciúma, Santa Catarina

ESTABELECIMENTO

Notificações

Meus Dados

Sair com segurança

Sexo

☐ Masculino

☐ Feminino

Raça/Cor

☐ Branca

☐ Preta

☐ Parda

☐ Amarela

☐ Indígena

☐ Ignorado

Comunidade/Povo Tradicional?

☐ Sim ☐ Não

CEP

SUS Secretaria de Vigilância em Saúde

DATASUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PÁTRIA AMADA BRASIL

Windows | Search | Taskbar icons | System tray: Network, Volume, Date/Time (20:06, 27/07/2021), Notifications

WhatsApp x Email – Gabriele de C... x esus - Resultados da b... x e-SUS Notifica x Nova guia x Email – gerente.mineir... x +

notifica.saude.gov.br/notificacoes/form-notificacao

Apps Prefeitura de Criciú... Procedimentos de... 30083351-2020-ori... Procedimento Técni... Todos os Cheats, C... TSR - Artists / Featu... Microsoft Word - E... » Lista de leitura

e-SUS Notifica
Versão 2.31.139

← Registrar Notificação

Gabriele de Carval...
Autocadastro

CNES 2702789
098.807.729-97
Criciúma, Santa Catarina

ESTABELECIMENTO

Notificações

Meus Dados

Sair com segurança

Logradouro

Número (ou SN para Sem Número)

Complemento

Bairro

Estado de Residência

Município de Residência

Telefone Celular

Telefone de Contato

SUS
Secretaria de
Vigilância em Saúde

DATASUS
DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

PÁTRIA AMADA
BRASIL

Windows taskbar icons: Windows, Search, Task View, File Explorer, Edge, Chrome, Word.

System tray: Network, Volume, Date/Time (POR PTB2 27/07/2021 20:06), Notification Area.

WhatsApp x Email – Gabriele de C... x esus - Resultados da b... x e-SUS Notifica x Nova guia x Email – gerente.mineir... x +

notifica.saude.gov.br/notificacoes/form-notificacao

Apps Prefeitura de Criciú... Procedimentos de... 30083351-2020-ori... Procedimento Técni... Todos os Cheats, C... TSR - Artists / Featu... Microsoft Word - E... Lista de leitura

e-SUS Notifica
Versão 2.31.139

Registrar Notificação

Gabriele de Carval...
Autocadastro

CNES 2702789
098.807729-97
Criciúma, Santa Catarina

ESTABELECIMENTO

Notificações

Meus Dados

Sair com segurança

Data da Notificação

Campo obrigatório

Sintomas

☐ Dor de Garganta

☐ Dispneia

☐ Febre

☐ Tosse

☐ Outros

☐ Dor de Cabeça

☐ Distúrbios Gustativos

☐ Distúrbios Olfativos

☐ Coriza

☐ Assintomático

Data do início dos sintomas

SUS
Secretaria de
Vigilância em Saúde

DATASUS
SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

PÁTRIA AMADA
BRASIL

Windows taskbar: Windows logo, Search, Task View, File Explorer, Edge, Chrome, Word

System tray: Network, Volume, Bluetooth, Date/Time: POR 20:08 PTB2 27/07/2021

WhatsApp x Email – Gabriele de C... x esus - Resultados da b... x e-SUS Notifica x Nova guia x Email – gerente.mineir... x

notifica.saude.gov.br/notificacoes/form-notificacao

Apps Prefeitura de Criciú... Procedimentos de... 30083351-2020-ori... Procedimento Técni... Todos os Cheats, C... TSR - Artists / Featu... Microsoft Word - E... Lista de leitura

e-SUS Notifica
Versão 2.31.139

Registrar Notificação

Gabriele de Carval...
Autocadastro

CNES 2702789
098.807729-97
Criciúma, Santa Catarina

ESTABELECIMENTO

Notificações

Meus Dados

Sair com segurança

Condições

- ☐ Doenças respiratórias crônicas descompensadas
- ☐ Doenças cardíacas crônicas
- ☐ Diabetes
- ☐ Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 ou 5)
- ☐ Imunossupressão
- ☐ Gestante
- ☐ Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade i...
- ☐ Puérpera (até 45 dias do parto)
- ☐ Obesidade

Estado do Teste

- ☐ Solicitado
- ☐ Coletado
- ☐ Concluído
- ☐ Exame Não Solicitado

SVS
Secretaria de
Vigilância em Saúde

DATASUS
Sistema de Informação de Agravos de Notificação

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PÁTRIA AMADA
BRASIL

Windows taskbar icons: Windows, Search, Task View, File Explorer, Edge, Chrome, Word.

System tray: Network, Volume, Date/Time (POR 20:08, 27/07/2021), Notification Area.

WhatsApp x Email – Gabriele de Ca x esus - Resultados da b x e-SUS Notifica x Nova guia x Email – gerente.mineir x +

notifica.saude.gov.br/notificacoes/form-notificacao

Apps Prefeitura de Criciú... Procedimentos de... 30083351-2020-ori... Procedimento Técni... SIT Todos os Cheats, C... TSR - Artists / Featu... Microsoft Word - E... >> Lista de leitura

e-SUS Notifica
Versão 2.31.139

← Registrar Notificação

Gabriele de Carval...
Autocadastro

CNES 2702789
098.807729-97
Criciúma, Santa Catarina

ESTABELECIMENTO

Notificações

Meus Dados

Sair com segurança

Tipo de Teste

☐ TESTE RÁPIDO - ANTICORPO

☒ TESTE RÁPIDO - ANTÍGENO

☐ RT-PCR

☐ Teste sorológico

Data do Teste (PCR/Rápidos)

Resultado (PCR/Rápidos)

☐ Negativo

☐ Positivo

☐ Inconclusivo ou Indeterminado

Registro para monitoramento de contatos

[+ Adicionar contato](#)

[Salvar](#) [Cancelar](#) [Limpar Tudo](#)

MINISTÉRIO DA SAÚDE **BRASIL**

POR 20:10
PTB2 27/07/2021

6.8 REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS DE IST



NORMAS

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são problemas comuns à saúde pública no Brasil, cabendo a atenção básica promover ações de prevenção dessas doenças bem como seu diagnóstico, através de testes rápidos.

Os testes devem ser realizados em pacientes que forem identificados características que podem ser provindas de IST, tais como lesões em órgãos genitais ou pelo corpo, imunidade baixa; histórico de relações sexuais sem uso de preservativo; acidentes com perfurocortantes; gestantes devem realizar o teste trimestralmente. É importante sempre realizar todos os testes disponíveis na unidade (HIV, sífilis, hepatite B e C), mesmo que a exposição tenha ocorrido para uma IST específica.

Solicitação Kit TR HIV, Sífilis, Hepatite B e C: PAMDHA

Telefone: (48) 3445-8730/3445-8731

Endereço de e-mail: cta@criciuma.sc.gov.br

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Gabriele de Carvalho

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Gerência da Atenção Primária	Promover capacitação de profissionais novos na rede sobre realização de testes rápidos e seus fluxos.	
02	Enfermeiro / Gerente da UBS	Organizar forma de atendimento a demanda de teste rápido na unidade, priorizando a livre demanda.	REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de

			Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
03	Enfermeiro	Acondicionar os testes rápidos em ambiente arejado, fora de armários ou gavetas, em suas próprias caixas onde contém informação do lote, em temperatura de 8 a 30°C.	Realizar registros das temperaturas em mapa diário.
04	Enfermeiro	Realizar acolhimento do paciente, colher histórico de exposição a IST, identificar possíveis parceiros em risco.	
05	Profissional capacitado	Realizar testes rápidos, seguindo instruções de cada teste, usando cada pipeta para seu respectivo teste e aguardando o tempo adequado para o resultado.	
06	Profissional capacitado	Fornecer laudo com resultado de testes, carimbado e assinado. Registrar em prontuários eletrônicos a realização de procedimento. Em caso de teste reagente, fornecer laudo do teste reagente separado dos demais testes não reagentes.	
07	Profissional capacitado	Sempre que houver algum teste reagente, acalmar o usuário, esclarecer todas as dúvidas, explicar como será dado todo o tratamento.	
08	Profissional capacitado	SÍFILIS REAGENTE Sífilis em adultos: Solicita teste VDRL; Realizar consulta médica para tratamento; Investigar parcerias sexuais; Iniciar tratamento após resultado de VDRL; Notificar com o resultado do VDRL (não notificar apenas com resultado de teste rápido);	

		Enviar ao agravo a ficha de notificação e investigação finalizada (com todos os campos preenchidos) em até 30 dias, anotar na ficha de conclusão o valor do VDRL e data das doses aplicadas. Acompanhar paciente com VDRL trimestral, por um ano Sífilis em gestante: Solicitar VDRL; Realizar consulta médica e iniciar tratamento, não necessários aguardar por VDRL; Fazer a notificação de sífilis em gestante, preencher a ficha de investigação (com todos os campos preenchidos), anotando na ficha de conclusão o valor do VDRL e data das doses aplicadas, e encaminhar aos agravos; Acompanhar com VDRL mensalmente; Investigar parceiros sexuais e tratar concomitantemente e seguimento do VDRL (3 em 3 meses) Anotar conduta no prontuário eletrônico e caderneta da gestante. Sífilis congênita ou exposta: Investigar o caso; Agendar consulta com infectologista pediatra no PAMDHA com 1 mês, 3 meses, 6 meses, 12 meses, 18 meses; Realizar VDRL com 1 mês, 3 meses, 6 meses, 12 meses e 18 meses (realiza após consulta médica);	

		Entrar em contato com PAMDHA via telefônica para agendar consultas.	
09	Profissional capacitado	HEPATITE B OU C REAGENTE Fazer contato telefônico com programas de hepatites antes de realizar notificação para averiguar se paciente já possui notificação no programa, evitando duplicidade; Caso já seja paciente notificado no programa, agendar consulta e encaminhar para o programa de hepatite; Em caso de paciente nunca ter sido notificado para hepatite, realizar ficha de notificação e investigação até o campo 38, encaminhar pelo motorista para o setor de agravos; Inserir a lápis no laudo do paciente o número da ficha de notificação do SINAN, entregar para paciente e encaminhá-lo para o programa de hepatite para devidos encaminhamentos de demais exames e consultas.	
10	Profissional capacitado	HIV REAGENTE Ao realizar o primeiro teste de HIV reagente, realizar teste confirmatório; Solicitar carga viral, documento pelo site: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/laudo-medico-para-emissao-de-bpa-i-quantificacao-de-acido-nucleico-carga-viral-do-hiv documento pelo site. Solicitar CD4, documento pelo site: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/laudo-medico-	

		para-emissao-de-bpa-i-contagem-de-linfocitos-t-cd4-cd8. Encaminhar para consulta médica; Fazer contato com PAMDHA para encaminhar paciente para realização de exames e consulta com infectologista; Realizar ficha de notificação.	
11	Enfermeiro	Continuar investigação de pacientes com resultado reagente, acompanhando se está realizando tratamento e exames.	

6.9 COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO



NORMAS

Segundo os protocolos da atenção básica (2016), o rastreamento do exame citopatológico para prevenção de câncer de colo do útero deve ser realizado nas mulheres a partir de 25 anos de idade que iniciaram a atividade sexual, sendo realizado a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais. Seguir até os 64 anos.

Mulheres sem histórico de atividade sexual não possuem indicação para rastreamento.

As gestantes devem realizar exame entre as 12 e 37 semanas de gestação, realizando apenas coleta de ectocérvice.

Mulheres histerectomizadas subtotal seguir rotina de rastreamento. Histerectomizadas totais, não há necessidade de rastreamento, exceto nos casos de histerectomia realizada por conta de câncer de colo do útero ou lesão precursora. Lesão precursora – controle com citopatológico semestrais até dois exames consecutivos normais; câncer invasor – controle por cinco anos, trimestralmente nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual.

Mulheres imunossuprimidas devem realizar exame citopatológico semestralmente no primeiro ano após início de atividades sexuais, e se normal, seguimento anual enquanto houver a imunossupressão.

A cobertura deve atingir a meta mínima de 40% da população de mulheres de 25 a 64 anos com um exame realizado nos últimos 3 anos.

Os resultados dos exames coletados são enviados para as unidades de saúde pelos laboratórios credenciados com prazo de 20 a 30 dias da data do envio para o laboratório, devendo ser avaliados assim que possível garantindo os encaminhamentos necessários nos casos de resultados alterados.

Setor de Referência: Saúde da Mulher

Telefone: (48) 3403-7414

Endereço de e-mail: saudedamulher@criciuma.sc.gov.br

Endereço SISCAN: <http://siscan.saude.gov.br/login.jsf>

	ROTINAS Periodicidade: Sempre que necessário. ELABORAÇÃO: Enfermeira Gabriele de Carvalho DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Gerente da UBS	Organizar conforme rotina da unidade agenda para realização de citopatológicos.	
02	Equipe multiprofissional	Realizar acolhimento com escuta, identificado em qualquer contato com mulheres que não foram rastreadas e oferecer para realização do exame.	
03	Equipe multiprofissional	No momento do agendamento do exame, orientar mulher que a coleta deverá idealmente ser realizada 5 dias após o término da menstruação e manter 48 horas sem relações sexuais ou uso de cremes vaginais antes da coleta.	
04	Enfermeiro	Avaliação global da mulher e realização do exame citopatológico, conforme descrição em POP municipal de enfermagem de 2021, número 72. Enfatizar sobre a necessidade de buscar resultado de exame.	
05	Enfermeiro	Na identificação de qualquer anormalidade durante o procedimento, é imprescindível a avaliação do enfermeiro e/ou médico.	
06	Enfermeiro	Preencher adequadamente os campos no sistema CELK conforme figura 1.	
07	Enfermeiro	Preencher adequadamente a ficha de requisição do exame no sistema SISCAN conforme figura 2.	

08	Enfermeiro	Enviar via malote lâminas de preventivo juntamente com lista de nomes das pacientes e seus respectivos protocolos das requisições para os laboratórios conveniados, seguindo calendário anual enviado pelo setor Saúde da Mulher.	
09	Enfermeiro	Avaliação dos resultados de citopatológico, inserção do resultado no sistema CELK conforme figura 3 e encaminhamentos de resultados alterados conforme protocolo municipal.	
	Figura 1 – Preenchimento no sistema CELK de exame citopatológico		

MANUAL CELK PREVINE BRASIL (janeiro2021) (1).pdf

8 / 18 110%

Requisição de Exame Citopatológico - Colo do Útero

Dados da Anamnese

1 - Motivo do Exame
☐ Rastreamento ☐ Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau) ☐ Seguimento (ps diagnóstico colposcópico / tratamento)

2 - Fez o exame preventivo (Papanicolaus) alguma vez?
☐ Sim, Quando fez o último exame? ☐ Não ☐ Não Sabe

3 - Usa DIU?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

4 - Está grávida?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

5 - Usa pílula anticoncepcional?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

6 - Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

7 - Já fez tratamento por radioterapia?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

8 - Data da última menstruação / regra:
 ☐ Não Sabe / Não Lembra ☐

9 - Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
* Não considerar a primeira relação sexual na vida

10 - Tem ou teve algum sangramento após menopausa?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
* Não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal

Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

MANUAL CELK PREVINE BRASIL (janeiro2021) (1).pdf 9 / 18 137%

10 - Tem ou teve algum sangramento após menopausa?
 * Não considerar ex) sangramentos na vigência de reposição hormonal
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

Exame Clínico

11 - Inspeção do colo:
☐ Normal ☐ Ausente (anomalias congênicas ou retrado cirurgicamente) ☐ Alterado ☐ Colo não visualizado

12 - Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis
☐ Sim ☐ Não

Observação

Lembrando que como os sistemas ainda não são integrados, o número de protocolo do exame deve ser gerado no Siscan.

Salvar Cancel Registro

MANUAL CELK PREVINE BRASIL (janeiro2021) (1).pdf 9 / 18 137%

Procedimentos

Procedimentos Comuns | PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Código	Procedimento
03.01.10.025-0	AFERIÇÃO DE TEMPERATURA
03.01.10.004-7	CATETERISMO VESICAL DE ALIVIO
☒ 02.01.02.003-3	COLETA DE MATERIAL P/ EXAME CITOPATOLOGICO DE COLDO UTERINO
03.01.01.003-0	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO)
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)
04.01.01.001-5	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DESBRIDAMENTO

Procedimentos Individuais

Código	Procedimento	C.I.D.	Quantidade

Figura 2 – Requisição no sistema SISCAN de exame citopatológico

The figure displays two screenshots of the SISCAN (Sistema de Informação do Câncer) web application interface.

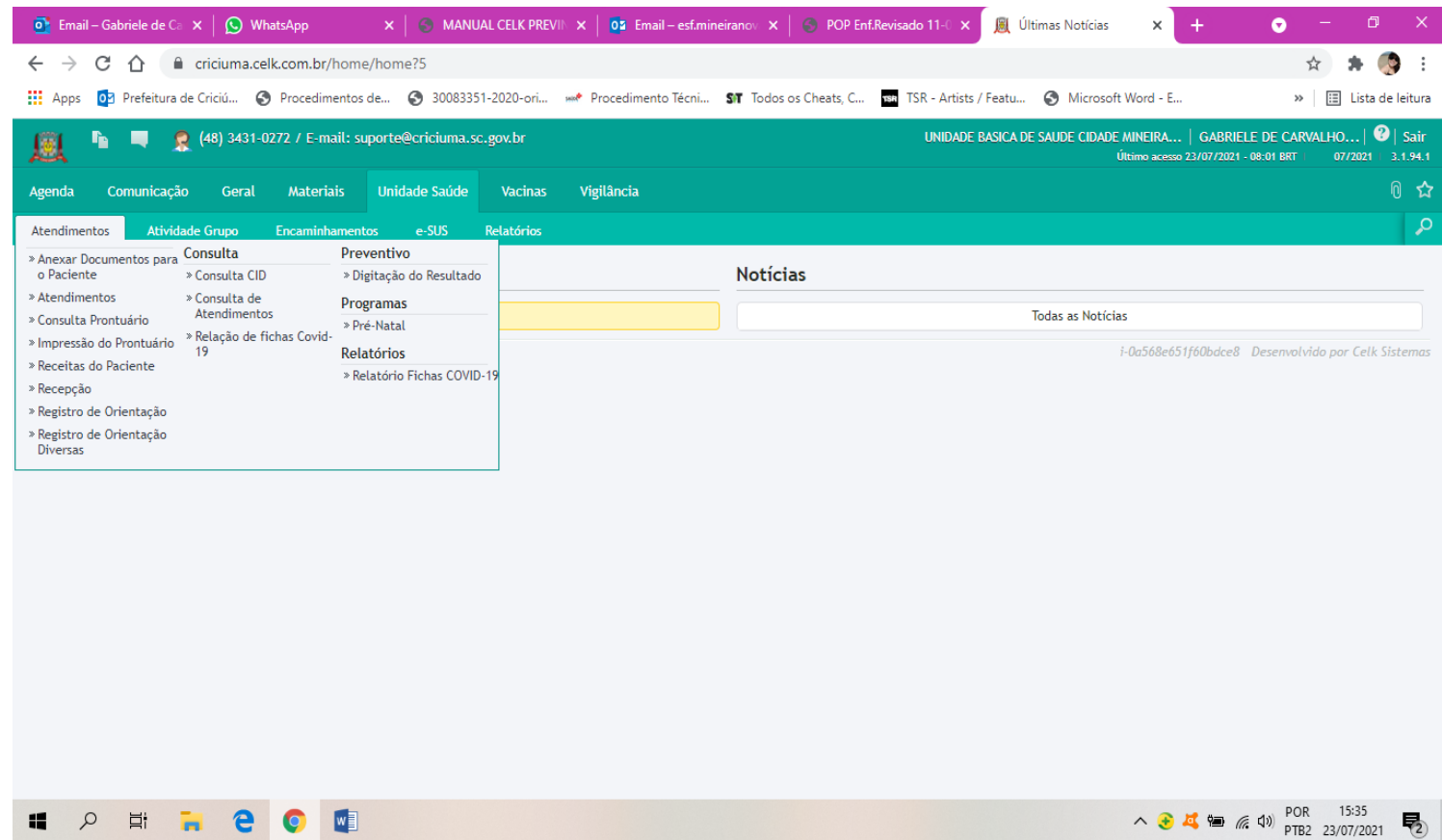
Top Screenshot (Login/Welcome Page):

- Header:** "Saúde Ministério da Saúde" and "SISCAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER".
- Navigation Menu:** EXAME, SEGUIMENTO, RELATÓRIOS, DADOS. Sub-menu for EXAME includes GERENCIAR EXAME and GERENCIAR LAUDO.
- User Info:** "Gabrielle De Carvalho - Unidade De Saúde Master | CNES: 2419874 | V1.13.10".
- Time Remaining:** "TEMPO RESTANTE: 14:53".
- Content Area:**
 - Greeting: "SEJA BEM VINDO AO SISCAN".
 - Section: "APRESENTAÇÃO".
 - Text: "Bem vindos ao Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Este sistema é a versão em plataforma web que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMA/MA) implantada em 30/10/2012. Este sistema tem por objetivo, enquanto ferramenta de gestão, fortalecer as ações de controle e prevenção destes cânceres. O SISCAN gera dados que subsidiam o monitoramento e a avaliação. Por meio dos relatórios, o gestor pode:"
 - List of functions:
 - Conhecer a distribuição dos exames de colo do útero e de mama para organizar o acesso a rede de serviços, contribuindo para a estruturação das redes de assistência à saúde e otimizando a utilização dos recursos;
 - Verificar a distribuição dos resultados dos exames e indicar auditorias e capacitações locais, quando necessário, qualificando os dados do sistema de informação;
 - Avaliar a qualidade dos exames por meio da análise comparativa do resultado de rastreamento e de seu resultado histopatológico;
 - Construir indicadores para acompanhar o desempenho do programa de controle destes cânceres e fazer análises temporal e espacial.
- Footer:** "Suporte a sistemas: 136 - opção 8 e-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br Fale conosco: http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco".

Bottom Screenshot (Exam Management Form):

- Header:** Same as the top screenshot.
- Section:** "GERENCIAR EXAME".
- Form Fields:**
 - PESQUISA:**
 - DADOS EXAME:**
 - ☐ Cito de Colo
 - ☐ Mamografia
 - Nº Protocolo:** [Text Field]
 - Nº Exame:** [Text Field]
 - Nº Prontuário:** [Text Field]
 - Nome Paciente:** [Text Field]
 - UF:** [Dropdown Menu] (Selected: SC)
 - Município:** [Dropdown Menu] (Selected: CRICIUMA)
 - Cartão SUS:** [Text Field]
 - Unidade Requisitante:** [Text Field] (Selected: 2702789 - UNIDADE BASICA DE SAU)
 - Status:**
 - ☐ Requisitado
 - ☐ Com Resultado
 - ☐ Liberado
 - Período:** [Date Range Picker]
- Buttons:** "Novo Exame" and "Pesquisar".
- Footer:** Same as the top screenshot.

Figura 3 – digitação de resultado do exame citopatológico no sistema CELK



6.10 SOLICITAÇÃO DE MAMOGRAFIA



NORMAS

A mamografia é o exame radiológico realizado para identificar nódulos ou demais achados no seios, podendo fornecer um diagnóstico precoce de câncer de mama com tempo hábil para tratamento e prognóstico positivo. A população alvo do rastreamento para mamografia são as mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos de idade com frequência bianual.

A mamografia também deve ser solicitada em casos de menores de 50 anos para diagnóstico ou controle de lesão.

O exame será requisitado pela unidade de saúde e será realizado nas clínicas credenciadas.

O exame clínico das mamas é de grande importância e deve sempre ser realizado no momento da consulta para realização do exame citopatológico bem como em outros momentos oportunos, para investigar possíveis achados em pacientes fora da faixa etária de rastreamento, principalmente nas mulheres com alguma queixa mamária ou com histórico familiar de câncer de mama.

Setor de Referência: Saúde da Mulher

E-mail: saudedamulher@criciuma.sc.gov.br

Telefone: (48) 3403-7414

Endereço SISCAN: <http://siscan.saude.gov.br/login.jsf>

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Gabriele de Carvalho

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Equipe multiprofissional	Realizar acolhimento com escuta, identificado em qualquer contato com mulheres que não foram rastreadas e oferecer para realização do exame.	REFERÊNCIAS: BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres /

			Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa - Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.il. ISBN 978- 85-334-2360-2.
02	Enfermeiro	Avaliação global da mulher e realização do exame clínico das mamas, com posterior encaminhamento para avaliação médica em caso de achados clínicos.	
03	Enfermeiro	Preencher adequadamente os campos no sistema CELK conforme figura 1.	
04	Enfermeiro	Perguntar qual das clínicas credenciadas é de mais fácil acesso para a paciente e preencher adequadamente a ficha de requisição do exame no sistema SISCAN conforme figura 2, fazer a impressão do protocolo e entregar a mulher.	
05	Enfermeiro	Orientar que traga resultado de mamografia assim que liberado para avaliação e posteriores encaminhamentos caso necessário.	
06	Enfermeiro / Médico	Avaliar o resultado da mamografia e orientar encaminhamento e seguimento correto de acordo com resultado.	
IMAGENS	Figura 1 – Preenchimento no sistema CELK		

Browser tabs: Email - Gabriele, WhatsApp, MANUAL CELK P, Outlook, POP Ent.Revisado, Atendimento, mamografia - Re...

Address bar: criciuma.celk.com.br/atendimento/prontuario/defaultProntuario?5&empParam=156

Navigation bar: Apps, Prefeitura de Criciú..., Procedimentos de..., 30083351-2020-ori..., Procedimento Técni..., Todos os Cheats, C..., TSR - Artists / Featu..., Microsoft Word - E..., Lista de leitura

Left sidebar menu:

- Histórico Clínico
- Avaliação
- Evolução
- Dados da Consulta
- Solicitação de Exames / Procedimentos
- Saúde da Mulher**
- Procedimentos
- Documentos
- Encaminhamento

Main content area:

Nova Requisição

Form fields: Tipo de Exame, Data Agendamento

[-] Requisições Pendentes

Data	Exame	Tipo de Exame

Histórico de Requisições Todos

Data	Situação

Modal: Tipo de Exame / Procedimento

Seleção de Tipo:

- Selecione o Tipo de Exame / Procedimento
- Selecione o Tipo de Exame / Procedimento
- CITOPATOLOGIA (PREVENTIVO)
- MAMOGRAFIA**

Buttons: Salvar Atendimento, Sair do Atendimento

Footer: i-0cd5a5920138fc081 Desenvolvido por Celk Sistemas

Taskbar: Windows, Search, File Explorer, Edge, Chrome, PowerPoint, Word, System tray (Network, Volume, Date/Time: POR 10:41, PTB2 24/07/2021, Notifications: 2)

Windows taskbar: Email - Gabriele, WhatsApp, MANUAL CELK, Outlook, POP Enf.Revisado, Atendimento, mamografia - Re...

Browser: criciuma.celk.com.br/atendimento/prontuario/defaultProntuario?5&empParam=156

Navigation: Apps, Prefeitura de Criciú... Procedimentos de... 30083351-2020-ori... Procedimento Técni... Todos os Cheats, C... TSR - Artists / Featu... Microsoft Word - E... Lista de leitura

Left sidebar:

- Avaliação
- Evolução
- Dados da Consulta
- Solicitação de Exames / Procedimentos
- Saúde da Mulher**
- Procedimentos
- Documentos
- Encaminhamento

Form content:

responsavel: GABRIELLE DE CARVALHO

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?

☐ Sim, mama direita ☐ Sim, mama esquerda ☐ Não

2 - Apresenta risco elevado* para câncer de mama?

* Risco elevado são:
Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
• câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
• câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;
Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?

☐ Sim ☐ Nunca foram examinadas anteriormente ☐ Não sabe

4 - Fez mamografia alguma vez?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

5 - Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano?

☐ Sim, mama direita. Quando?
☐ Sim, mama esquerda. Quando?
☐ Não ☐ Não sabe

6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?

☐ Não fez cirurgia

Bottom: Windows taskbar with icons for Start, Search, Task View, Edge, Chrome, PowerPoint, Word, and system tray showing date 24/07/2021 and time 10:43.

6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?

☐ Não fez cirurgia

Mama direita		Mama esquerda
☐	Biópsia cirúrgica incisional	☐
☐	Biópsia cirúrgica excisional	☐
☐	Centralectomia	☐
☐	Segmentectomia	☐
☐	Ductectomia	☐
☐	Mastectomia	☐
☐	Mastectomia poupadora pele	☐
☐	Mastectomia poupadora de pele e complexoaréolo-papilar	☐
☐	Linfadenectomia axilar	☐
☐	Biópsia de linfonodo sentinela	☐
☐	Reconstrução mamária	☐
☐	Mastoplastia redutora	☐
☐	Inclusão de implantes	☐

Indicação Clínica

7 - Mamografia Diagnóstica

☐ 7a. Achados no exame clínico

Mama direita	Mama esquerda
☐ Lesão papilar	☐ Lesão papilar

Indicação Clínica

7 - Mamografia Diagnóstica

☐ 7a. Achados no exame clínico

Mama direita	Mama esquerda
☐ Lesão papilar	☐ Lesão papilar
Descarga Papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica	Descarga Papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica
Nódulo Localização ☐ QSL ☐ QIL ☐ QIM ☐ QSM ☐ UQlat ☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA	Nódulo Localização ☐ QSL ☐ QIL ☐ QIM ☐ QSM ☐ UQlat ☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA
Espessamento Localização ☐ QSL ☐ QIL ☐ QIM ☐ QSM ☐ UQlat ☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA	Espessamento Localização ☐ QSL ☐ QIL ☐ QIM ☐ QSM ☐ UQlat ☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA
Linfonodo Palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular	Linfonodo Palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ 7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita	nódulo	Mama esquerda
☐	☐	☐
	microcalcificação	

Windows taskbar: 10:44, 24/07/2021, POR PTB2

Browser tabs: Email - Gabriele, WhatsApp, MANUAL CELK, Outlook, POP Enf.Revisado, Atendimento, mamografia - Re...

Address bar: criciuma.celk.com.br/atendimento/prontuario/defaultProntuario?5&empParam=156

Taskbar: Apps, Prefeitura de Criciú..., Procedimentos de..., 30083351-2020-ori..., Procedimento Técni..., Todos os Cheats, C..., TSR - Artists / Featu..., Microsoft Word - E..., Lista de leitura

☐ 7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	linfonodo axilar	☐

☐ 7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	linfonodo axilar	☐

☐ 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

☐ Mama direita ☐ Mama esquerda

☐ 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mama direita		Mama esquerda
☐	Categoria 0	☐

Taskbar: Windows, Search, File Explorer, Edge, Chrome, PowerPoint, Word, System tray: Network, Volume, Bluetooth, Date/Time: POR 10:44 PTB2 24/07/2021, Notifications: 2

☐ 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante
☐ Mama direita ☐ Mama esquerda

☐ 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mama direita		Mama esquerda
☐	Categoria 0	☐
☐	Categoria 3	☐
☐	Categoria 4	☐
☐	Categoria 5	☐

☐ 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	linfonodo axilar	☐

8 - Mamografia de rastreamento
☐ 8a. População alvo ☐ 8b. População de risco elevado (história familiar) ☐ 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Lista espera SUS
 Não colocar lista espera SUS ☐

Browser tabs: Email - Gabriele, WhatsApp, MANUAL CELK P, Outlook, POP Enf.Revisad, Atendimento, mamografia - Re, +

Address bar: criciuma.celk.com.br/atendimento/prontuario/defaultProntuario?5&empParam=156

Navigation: Apps, Prefeitura de Criciú..., Procedimentos de..., 30083351-2020-ori..., Procedimento Técni..., Todos os Cheats, C..., TSR - Artists / Featu..., Microsoft Word - E..., Lista de leitura

☐ 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	linfonodo axilar	☐

8 - Mamografia de rastreamento

☐ 8a. População alvo ☐ 8b. População de risco elevado (história familiar) ☐ 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Lista espera SUS

Não colocar lista espera SUS ☐

Footer: f-0cd5a5920138fc081 Desenvolvido por Celk Sistemas | 10:45 POR PTB2 24/07/2021

Figura 2 – Preenchimento para requisição de mamografia no sistema SISCAN

Browser tabs: Email – Gabriele de C..., WhatsApp, MANUAL CELK PREVII..., Email – esf.mineirano..., POP Enf.Revisado 11-..., Ministério da Saúde

Address bar: Não seguro | siscan.saude.gov.br/login.jsf

Navigation menu: EXAME, SEGUIMENTO, RELATÓRIOS, DADOS

Sub-menu: GERENCIAR EXAME, GERENCIAR LAUDO

Header: Saúde Ministério da Saúde, SISCAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER

Right sidebar: ajuda, formulários, informativos, principal, sair

Footer: Suporte a sistemas: 136 - opção 8, e-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br, Fale conosco: <http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco>

System clock: POR 14:59, PTB2 23/07/2021

Ministério da Saúde

SISCAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER

ajuda formulários informativos principal sair

Gabriele De Carvalho - Unidade De Saúde Master | CNES: 2419874 | V1.13.10

TEMPO RESTANTE: 14:55

EXAME SEGUIMENTO RELATÓRIOS DADOS

GERENCIAR EXAME

PESQUISA

DADOS EXAME

☐ Cito de Colo
☐ Mamografia

Nº Protocolo:

Nº Exame:

Nº Prontuário:

Nome Paciente:

UF:

Cartão SUS:

Status: ☐ Requisitado ☐ Com Resultado ☐ Liberado

Município:

Unidade Requiritante:

Período: a

Novo Exame Pesquisar

Suporte a sistemas: 136 - opção 8
e-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br
Fale conosco: <http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco>

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE

PÁTRIA AMADA BRASIL

POR 15:04
PTB2 23/07/2021

Browser tabs: Email - Gabriele, WhatsApp, MANUAL CELK, Email - esf.mineir, POP Enf.Revisado, Ministério da Sa, Google, +, -, , X

Address bar: Não seguro | siscan.saude.gov.br/visao/index.jsf

Taskbar: Apps, Prefeitura de Criciú..., Procedimentos de..., 30083351-2020-ori..., Procedimento Técni..., Todos os Cheats, C..., TSR - Artists / Featu..., Microsoft Word - E..., » | Lista de leitura

O campo Cartão SUS deve ser informado.

GERENCIAR EXAME

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS*

Nome*

Apelido

Data de Nascimento*

Nacionalidade*

Sexo*

Nome da Mãe*

Raça/Cor*

Escolaridade:
Selecione... ▼

UF*

Município*

Tipo Logradouro*

Nome Logradouro*

Numero*

Bairro*

Cep*

Ponto de Referência

SOLICITAR EXAMES

COLO
☐ Cito de Colo ☐ Histo de Colo

MAMA
☐ Cito de Mama ☐ Histo de Mama ☐ Mamografia

Prestador
Selecione... ▼

Unidade Requirante
2702789 - UNIDADE BASICA DE SAUDE CIDADE MINEIRA NOVA ▼

Windows taskbar: Windows logo, Search, Task View, File Explorer, Edge, Chrome, Word, System tray: Network, Volume, Bluetooth, Date/Time: POR 15:06, 23/07/2021, Notifications: 2

Browser tabs: Email - G... WhatsApp x MANUAL x Outlook x POP Enf.R... Recepção x siscan - R... Secretaria x Ministério x

Address bar: Não seguro | siscan.saude.gov.br/visao/exame/novoExame.jsf

Taskbar: Apps Prefeitura de Criciú... Procedimentos de... 30083351-2020-ori... Procedimento Técni... Todos os Cheats, C... TSR - Artists / Featu... Microsoft Word - E... Lista de leitura

Form fields:

TEM NÓDULO OU CAROÇO NA MAMA? *

☐ Sim, Mama Direita ☐ Sim, Mama Esquerda ☐ Não

APRESENTA RISCO ELEVADO PARA CÂNCER DE MAMA? *

☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

RISCO ELEVADO SÃO:

Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:

- Câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- Câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;

Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;

Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ;

Mulheres com história pessoal de câncer de mama;

ANTES DESTA CONSULTA, TEVE AS MAMAS EXAMINADAS POR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE? *

☐ Sim ☐ Nunca foram examinadas anteriormente ☐ Não Sabe

FEZ MAMOGRAFIA ALGUMA VEZ? *

☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

FEZ RADIOTERAPIA NA MAMA OU NO PLASTRÃO? *

☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

FEZ CIRURGIA DE MAMA? *

Taskbar: Windows Start, Search, File Explorer, Edge, Chrome, PowerPoint, Word, System tray (Volume, Network, Bluetooth, Date/Time: 10:55, 24/07/2021, Language: POR, Location: PTB2)

Browser tabs: Email - G... WhatsApp x MANUAL x Outlook x POP Ent.R... Recepção x siscan - R... Secretário x Ministério x

Address bar: Não seguro | siscan.saude.gov.br/visao/exame/novoExamejsf

Taskbar: Apps Prefeitura de Criciú... Procedimentos de... 30083351-2020-orl... Procedimento Técni... Todos os Cheats, C... TSR - Artists / Featu... Microsoft Word - E... Lista de leitura

Form fields:

☐ Sim ☐ Nunca foram examinadas anteriormente ☐ Não Sabe

FEZ MAMOGRAFIA ALGUMA VEZ? *

☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

FEZ RADIOTERAPIA NA MAMA OU NO PLASTRÃO? *

☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

FEZ CIRURGIA DE MAMA? *

☐ Sim ☐ Não

TIPO DE MAMOGRAFIA *

☐ Diagnóstica ☒ Rastreamento

MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO *

☒ População alvo ☐ População de risco elevado (história familiar) ☐ Paciente já tratado de câncer de mama

DADOS DO EXAME

Data da Solicitação: *

Responsável: *

Conselho: *

Buttons: Voltar Salvar

Windows taskbar: Windows Start, Search, Task View, File Explorer, Edge, Chrome, PowerPoint, Word, System tray (Network, Volume, Bluetooth, Date/Time: POR 10:57 PTB2 24/07/2021)

6.11 SONDAGENS



NORMAS

O procedimento de sondagem, seja ela vesical de alívio ou de demora, nasogástrica ou nasoenteral, é realizado na atenção básica. Há disponibilidade de materiais no município, ficando a cargo da unidade de saúde se organizar em relação a esterilização dos materiais e a organização da rotina para poder realizar o procedimento.

Usuários com uso crônico de algum tipo de sondagem, deve estar incluso na organização da enfermagem, já se programando para realizar esta troca de sonda conforme necessidade do paciente e pedido médico. Todos os procedimentos para realizar sondagem necessitam de solicitação médica.

ROTINAS

Periodicidade: Conforme prescrição.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Gabriele de Carvalho

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Médico	Solicitar prescrição de sondagem conforme avaliação clínica.	
02	Técnico de enfermagem	Esterilizar material para sondagem vesical, deixando sempre disponível e avaliando datas de validade.	
03	Enfermeiro	Realizar sondagem conforme POP sobre sondagens, registrando todo o procedimento em prontuário.	REFERÊNCIA: COREN SC. Nota Técnica nº 082/CT/2019, de 2019. Realização dos Procedimentos de Sondagem Vesical, Nasoenteral e Oroenteral. Florianópolis, SC, 2019. Disponível em http://transparencia.corensc.gov.br/wp-

			content/uploads/2019/10/RT-082-2019-SNE-SNG-e-SVD.pdf . Acesso em: 26 jul. 2021.
04	Enfermeiro	Após procedimento, realizar encaminhamento escrito para UPA solicitando radiografia de controle com pedido em anexo da sondagem nasoentérica.	Para acamados programar transporte
05	ACS	Entrar em contato com paciente, confirmando seu estado geral pós procedimento.	Em caso de sonda vesical de demora, certificar que está havendo drenagem de urina e qual seu aspecto

6.12. TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ



NORMAS

O teste rápido de gravidez pode ser realizado dentro ou fora da unidade de saúde. O acesso é livre, e a entrega do insumo pode ser feita a mulher ou a parceria sexual, devendo-se realizar aconselhamento pré e pós-teste.

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Gabriele de Carvalho

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Equipe multiprofissional	Acolher paciente com queixa de amenorreia e sinais sugestivos de gravidez e encaminhar para enfermeiro.	REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Versão preliminar.
02	Enfermeiro	Acondicionar os testes rápidos em ambiente arejado, fora de armários ou gavetas, em suas próprias caixas onde contém informação do lote, em temperatura de 8 a 30°C.	
03	Enfermeiro	Realizar acolhimento e escuta qualificada, questionando sobre tempo de amenorreia e sintomas sugestivos de gravidez.	

04	Enfermeiro	Fornecer teste de gravidez, convidar paciente a fazer o teste na unidade de saúde ou, se preferir, realizar em seu domicílio, mas deixar agendado para retornar com resultado.	
05	Enfermeiro	Teste rápido positivo: solicitar BHCG e agendar início do pré-natal. Teste rápido negativo: Continuar investigação de amenorreia e, em caso de gestação não desejada, orientar sobre contracepção e planejamento reprodutivo.	
06	Enfermeiro	Fazer registro do procedimento no sistema CELK conforme figura 1 e registro de resultado, conforme figura 2.	

Figura 1 – Registro no sistema CELK de procedimento

Atendimento

GABRIELE DE CARVALHO | 24 anos e 11 meses |
Vacina em dia: Sim

Profissional: GABRIELE DE CARVALHO | COREN: 607544

Atendimento: ESF/AB - CONSULTA ENFERMEIRO

Histórico

Procedimentos

Procedimentos Comuns: TESTES RAPIDOS

☐	Código	Procedimento
☐	48.19. . -	TESTE RÁPIDO COVID-19
☐	02.14.01.006-6	TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ
☐	02.14.01.009-0	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C
☐	02.14.01.004-0	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO
☐	02.14.01.010-4	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HBV
☐	02.14.01.005-8	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV
☐	45.98. . -	TESTE RÁPIDO PARA DOSAGEM DE PROTEINÚRIA
☐	02.14.01.007-4	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE B

Adicionar

[+] Procedimentos Individuais

Código	Procedimento	C.I.D.	Quantidade

Windows taskbar: 19:14, 27/07/2021, PTB2

Figura 2 – Registro de resultado no sistema CELK

The screenshot displays the CELK system interface for a patient named Carlos Alberto Bussolo da Rosa, 32 years and 2 months old. The interface includes a top navigation bar with tabs for Agenda, Comunicação, Geral, Materiais, Unidade Saúde, Vacinas, and Vigilância. The main content area shows the patient's profile and a 'Teste Rápido' section with a 'Novo Exame' button. A dropdown menu titled 'Tipo de Exame' is open, showing options: 'Teste Rápido de Gravidez', 'Teste Rápido COVID-19', and 'Outros'. The interface also features a sidebar with icons for Histórico Clínico, Procedimentos, Teste Rápido, Evolução, and Avaliação. The bottom status bar shows the time as 19:03 on 27/07/2021.

Atendimento

CARLOS ALBERTO BUSSOLO DA ROSA | 32 anos e 2 meses |
Vacina em dia: Não informado

Profissional: GABRIELE DE CARVALHO | COREN: 607544

Atendimento: ESF/AB - TESTE RÁPIDO

Teste Rápido

Novo Exame

[-] Exames Pendentes

Data

Tipo de Exame

Histórico | Últimos 3 meses

Data	Estabelecimento	Profissional	Tipo de Exame	Situação	Resultado

19:03
PTB2 27/07/2021

Browser tabs: Email - Gabriele de C..., WhatsApp, Portal da Secretaria d..., Portal da Secretaria d..., MORE | Cadastro de P..., Atendimento.

Address bar: cricum.a.celk.com.br/atendimento/prontuario/defaultProntuario713&empParam=156

Navigation bar: Agenda, Comunicação, Geral, Materiais, Unidade Saúde, Vacinas, Vigilância.

Header: (48) 3431-0272 / E-mail: suporte@cricum.a.sc.gov.br | UNIDADE BASICA DE SAUDE CIDADE MINEIRA... | GABRIELE DE CARVALHO... | Sair

Atendimento

GABRIELE DE CARVALHO | 24 anos e 11 meses |
Vacina em dia: Sim

Profissional: GABRIELE DE CARVALHO | COREN: 607544 | Atendimento: ESF/AB - CONSULTA ENFERMEIRO

Teste Rápido

DUM

Tempo

Amenorreia

Voltar Salvar

Salvar Atendimento Sair do Atendimento

Left sidebar: Histórico Clínico, Consulta de Enfermagem, Triagem Covid-19, Evolução, Teste Rápido.

Taskbar: Windows, Search, File Explorer, Edge, Chrome, Word, System tray (19:11, 27/07/2021).

Browser tabs: Email - Gabriele de C... WhatsApp Portal da Secretaria de Portal da Secretaria de MORE | Cadastro de Atendimento

Address bar: criciuma.celk.com.br/atendimento/prontuario/defaultProntuario?13&empParam=156

Taskbar: Apps Prefeitura de Criciú... Procedimentos de... 30083351-2020-ori... Procedimento Técni... Todos os Cheats, C... TSR - Artists / Featu... Microsoft Word - E... Lista de leitura

Header: (48) 3431-0272 / E-mail: suporte@criciuma.sc.gov.br UNIDADE BASICA DE SAUDE CIDADE MINEIRA... GABRIELE DE CARVALHO... Sair
Último acesso 27/07/2021 - 10:38 BRT 07/2021 3.1.94.2

Menu: Agenda Comunicação Geral Materiais Unidade Saúde Vacinas Vigilância

Atendimento

GABRIELE DE CARVALHO | 24 anos e 11 meses
Vacina em dia: Sim

Profissional: GABRIELE DE CARVALHO | COREN: 607544

Teste Rápido
Novo Exame

Exames Pendentes

Histórico Últimos 3 meses

Data Estabelecimento

Informar Resultado

Tipo de Exame: Gravidez

Resultado:

Lote:

Validade:

Descrição:

Confirmar Cancelar

ESF/AB - CONSULTA ENFERMEIRO

Tipo de Exame

Situação Resultado

Windows taskbar: 19:12 27/07/2021 PTB2

6.13 REALIZAÇÃO DE TESTE DA MÃE CATARINENSE



NORMAS

Seguir o Teste Mãe Catarinense garantindo que o Programa de Prevenção das Hemoglobinopatias realize ações voltadas para atenção e cuidado da gestante e do recém-nascido já no seu primeiro ano de vida.

Importante: A mulher grávida, com anemia falciforme, NÃO deve receber suplementação de ferro.

Serviço de Referência em Triagem Neonatal da Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (Fepe):

Telefone: (41) 3111-1836

Endereço de e-mail: fepe@fepe.org.br

Site para profissionais SC: <https://www.fepe.org.br/profissionais-de-saude-sc/>

Contato do Hospital Joana de Gusmão:

Endereço: R. Rui Barbosa, 152 – Agrônômica, Florianópolis

Telefone: (48) 3251-9000 / (48) 99629-5946

Endereço de e-mail: e-mail ouvidoriahijg@saude.sc.gov.br

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário.

Preferencialmente na primeira consulta da gestante.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Larissa Alves

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Gerência de Atenção Primária	Promover capacitação para os enfermeiros/técnicos de enfermagem/auxiliares novos na rede sobre realização de teste da mãe catarinense.	

02	Enfermeiro / Gerente da UBS	Organizar a demanda de teste na unidade, priorizando a livre demanda. Nomear os faltantes para busca ativa. A coleta deve ser no primeiro trimestre, assim deve-se priorizar realizar a coleta já na primeira consulta pré-natal.	
03	ACS	Realizar busca ativa dos faltantes	
04	Recepção	Realizar o acolhimento da gestante. Solicitar a carteirinha pré-natal ou se primeira consulta documento com foto e colocar no sistema informatizado e avisar o Enfermeiro da chegada de gestante nova.	
05	Enfermeiro	Realizar atendimento humanizando tirando todas as dúvidas da gestante. Preencher todos os dados do papel de coleta e caderno de gestante com letra legível. Apropriar-se do momento para consulta de enfermagem, momento de acolhimento da gestante/família.	
06	Enfermeiro	Orientar a gestante sobre como será a coleta, tipos de exames e resultados. Anotar no cartão pré-natal a coleta do exame. Grampear comprovante de coleta na carteirinha.	
07	Enfermeiro	Realizar a coleta conforme POP e registrar em sistema informatizado.	
08	Enfermeiro	Comunicar à gerência local da falta de material. Quando houver 20 últimas fichas de coleta.	
09	Gerente da UBS	Solicitar material à FEPE via e-mail que fornece, gratuitamente, todo o material necessário para a realização da coleta e envia diretamente à unidade:	

		Lancetas, folha controle, grade de secagem do exame, envelopes.	
10	Enfermeiro	Após as amostras secas (2 horas) acondicionadas no envelope padrão o motorista deve ser acionado para encaminhá-las ao correio. Atenção para as coletas nas sexta-feira à tarde a amostra não pode ficar exposta, a secagem deve ser de 2 horas longe de ar condicionado, fontes de calor ou luz solar, após deve ser acondicionada em geladeira. Atenção aos finais de semana.	
11	Enfermeiro	Quando resultado alterado, a FEPE entra em contato com a unidade, porém deve-se manter um monitoramento dos resultados que são online. Agendar o retorno da gestante para entrega do resultado. Importante a unidade de saúde ter seu caderno de controle com letra legível e telefone dos familiares. Evoluir em sistema informatizado o resultado do exame, assim como na carteirinha de pré-natal.	
12	FEPE	Responsável pela análise laboratorial das amostras de sangue coletadas. Em caso de resultado positivo no teste de triagem, a gestante será encaminhada para orientação e acompanhamento junto a uma equipe médica de hematologistas.	
13	Equipe multiprofissional	Manter cuidado continuado da gestante com teste alterado.	

6.14 REALIZAÇÃO DE TESTE DO PEZINHO



NORMAS

O objetivo do Programa Nacional de Triagem Neonatal é detectar, de maneira mais efetiva, doenças genéticas e metabólicas que podem desencadear a deficiência intelectual comprometendo a saúde da criança. Os casos positivos são encaminhados para tratamento, o mais rápido possível, diminuindo as chances de que o recém-nascido venha a desenvolver complicações graves causadas pelas doenças pesquisadas. Por isso a realização do exame já nos primeiros dias de vida da criança é tão importante e necessária.

Serviço de Referência em Triagem Neonatal da Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (Fepe):

Telefone: (41) 3111-1836

Endereço de e-mail: fepe@fepe.org.br

Site para profissionais SC: <https://www.fepe.org.br/profissionais-de-saude-sc/>

Contato do Hospital Joana de Gusmão:

Endereço: R. Rui Barbosa, 152 – Agronômica, Florianópolis

Telefone: (48) 3251-9000 / (48) 99629-5946

Endereço de e-mail: e-mail ouvidoriahijg@saude.sc.gov.br

Carteirinha de vacina Menino

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino_11ed.pdf

Carteirinha de vacina Menina

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina.pdf

	ROTINAS Periodicidade: Sempre que necessário. Preferencialmente entre 3-5 dias após o nascimento. ELABORAÇÃO: Enfermeira Larissa Alves DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Gerência de Atenção Primária	Promover capacitação para os enfermeiros/técnicos de enfermagem/auxiliares novos na rede sobre realização de teste do pezinho.	
02	Enfermeiro / Gerente da UBS	Organizar a demanda de teste na unidade, priorizando a livre demanda. Nomear os faltantes para busca ativa. A coleta deve ser entre 3-5 dias após o nascimento, se passar do período de coleta correto, realizar mesmo assim. A coleta em crianças com idade avançada pode ser feita por punção digital.	
03	ACS	Realizar busca ativa dos RN faltantes	
04	Recepção	Realizar o acolhimento da puérpera/familiar e RN. Solicitar a carteirinha de vacinas (fornecida pelo hospital, na falta fazer uma), certidão de nascimento, cadastrar o RN. Comunicar a Enfermeira para aproveitar o momento para puericultura e orientação sobre rotina de puericultura.	
05	Enfermeiro	Realizar atendimento humanizando tirando todas as dúvidas da puérpera/família. Preencher todos os dados do papel de coleta na caderneta da criança com letra legível.	Caso dúvidas em relação ao procedimento para realização do teste do pezinho, você pode consultar o Manual de POPs de Enfermagem (2021), disponível em: xxxxxx.

		Sugestão de Caderno Teste do Pezinho para controle e registro da Unidade: Registro Local: Data atual: Nome do RN: Data do parto: Tipo parto: Peso atual: Nome da mãe: Endereço: Telefone:	
06	Enfermeiro	Orientar a puérpera/familiar sobre como será a coleta, tipos de exames e resultados. Anotar na carteirinha de vacinação os dados e carimbar comprovante de coleta na carteirinha.	
07	Enfermeiro	Realizar a coleta conforme POP e registrar em sistema informatizado.	
08	Enfermeiro	Comunicar à gerência local da falta de material. Quando houver 20 últimas fichas de coleta/lancetas/envelopes.	
09	Gerente Local	Solicitar material à FEPE via e-mail que fornece, gratuitamente, todo o material necessário para a realização da coleta e envia diretamente à unidade: Lancetas, folha controle, grade de secagem do exame, envelopes.	
10	Enfermeiro/ Resultado	Após as amostras secas (2 horas) acondicionadas no envelope padrão o motorista deve ser acionado para encaminhá-las ao correio. Atenção para as coletas nas sexta-feira à tarde a amostra não pode ficar exposta, a secagem deve ser de 2 horas longe de ar condicionado,	

		fontes de calor ou luz solar, após deve ser acondicionada em geladeira. Atenção aos finais de semana.	
		1) Na página inicial do site da FEPE, preencha os campos existentes no ícone “Verde” Resultados; a) DNV (Declaração de Nascido Vivo): é fornecida pela unidade coletora e está localizada na parte superior, lado esquerdo do informativo aos pais. Preencher somente os números. Este número também consta na Carteira de Vacina da Criança ou na Certidão de Nascimento. Se não localizar o número da DNV, colocar somente o número 0 (zero); b) SENHA: a senha está localizada no Informativo aos Pais, parte superior, lado direito. Preencher somente os números; c) NASCIMENTO: colocar a data de nascimento da criança (dois dígitos para o dia, dois dígitos para o mês e quatro dígitos para o ano). Não colocar barras, pois elas surgem automaticamente; d) Clique em resultado para visualizar o laudo; e) O laudo visualizado fica disponível na internet por aproximadamente 90 dias, deve ser impresso ou salvo em arquivo de sua preferência.	
11	Enfermeiro	Quando resultado alterado a FEPE entra em contato com a unidade, porém deve-se manter um monitoramento dos resultados que são online. Agendar o retorno do RN para entrega do resultado. Importante a unidade de saúde ter seu caderno de	

		controle com letra legível e telefone dos familiares. Evoluir em sistema informatizado o resultado do exame, assim como na carteirinha de vacinação.	
12	FEPE	Responsável pela análise laboratorial das amostras de sangue coletadas. Em caso de resultado alterado em algum teste podem solicitar recoletas, ou já agendamento de consulta para exames complementares ou consultas. Realizam contato telefônico com a unidade.	
13	Equipe multiprofissional	Manter cuidado continuado do RN.	

CAPÍTULO 7 - LIMPEZA E PROCESSAMENTO DE RESÍDUOS

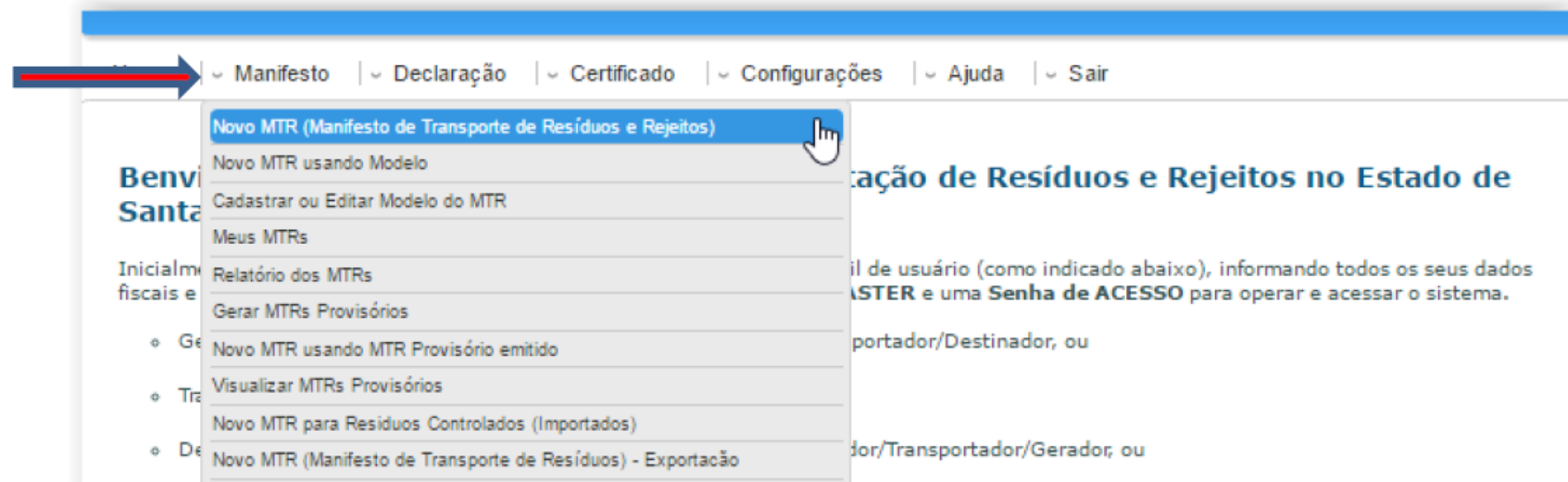
7. 1 MANEJO RESÍDUOS SÓLIDOS EM SAÚDE - EMISSÃO DE MTR (MANIFESTO DE TRANSPORTE DE RESÍDUOS)

	NORMAS Manejo dos resíduos produzidos pela saúde, seja ele nas Unidades de Saúde ou em domicílio, conforme RESOLUÇÃO RDC Nº 306, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004. Através do site: http://mtr.ima.sc.gov.br/index.jsp?page=login.jsp ROTINAS Periodicidade: Semanalmente. ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro	Capacitar o higienizador/cuidador/familiar quanto ao manejo de lixos, separação e armazenamento. Tipos de lixo, segregação e disposição final. Disponibilizar material para descarte correto: caixa de perfuro, saco infectante ou outros.	
02	Enfermeiro	Capacitar a equipe quanto ao desprezo correto nas lixeiras, bem como sua identificação, conforme resíduos e como receber o lixo proveniente do domicílio.	
03	Enfermeiro	Capacitar um responsável pela emissão semanal de MTR.	

04	Responsável capacitado	Acessar semanalmente o site MTR.	http://mtr.ima.sc.gov.br/index.jsp?page=login.jsp
05	Responsável capacitado	Preencher os dados do Login CNPJ da empresa: 08.435.209/0001-90 Unidade código: Pesquisar na "lupinha" o código da sua unidade. Senha: conforme cada Unidade Entrar Clicar em Manifesto Novo MTR usando modelo. (Caso não tenha modelo, seguir o passo a passo "Criar Modelo de MTR"); Pesquisar Modelo Clicar na única opção de modelo Ir mais para baixo da página Identificação do Gerador: Responsável Emissão: Nome da pessoa responsável Cargo: Cargo da pessoa responsável Identificação do Transportador: Data do Transporte: O dia atual ou dia seguinte; OBS: O nome do motorista e placa do veículo não são obrigatórios. Em observações colocar: Declaro que os produtos perigosos estão adequadamente classificados, embalados, identificados, e estimados para suportar os riscos das operações de transporte e que atendem às exigências da regulamentação.	Caso não tenha login ou senha entrar em contato com Coordenação Distrital

		Clicar em Salvar. Imprimir (2 vias com o mesmo código). Um fica com o responsável pela emissão e o outro com o motorista.	
06	Responsável capacitado	COMO CRIAR MODELO DE MTR 1- Manifesto. 2- Cadastrar ou Editar Modelo do MTR. 3- Utilizará Armazenamento Temporário? NÃO 4- Inserir resíduo. 5- Preencher: Resíduo- Grupo A Unidade- Quilograma Estado físico- Sólido Acondicionamento- Tambor Tecnologia- Autoclave Número da ONU- 2814 Classe de risco: 6.2 Nome para embarque: Substância infectante, que afeta seres humanos. Grupo de Embalagem: III 6- Clicar em Salvar. Você vai clicar novamente em inserir resíduos e fazer tudo igual, só modificar o resíduo para GRUPO E. Nome do modelo: Pode preencher com o nome que quiser. CNPJ Transportador: 03.392.348/0001-60CNPJ Destinador: 03.392.348/0005-93. 7- Clicar em Salvar.	

		PRONTO! Agora, cada vez que for emitir o MTR, você clica em Manifesto, depois em NOVO MTR USANDO MODELO. Clica em pesquisar modelo e vai estar ali!	
07	Responsável capacitado	Preencher MTR semanalmente conforme cronograma e escala de recolhimento de resíduos; De preferência pesar e deixar impresso 01 dia antes. Conforme abaixo:	Caso o profissional capacitado esteja ausente a responsabilidade será do enfermeiro/gerente da unidade. Importante capacitar todos os técnicos de enfermagem.



TL 018

7.2. CENTRAL DE MATERIAL LIMPEZA DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO E LAVANDERIA



NORMAS

Orientação para fornecer material permanente seguramente processado garantindo que os parâmetros pré-estabelecidos para o reprocessamento, assim como recebimento de rouparia. Os requisitos exigidos para CME na atenção básica são Classe I. A CME tipo I, segundo a ANVISA (2012), é definida como: O CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento. Considerando que os procedimentos realizados em Unidade Básica de Saúde – UBS e Ambulatórios são de baixa invasão, as áreas podem ser classificadas como áreas semicríticas e áreas não críticas.

ROTINAS

Periodicidade:

- Diariamente sempre que tiver material em uso.
- Semanalmente para reprocessamento de material não utilizado.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Larissa Alves

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro /Gerente da UBS	Capacitar sua equipe sobre como funciona a central de material limpeza desinfecção e esterilização e lavanderia	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe.
02	Enfermeiro /Gerente da UBS	Capacitar e delegar a responsabilidade do setor para um ou mais profissional conforme realidade local	

03	Profissional responsável capacitado	Processar todo o produto para saúde utilizado na Unidade de Saúde através da Central de Material e Esterilização – CME, independente do seu destino final	
04	Profissional responsável capacitado	Seguir o Procedimento Operacional Padrão pág. 346 para cada etapa do processamento do instrumental cirúrgico e dos produtos para saúde.	
05		Áreas críticas: colocaria na tabela no campo notas na ação descrita acima - 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 Preventivo - Consultório odontológico. - Sala para realização de pequenos procedimentos cirúrgicos (biópsias, retirada de nevos, colposcopia e outros) - Sanitários Áreas semicríticas: - Consultórios - Sala de inalação - Sala de medicação - Sala de fisioterapia Áreas não críticas: - Administração - Almoxarifado - Sala de reuniões	

06	Higienizador	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.	
07	Responsável pelos pedidos	Checar os insumos e artefatos necessários para o trabalho diário de lavagem e desinfecção dos produtos para saúde da unidade.	
08	Higienizador	Manter as janelas abertas para ventilação do ambiente. Anotar a chegada e saída da rouparia da lavanderia em caderno próprio.	
09	Responsável pela esterilização	Separar os produtos para saúde por tipo: instrumental, material de plástico e borracha.	
10	Higienizador	Organizar a bancada ao término de cada plantão, guardar todos os produtos utilizados na rotina de limpeza e desinfecção.	
11	Equipe multiprofissional	Manter a sala limpa e organizada.	

LOCAL:	MATERIAL:	ESTRUTURA:	ROTINA:
Expurgo: Esta área é um espaço fisicamente definido para recepção, separação e lavagem de	1. EPI (s): • Avental impermeável longo, • Luva grossa de cano longo e luva de procedimento, • Máscara, • Óculos protetor, • Gorro e • Sapatos fechados. 2. Soluções: • detergente enzimático (preferencialmente), ou detergente alcalino, ou neutro. • Desinfetante -> ácido peracético ou	1. Recipientes plásticos com tampa, para: • Detergente enzimático (preferencialmente), ou detergente alcalino, ou neutro • Desinfetantes -> ácido peracético ou hipoclorito de sódio	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 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,

produtos para a saúde. A organização do expurgo visa o adequado processamento dos referidos artigos.	hipoclorito de sódio e, • 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 (até 20 litros).	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.	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 líquido, na sequência passar álcool a 70%.
Sala de preparo e esterilização de produtos para saúde: Os produtos para saúde são encaminhados pela área técnica que os utilizam à área de preparo para serem inspecionados quanto à integridade, limpeza e	1. Papel grau cirúrgico ou crepado, ou manta de polipropileno 2. Tesoura 3. Indicador químico classe 1 (fita adesiva "zebrada") ou embalagem impregnada ou rótulo impregnado 4. Indicador químico a partir da classe 4, para monitorar as condições específicas do ciclo de esterilização 5. Indicador: biológico 6. Cadernos de registros dos controles de esterilização 7. Carimbo de identificação do profissional	. 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. 2. Seladora, em caso do papel cirúrgico /polietileno/propileno 3. Armário ou prateleira para armazenamento e estocagem 4. Mesa auxiliar e/ou bancada de trabalho 5. Incubadoras para indicador biológico 6.	1. Checar a autoclave quanto: funcionamento elétrico e reservatório de água 2. Proceder diariamente a limpeza da câmara interna e externa da autoclave com água e detergente, removendo o resíduo do detergente com pano umedecido com água, ou seguindo recomendação específica do fabricante do equipamento 3. Manter a sala limpa e organizada.

funcionalidade, em seguida embalados, esterilizados, estocados e distribuídos.		Lixeira com pedal 7. Mesa tipo escrivaninha (se a área física permitir) . Cadeira.	
ARMÁRIO de Armazenamento dos produtos para saúde:	1.Armário com portas 2.bacias plásticas com tampa	A manutenção da esterilidade do produto depende de condições que não permitam a penetração de microorganismos 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 e estocagem e • formas de manuseio apropriadas. • Antes de armazenar novos lotes de produtos esterilizados, verificar as condições de integridade da embalagem dos produtos	1. Higienizar as mãos 2. Estocar os materiais esterilizados em local arejado, sem presença de umidade e de fácil limpeza. 3. Armazenar somente materiais corretamente identificados 4. Armazenar os pacotes de modo a assegurar as condições que preservem a esterilidade do conteúdo: • A prateleira onde serão armazenados os produtos deve estar limpa; • O local de armazenagem deve ser específico para guarda de itens estéreis ou, desinfetados; • As embalagens utilizadas para materiais esterilizados devem ser claramente distintas daquelas utilizadas para materiais apenas desinfetados, para não haver uso equivocado; • Os produtos devem ser estocados somente após serem resfriados; • Os produtos não devem ser agrupados por meio de elásticos ou presilhas. • Não estocar produtos pesados sobre mais leves; • Os produtos devem apresentar a embalagem íntegra:

		previamente estocados, removendo para reesterilizar os que estiverem inadequados.	• Produtos com embalagem comprometida devem ser considerados contaminados e encaminhados para reesterilização.
Estudos demonstram que itens embalados e estocados adequadamente mantêm-se com a esterilidade preservada por até 6 meses, DESDE QUE NENHUM EVENTO AFETE A CONDIÇÃO DA INTEGRIDADE – por exemplo, cair no chão, ser apertado com elástico, etc.			

7.3 RECOLHIMENTO DE LIXOS

	NORMAS Recolhimento de lixos com devido acondicionamento conforme sua classificação ROTINAS Periodicidade: Diariamente ELABORAÇÃO: Enfermeira Larissa Alves DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar o Higienizador sobre suas responsabilidades e recolhimento de lixos de forma correta bem como sua rotina diária. Capacitar a equipe quanto ao desprezo correto dos lixos conforme sua classificação.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe.
02	Higienizador	Na presença de sangue, excreção, secreção e rompimento do saco de lixo, deverá retirar com pano limpo, 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.	
03	Higienizador	Os resíduos devem ser segregados e acondicionados corretamente conforme NR MTR.	

04	Higienizador	Caixa para descarte de perfurocortante, não deve ultrapassar 2/3 da capacidade. Quando atingir a capacidade fechar e lacrar corretamente.	
05	Higienizador	Os sacos plásticos devem ser fechados com barbante ou nó. Os resíduos recolhidos devem ser encaminhados à lixeira externa diariamente.	
06	Higienizador	Recolher os resíduos observando a periodicidade e horários de acordo com a necessidade do serviço 2h antes da passagem do caminhão de recolhimento. Evitando deixar lixo nos finais de semana nas lixeiras da unidade.	

7.4. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

	NORMAS A orientação técnica para limpeza e desinfecção de superfícies visa o controle da infecção cruzada e a realização do procedimento com qualidade e segurança. ROTINAS Periodicidade: Diariamente ELABORAÇÃO: Enfermeira Larissa Alves DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	LIMPEZA DA SUPERFÍCIE (BANCADA)	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Orientar o higienizador quanto à rotina de limpeza diária de acordo com a demanda da unidade. Manhã e tarde nas mais utilizadas bancadas recepção, maçanetas. Demais 1x ao dia.	
02	Higienizador	Preparar o material de acordo com o procedimento (balde, água, sabão e etc.). EPI	
DESCRIÇÃO DA LIMPEZA DA SUPERFÍCIE SEM SECREÇÃO (PISO):			
01	Enfermeiro	Orientar higienizador a rotina de limpeza diária	
02	Higienizador	Preparar o material de acordo com o procedimento (balde, água, sabão e etc.). EPI	
03	Higienizador	Identificar áreas molhadas para evitar acidentes.	
04	Higienizador	Priorizar recepção em horário de menor pico na unidade.	
05	Higienizador	Anotar na planilha de limpeza diária as áreas limpas.	

DESINFECÇÃO DA SUPERFÍCIE COM SECREÇÃO (PISO):			
01	Equipe multiprofissional	Identificar e sinalizar ao higienizador a área que necessita limpeza.	
02	Higienizador	Recolher materiais que estava utilizando.	
03	Higienizador	Preparar materiais para limpeza de superfície com secreção.	
04	Higienizador	Utilizar EPIs.	
05	Higienizador	Identificar na tabela de limpeza situação ocorrida.	
06	Higienizador	Priorizar limpar áreas de mais utilidade no momento.	
07	Higienizador	Retornar para a rotina diária de limpeza.	

CAPÍTULO 8 - CONTROLE DE INSUMOS E MEDICAMENTOS

8.1. BIOSSEGURANÇA – CONTROLE DE EPIS (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)



NORMAS

Ao iniciar qualquer atividade verificar a necessidade do uso de EPI's visando a biossegurança.

A biossegurança é uma área de conhecimento definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) como: “condição de segurança alcançada por um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e o meio ambiente”.

Segundo o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), na Norma Regulamentadora 6 (NR 6), da Portaria 3.214, considera-se Equipamento de Proteção Individual - EPI, todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

A NR 6 estabelece as disposições legais relativas aos EPIS - com redação dada pela Portaria N.º 25, de 15 de outubro de 2001, publicada no Diário Oficial da União em 17 de outubro de 2001. O texto completo da NR 6 encontra-se disponível no site do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE.

Os EPI's possuem Certificado de Aprovação de Equipamentos de Proteção Individual expedido pelo MTE.

Solicitação de EPI's: Solicitar ao almoxarifado da Saúde.

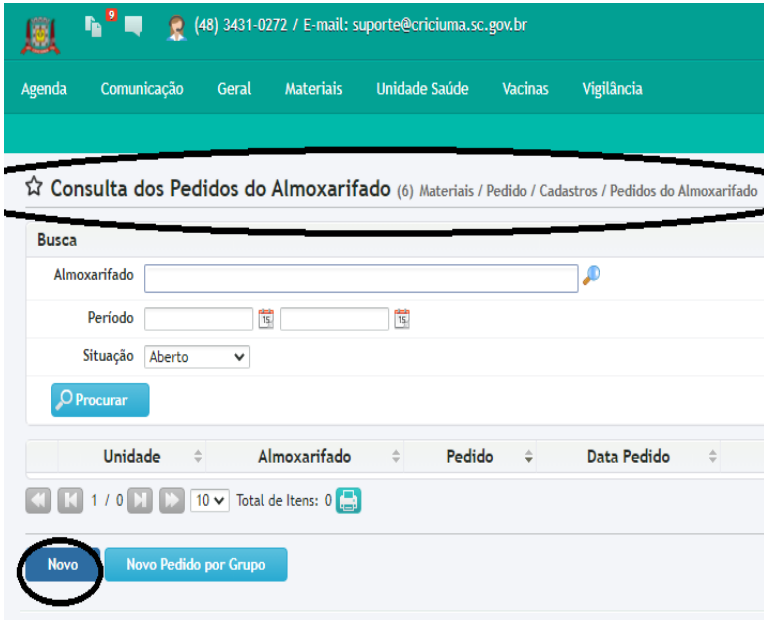
Endereço de e-mail: almoxarifado.saude@criciuma.sc.gov.br

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário ou:

- Diariamente para conferência do uso correto pelos profissionais;
- Semanalmente para entrega dos EPIS;
- Quinzenalmente para conferência do estoque;
- Mensalmente para solicitação de pedido.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus

	DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro	Capacitar conforme POP específico os profissionais quanto ao uso correto dos EPIS.	Caso não capacite o mesmo será o responsável pela ação.
02	Enfermeiro	Capacitar um responsável pelo controle/separação e entrega dos EPIS.	
03	Responsável capacitado	Solicitar mensalmente ao almoxarifado da Saúde através do seu usuário e senha do sistema celk conforme abaixo: 	Link: https://criciuma.celk.com.br/materiais/pedidotransferencia/consultaPedidoAlmoxarifado?4&cdPrg=6
04	Responsável capacitado	Ao receber o pedido, conferir e dar entrada nos EPIS, no sistema celk e na planilha de controle conforme abaixo:	Planilha enviada via e-mail. Caso necessário solicitar ao e-mail da AB: coordenacao.atencaobasica@criciuma.sc.gov.br

CONTROLE DE ESTOQUE DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL																	
Total em Estoque			0								Elaborado por Enfermeira Daiane de Assis Réus						
(Entradas)			0														
(Saídas)			0														
Total em Estoque (Disponível)			0														
Descrição do EPI's	Código	ESTOQUE	Mês: xx 2021								Entradas Total	Saídas Total	Saldo Atual	Indicador de Estoque	%	Estoque Ideal	
			1ª Semana		2ª Semana		3ª Semana		4ª Semana								
			E	S	E	S	E	S	E	S							
01 Avental descartável		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	120	
02 Avental Azul impermeável		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	120	
03 Máscara cirúrgica		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	200	
04 Protetor facial		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	12	
05 Touca descartável		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	120	
06 Luva de procedimento nitrilica PP		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	01	
07 Luva de procedimento nitrilica P		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	01	
08 Luva de procedimento nitrilica M		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	01	
09 Luva de procedimento nitrilica G		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	01	
10 Luva de procedimento com pó PP		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	02	
11 Luva de procedimento com pó P		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	02	
12 Luva de procedimento com pó M		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	02	
13 Luva de procedimento com pó G		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	02	
14 Álcool em gel		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	06	
15 Álcool 70% líquido		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	10	
16 Borrifadores		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	07	
17 Fita demarcação vermelha		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	01	
18 Fita demarcação verde		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	01	
19 Fita demarcação amarela		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	01	
20 Barraca		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	01	
21 Propé		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	120	
22 Macacão descartável		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	120	
23 óculos de proteção		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	05	
24 oxímetro		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	01	
25 termômetro infra		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	01	
26 cadeiras de plástico		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	25	
27 rolo saco plástico		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	02	
28 mesa plástica		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	04	
29		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	20	
30		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	20	
31		-	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	SOLICITAR	-100%	20	

Fonte: RÉUS, D.M.A. Adaptado da organização da Unidade ESF Morro Estevão, Criciúma/SC 2020.

05	Responsável capacitado	Realizar separação e entrega dos EPIS semanalmente, de preferência nas sextas-feiras, para cada profissional conforme abaixo:	



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



residência
multiprofissional
ATENÇÃO BÁSICA | SAÚDE COLETIVA | SAÚDE MENTAL



Informativo sobre uso de Equipamentos de Proteção Individual para ESF / UBS | Para casos confirmados ou suspeitos de Covid-19

Profissionais/Situação	Máscara PFF2/N95	Máscara Cirúrgica	Avental Simples	Touca	Luvas	Óculos	Observação
PACIENTE E ACOMPANHANTE		Sim					Usar lenços de papel (tosse, espirros, secreção nasal); Higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%
PROFISSIONAIS DE SAÚDE (que prestem assistência a menos de 1 metro dos pacientes) ➢ Médico ➢ Enfermeiro ➢ Tec. enfermagem ➢ Dentista ➢ Auxiliar de odontologia ➢ Demais profissionais (uso de máscara N95/PFF2 somente em procedimentos que gerem aerossóis)	Sim*	Sim**	Sim***	Sim*	Sim	Sim	Higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70% Avental simples e luva - troca a cada paciente se procedimento gerou aerossóis. Avental simples - troca a cada turno. O profissional deverá manter uma distância de 1m do paciente. Em caso de oroscopia utilizar máscara N95/PFF2 e protetor facial (face shield) * Para procedimentos que geram aerossóis, trocar a cada paciente (1). ** Trocar a máscara cirúrgica por uma máscara N95/PFF2 ou equivalente, ao realizar procedimentos geradores de aerossóis. *** Para profissionais de saúde e profissionais de apoio que prestarem assistência a menos de 1 metro do paciente suspeito ou confirmado ou que tenham contato com o paciente ou superfícies e materiais/produtos utilizados por ele e/ou por seus acompanhantes.
PROFISSIONAIS DE APOIO ➢ Recepção ➢ Segurança ➢ ACS	Não	Sim****	Não	Não	Não	Não	Higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70% **** Caso preste assistência a menos de 1 metro dos pacientes.
➢ Higienização	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70% Avental simples - troca se secreção/umidade. Atenção: profissionais da higiene e limpeza, acrescentar <u>luvas de borracha com cano longo</u> e botas impermeáveis de cano longo.

Elaborado pela Assessoria Técnica Operacional da Sala de Situação de Saúde da Atenção Primária em 02/04/2020. Adaptado conforme NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Atualizado em 03/04/2020.

Solicitante – Matriz/Vigilância Sanitária

Protocolo – RSSAP – 088/2020

06	Responsável capacitado	Preencher os termos de declaração e responsabilidade e entrega aos profissionais solicitando sua assinatura. Conforme abaixo:	



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE CRICIÚMA**

RECIBO DE ENTREGA, DEVOLUÇÃO OU TROCA DE EPI'S

IDENTIFICAÇÃO DO FUNCIONÁRIO

Nome:	
Cargo:	Matrícula:
Local de trabalho:	

DECLARAÇÃO

Declaro que:

- a) Recebi nas datas especificadas abaixo, da Secretaria Municipal de Saúde do município de Criciúma, os EPI's adequados abaixo discriminados, aos quais desde já me comprometo sempre usar na execução de minhas tarefas, zelando pela perfeita guarda e conservação, uso e funcionamento, de acordo com as orientações e treinamentos.
- b) No caso de perda, dano, extravio ou avaria, por negligência minha, dos equipamentos e/ou materiais referidos na letra 'a', tenho ciência de que serei responsabilizado.
- c) Devo comunicar o gerente local sobre qualquer alteração que o torne impróprio para o uso.

Criciúma – SC, ____ de _____ de 2020.

Assinatura do funcionário



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE CRICIÚMA**

RECIBO DE ENTREGA, DEVOLUÇÃO OU TROCA DE EPI'S

LEGENDA: E=Entrega, T=Troca e D=Devolução

DATA	(E ± T ± D)	QTDE.	EQUIPAMENTO	ASS. DO EMPREGADO

Instruções para uso deste formulário:

a) Preencha o formulário acima com letra legível e de preferência com letra de forma.

07	Responsável capacitado	Alimentar a planilha conforme entrega dos EPIS e realiza controle de estoque no sistema celk.	
08	Responsável capacitado	Solicitar, sempre que necessário pedido complementar via sistema celk.	

8.2 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA FARMÁCIA



NORMAS

Orientações sobre a organização e funcionamento da farmácia.

Controle de temperatura.

Validade dos medicamentos.

Dispensação de medicamentos e orientação.

Telefones almoxarifado: (48) 3445-8440/3445-8764.

Telefone Assistência farmacêutica: (48) 3445-8724

Endereço de e-mail do almoxarifado: almoxarifado.saude@criciuma.sc.gov.br

RESOLUÇÃO - RDC Nº 317, DE 22 DE OUTUBRO DE 2019

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário ou:

-Diariamente para o controle da temperatura;

-Semanalmente para organização e limpeza.

-Quinzenalmente para conferência e controle do estoque;

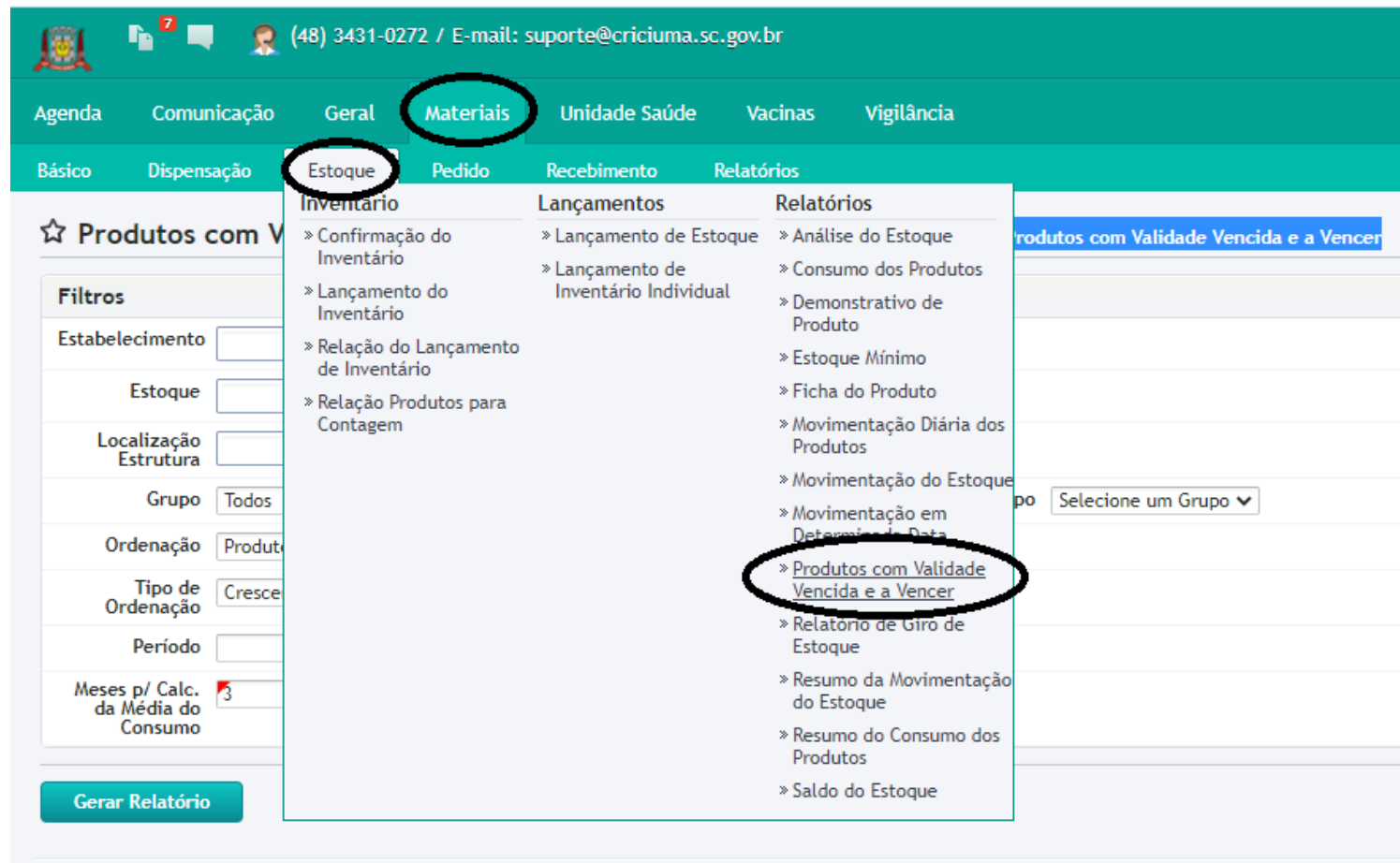
-Mensalmente para solicitação de pedido.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro	Capacitar um técnico de enfermagem quanto às responsabilidades da sala farmácia.	Identificar todos os medicamentos nas caixas bins e prateleiras.

			Separar de preferência por grupos de medicamentos. Exemplo: Hiperdia, suspensão, antimicrobianos e etc. Se possível após essa organização, separar por ordem alfabética.
02	Enfermeiro	Capacitar higienizador quanto a limpeza da farmácia.	
03	Técnico de Enfermagem /Responsável capacitado	Realiza diariamente controle de temperatura através do registro de verificação no termômetro.	O registro deve ser feito no início do expediente e no final, com registro das temperaturas mínima, momento e máxima e assinatura. Caso não possua termômetro, solicitar para Coordenação Distrital e ou coordenação assistência farmacêutica/almojarifado;
04	Técnico de Enfermagem /Responsável capacitado	Realizar semanalmente organização da farmácia, verificando sua organização e necessidade de pedido complementar.	
05	Técnico de Enfermagem /Responsável capacitado	Realizar mensalmente o controle de validade dos medicamentos através do relatório da celk. Seguindo os seguintes passos: (Tela - 427) Materiais / Estoque / Relatórios / Produtos com Validade Vencida e a Vencer. Imprime relatório e anexa em local visível na farmácia. Realiza disposição dos medicamentos na prateleira por ordem de validade. Conforme abaixo:	- Os medicamentos podem ser dispensados observando um prazo mínimo de validade de 30 dias antes do vencimento. Observar a posologia e quantidade a ser dispensada.



06	Técnico de Enfermagem /Responsável capacitado	Medicamentos vencidos devem ser desprezados no lixo químico (saco laranja), realizando MTR. E controle de estoque conforme NR conforme abaixo: – Solicitando caso necessário reposição do medicamento através do pedido almoxarifado celk conforme abaixo na figura 02.	

(48) 3431-0272 / E-mail: suporte@criciuma.sc.gov.br

Agenda Comunicação Geral **Materiais** Unidade Saúde Vacinas Vigilância

Básico Dispensação **Estoque** Pedido Recebimento Relatórios

☆ Lançamento no

Dados

Tipo de Documento

Movimento

Unidade Destino

Estoque

Centro de Custo

Produto

Unidade

Lote

Data de Validade

Quantidade

Número do Documento

Auto de Intimação

Observação

Inventário

- » Confirmação do Inventário
- » Lançamento do Inventário
- » Relação do Lançamento de Inventário
- » Relação Produtos para Contagem

Lançamentos

- » Lançamento de Estoque
- » Lançamento de Inventário Individual

Relatórios

- » Análise do Estoque
- » Consumo dos Produtos
- » Demonstrativo de Produto
- » Estoque Mínimo
- » Ficha do Produto
- » Movimentação Diária dos Produtos
- » Movimentação do Estoque
- » Movimentação em Determinada Data
- » Produtos com Validade Vencida e a Vencer
- » Relatório de Giro de Estoque
- » Resumo da Movimentação do Estoque
- » Resumo do Consumo dos Produtos
- » Saldo do Estoque

Agenda Comunicação Geral **Materiais** Unidade Saúde Vacinas Vigilância

Básico Dispensação Estoque **Pedido** Recebimento Relatórios

☆ Consulta dos Pedidos do Almoarifado

Busca

Almoarifado

Período

Situação Aberto ▼

Procurar

Unidade Almoarifado Pedido Data Pedido Situação

1 / 0 10 Total de Itens: 0

Novo Novo Pedido por Grupo

07	Técnico de Enfermagem /Responsável capacitado	Medicamentos doados: Deve se verificar a validade dos mesmos e armazenar em local próprio “caixa solidária”. Comunicar ao farmacêutico responsável pelo distrito ou setor semanalmente para que o mesmo faça a busca dos medicamentos e encaminhe para farmácia solidária.	
08	Equipe de enfermagem	Da dispensação:	Orientar o usuário quanto à posologia e tirar dúvidas quando necessário.

		Primeiro passo da dispensação de medicamentos: acolhimento. O acolhimento é essencial para um bom atendimento.	

Segundo passo: avaliação da prescrição.

Terceiro passo: avaliação do tratamento.

Quarto passo: separação do medicamento verificando validade e lote.

Quinto passo: Realiza dispensação dos medicamentos conforme prescrição médica no sistema celk, conforme abaixo. Utilizando carimbo “FORNECIDO” na receita.

 (48) 3431-0272 / E-mail: suporte@criciuma.sc.gov.br

Agenda Comunicação Geral **Materiais** Unidade Saúde Vacinas Vigilância

Básico **Dispensação** Estoque Pedido Recebimento Relatórios

☆ Dispensação

- » Consulta da Dispensação
- » Devolução de Medicamentos
- » **Dispensação de Medicamentos/Materiais**
- » Liberação de Receita

Relatórios

- » Dispensação de Uso Contínuo em Aberto
- » Extrato do Paciente
- » Relação das Dispensações
- » Relação das Faltas nas Dispensações
- » Relação das Liberações
- » Relação das Prescrições em Aberto
- » Resumo das Dispensações

Identificação / Dispensação de Medicamentos/Materiais

Hora 10:24

Paciente

Observação

Responsável

Histórico de Dispensações Receitas do Paciente Prontuário do Paciente

Dados da Receita

Tipo de Receita

Número da Receita

Unidade de Origem

Profissional

☐ Profissional Sem Vínculo

Data da Prescrição

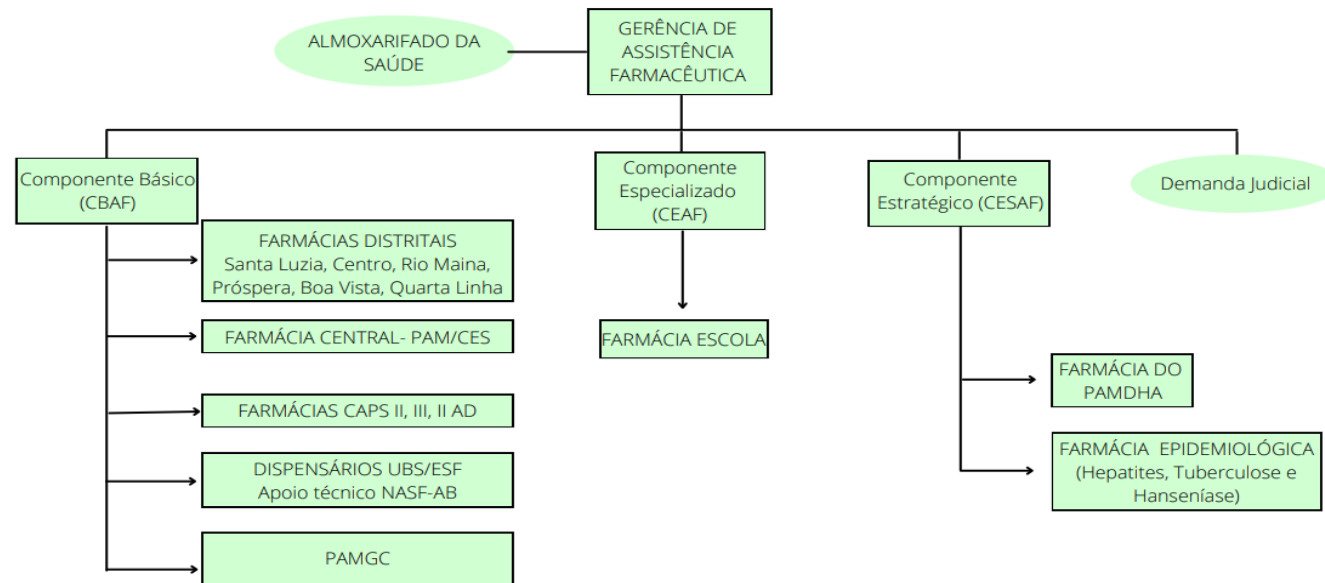
Receita Contínua Não

09

Equipe Multiprofissional

Caso a Unidade não tenha a medicação disponível no momento, realizar ligação para unidade mais próxima para poder encaminhar o usuário. Seguindo as orientações abaixo:

ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA





**PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**



Orientações para dispensação de medicamentos

Medicamentos	Validade da Receita paciente pode usá-la por até:	Quantidade máxima dispensada	Retenção de receita
Para tratamento de doença crônica (Ex: Hipertensão, diabetes, hormônios, sinvastatina, cálcio)	6 meses (período da pandemia: estendida para 1 ano)	SUS: Mensal Farmácia Popular: Trimestral	Não. Anotar na receita do paciente a quantidade dispensada
Anticoncepcional	1 ano	Mensal	Não. Anotar na receita do paciente a quantidade dispensada.
Antibióticos (Ex: Amoxicilina, azitromicina, cefalexina...)*	10 dias	A prescrita	Segunda via. Carimbar fornecido na via do paciente.
Antibióticos de uso contínuo (Ex: Sulfametoxazol + trimetropima, benzilpenicilina...)*	3 meses	Mensal	1ª disp – Segunda via. Anotar na receita do paciente a quant. dispensada. 2ª disp – Xerox da via do paciente. Anotar na receita do paciente a quant. dispensada. 3ª disp – Primeira via
Quaisquer outros medicamentos (omeprazol, dipirona, paracetamol, cinarizina, loratadina, alopurinol, etc...) MESMO QUE PRESCRITO CONTÍNUO	3 meses SN para mais de 3 meses: médico deve determinar o tempo	Mensal	Não. Anotar na receita do paciente a quantidade dispensada.
Medicamentos controlados (fornecidos apenas nas Farmácia Distritais e Central) *	30 dias (considerar dias corridos)	SUS: Receituário C e B (branca e azul): dispensa até 2 meses (se prescrito) Receituário A (amarelo): dispensa até 30 dias, exceto com CID Ampolas: 5 ampolas, exceto com CID	Primeira via ou Notificação de Receita (azul e amarela)

*Necessário solicitar o documento com foto (ou digitalizado) do paciente. Anotar o nº do RG, o lote e a validade na via retida.

8.3 FARMÁCIA - CONTROLE ESTOQUE E PEDIDO MENSAL E COMPLEMENTAR



NORMAS

Orientações sobre Almoxarifado e estoque (controle, pedidos mensal e complementar);
 Realizar controle de estoque sempre antes de solicitar os pedidos;
 Realizar pedido mensal conforme cronograma e datas pré-estabelecido pelo almoxarifado (anexo 01);
 Pedidos complementares podem ser realizados sempre que necessário.

Telefones almoxarifado: (48) 3445-8440/3445-8764.

Telefone Assistência farmacêutica: (48) 3445-8724

Endereço de e-mail do almoxarifado: almoxarifado.saude@criciuma.sc.gov.br

Documentos importantes na ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:

<https://www.criciuma.sc.gov.br/site/assistenciafarmaceutica.php#conteudo>

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário ou:

- Diariamente para o controle da temperatura;
- Semanalmente para organização e limpeza.
- Quinzenalmente para conferência e controle do estoque;
- Mensalmente para solicitação de pedido.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas

01	Enfermeiro	Capacitar um técnico de enfermagem quanto às responsabilidades da sala farmácia. Controle de estoque, pedidos mensal e complementar e recebimento do mesmo.	
03	Técnico de Enfermagem /Responsável capacitado	Realizar quinzenalmente o controle de estoque dos medicamentos, conforme passos abaixo: Realiza contagem dos medicamentos e confere com o estoque na celk; Realiza controle estoque conforme abaixo:	

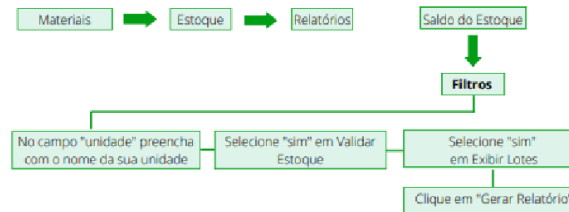


Passo a Passo do Sistema Celk

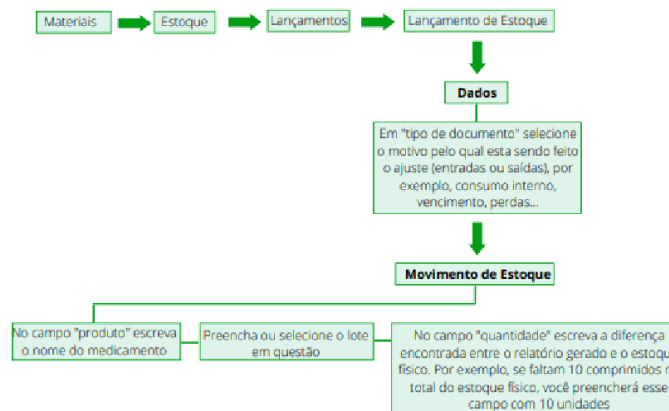


Anexo 3- Relatório de Estoque

Para realizar o seu controle de estoque, gere Relatório de Estoque no mínimo a cada 90 dias, e se necessário, realize os ajustes e correções. **Mantenha seu estoque correto!**



Ajuste de estoque



04	Técnico de Enfermagem /Responsável capacitado	Realizar mensalmente conforme cronograma de datas, pedido mensal conforme abaixo:	-A quantidade deve ser baseada no consumo médio mensal.

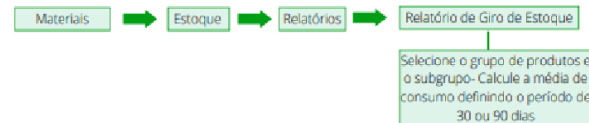


Passo a Passo do Sistema Celk

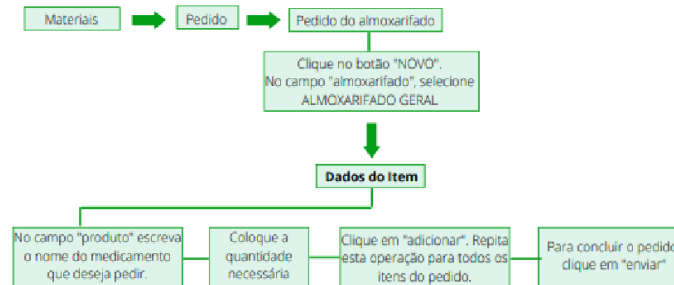


Anexo 2- Pedido- Gerar relatório de giro do estoque

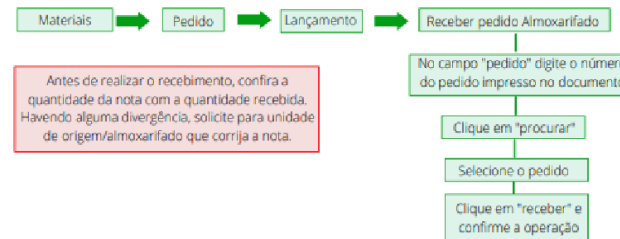
Faça o seu pedido com base no consumo médio da sua unidade. Para isso, antes de realizar o seu pedido gere um "relatório de giro de estoque", seguindo os passos:



Para realizar o pedido:



Receber pedido ou transferência



05

Técnico de Enfermagem
/Responsável capacitado

Realizar pedido complementar conforme necessidade.

-Semanalmente deve-se revisar a farmácia para que não falem medicamentos.
-Solicitar pedido complementar sempre que necessário.
-Quando urgente ligar diretamente para o setor almoxarifado.

06	Técnico de Enfermagem /Responsável capacitado	Realizar recebimento dos pedidos/medicamentos e conferir todos (lote e validade) antes de dispor nas prateleiras.	-Sempre deixar terminar um lote para depois repor o próximo nas caixas bins. -A unidade receberá seu pedido, em até 7 dias, após ter enviado a solicitação para o almoxarifado da Saúde. Caso não receba nesse período, faça contato com o almoxarifado, para confirmar se o pedido foi realmente recebido.
07	Técnico de Enfermagem /Responsável capacitado	Realizar, após conferência, a entrada no sistema celk conforme abaixo:	

The screenshot displays the Celk system interface. At the top, there is a header bar with the state of Criciúma logo, a notification icon with the number 7, a user profile icon, and contact information: (48) 3431-0272 / E-mail: suporte@criciuma.sc.gov.br. Below the header is a navigation menu with tabs: Agenda, Comunicação, Geral, **Materiais** (highlighted with a red circle), Unidade Saúde, Vacinas, and Vigilância. Under the 'Materiais' tab, there are sub-tabs: Pedido, Recebimento, and Relatórios. The 'Pedido' sub-tab is active, showing a dropdown menu with options: Cadastros, Lançamentos, and Relatórios. The 'Lançamentos' option is further expanded, showing: » Pedidos de Transferência, » Enviar Pedido Transferência, » Pedidos do Almoxarifado, » **Receber Pedido Almoxarifado** (highlighted with a red circle), and » Separação do Pedido de Transferência. On the left side, there is a section titled '☆ Receber Pedido Almoxarifado' with a search bar labeled 'Busca' containing the text 'Pedido' and a 'Procurar' button. Below this is a table with columns: Pedido, Data Pedido, and Data Embarque. At the bottom, there is a pagination bar showing '1 / 0' and 'Total de Itens: 0', and a 'Receber' button.

DATAS DE ENVIO DE PEDIDOS MENSAL E DE PACIENTES ESPECIAIS PARA ALMOXARIFADO DA SAÚDE

Enviar pedidos do dia 01 ao dia 07 de cada mês	Enviar pedidos do dia 08 ao dia 15 de cada mês	Enviar pedidos do dia 16 ao dia 23 de cada mês	Enviar pedidos do dia 24 ao dia 30 de cada mês
Caps II	Ana Maria	Boa Vista	Bairro da Juventude
Caps III	Argentina	Mineira Nova	CCZ
Caps infantil	Brasília	Mineira Velha	Colonial
Hepatite	Cristo Redentor	Mãe Luzia	Laranjinha
Tuberculose	CSU	Mina União	Metropol
Vig. Epidemiologica	Vila Rica	Nova Esperança	Pinheirinho
Vig. Sanitária	Linha Batista	Paraíso	Rio Maina
Central de Ambulância	Morro Estevão	Penitenciaria Sul	São Marcos
Farmácia Central	N.S. da Salette	Penitenciaria Feminina	Vila Francesa
Saúde da Mulher	Primeira Linha	Santo Antônio	Vila Zuleima
Criança Saudável	Próspera	Presidio Santa Augusta	Wosocris
PAM-CES	Quarta Linha	Santa Augusta	Farmácia Escola
PAMDHA	Verdinho	Santa Luzia	Farmácia Judicial
Lab. Municipal	Sangão	São Defende	PAMGC
Centro	Renascer	São Sebastião	Ambulatório de Feridas
Milanese	São Simão	Vila Belmiro	SAMU
Operária Nova		Vila Manaus	
Santa Barbara		Caps AD	
São Luiz		CEREST	
Mina do Mato			
Mina do Toco			
Maria Céu			



LOCAIS DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS EM CRICIÚMA



1 FARMÁCIAS DISTRITAIS

Farmácia da UBS Centro (Distrito Centro):

Horário de Assistência do Farmacêutico: 07:00 às 11:00h. | Horário de Atendimento: 07h às 19h
Endereço: Rua João Pessoa, nº 187. Criciúma/SC. CEP: 88801-530. **Telefone: 3430-0934.**

Farmácia da ESF Santa Luzia (Distrito Santa Luzia):

Horário de Assistência do Farmacêutico: 8h às 12h | Horário de Atendimento: 7h às 17h
Endereço: Rua Braz Cardoso Fernandes. S/N. Loteamento Jardim Camélia. Bairro Santa Luzia. Criciúma/SC. CEP: 88807-270. **Telefone: 3461-9450.**

Farmácia da UBS Próspera (Distrito Próspera):

Horário de Assistência do Farmacêutico: 8h às 12h | Horário de Atendimento: 8h às 12h / 13h às 17h
Endereço: Rua Pernambuco, esquina com a Travessa do Mineiro, s/nº. Fundos da Praça da Chaminé. Criciúma/SC. CEP: 88813-010. **Telefone: 3445-8770.**

Farmácia da Wosocris/Rio Maina (Distrito do Rio Maina):

Horário de Assistência do Farmacêutico: 7:30h às 11:30h. | Horário de Atendimento: 7h às 17h.
Endereço: Rua Virgílio Mondardo, s/nº - Bairro Catarinense. Criciúma/SC.
CEP: 88818-338. **Telefone: 3403 3300 / 3403 3301.**

Farmácia da UBS do Boa Vista (Distrito Boa Vista):

Horário de Assistência do Farmacêutico: 8h às 12h | Horário de Atendimento: 8h às 17h.
Endereço: Rua Tangará, esquina com São Francisco do Sul, s/nº. Bairro Boa Vista, Criciúma/SC. CEP: 88805-5000.
Telefone: 3445-8765/8766.

Farmácia da ESF Quarta Linha (Distrito Boa Vista):

Horário de Assistência do Farmacêutico: 08:00 às 12:00h. | Horário de Atendimento: 8h às 12h / 13h às 17h.
Endereço: Rodovia Monsueto Luiz Rosso, S/N. Criciúma/SC. CEP: 88812-499. **Telefone: 3437-6741/1325.**

2 Farmácia Central

Farmácia Central (CES/PAM):

Horário de Assistência do Farmacêutico: 7h às 17h. | Horário de Atendimento: 7h às 17h (Senhas até as 16h).
Endereço: Rua Maria Fernandes Argente, nº 85, antigo Pavilhão da TURIM. Bairro Santo Antônio. CEP: 88809-340.
Telefone: 3403-7440.

3 Farmácia Estratégica do PAMDHA

Farmácia Estratégica do PAMDHA (Programa DST/HIV/AIDS e Toxoplasmose):

Horário de Assistência do Farmacêutico: 8h às 17h. | Horário de Atendimento: 7h às 17h.
Endereço: Rua Maria Fernandes Argente, nº 85, antigo Pavilhão da TURIM. Pavimento superior. Bairro Santo Antônio.

	CEP: 88809-340. Telefone: 3445-8730.
4 Farmácia da Vigilância Epidemiológica	Farmácia da Vigilância Epidemiológica (Hepatites, Tuberculose, Hanseníase, Influenza e Demandas Judiciais): Horário de Assistência do Farmacêutico: 8h às 13h. Horário de Atendimento: 7h às 13h. Endereço: Rua Benjamin Bristot, nº 100, Bairro Michel. CEP: 88803040 Telefone: 3437-7893.
5 Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Farmácia Escola)	Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Farmácia Escola): Horário de Assistência do Farmacêutico: 8h às 17h Horário de Atendimento: 8h às 17h Aberturas de novos processos: 13:15h às 16:30h Endereço: Clínicas Integradas – UNESC. Telefone: 3431-2786.
6 CAPS	Farmácia Especializada do CAPs III (Exclusiva para os usuários CAPs III) Horário de Assistência do Farmacêutico: 8h às 12h. Endereço: Rua Almirante Barroso, nº 947. Bairro Centro. Próximo ao escritório Corbeta. Criciúma/SC. CEP: 88802-249. Telefone: 3403-3450. Farmácia Especializada do CAPs II (Exclusiva para os usuários CAPs II) Horário de Assistência do Farmacêutico: 8h às 12h. Endereço: Rua Maestro Jacó, nº 55. Bairro Michel. Criciúma/SC. CEP: 88.803-020. Telefone: 3445-8736. Farmácia Especializada do CAPs II AD (Exclusiva para os usuários CAPs II AD) Horário de Assistência do Farmacêutico: 13h às 17h (sexta-feira 11h às 15h). Endereço: Rua João Batista Rita, s/nº. Bairro Santa Luzia. Criciúma/SC. CEP: 88806-100. Telefone: 3445-8488 / 3437-9682.
7 Programa de Automonitoramento Glicêmico Capilar (PAMGC)	Programa de Automonitoramento Glicêmico Capilar (PAMGC) – Horário de Atendimento: 8h às 12h / 13h às 17h Endereço: Clínicas Integradas – UNESC. Telefone: 3431-4538. Obs.: Disponibiliza as insulinas e insumos para diabetes. Documentos para cadastro no PAMGC: Prescrição médica; Cópia do CPF, RG, Cartão SUS e Comprovante de residência; Agendamento da consulta de enfermagem. Após cadastro, o usuário deverá levar consigo uma caixa de isopor pequena (para transporte da insulina).
8 Dispensários de medicamentos	Dispensários de medicamentos: Situados nas Unidades de Saúde do Município. Obs.: O usuário deverá buscar atendimento na Unidade de Saúde de sua referência.

8.4 PEDIDO ESPECIAL



NORMAS

Orientações sobre Solicitação de Pedidos especiais para usuários que fazem uso prolongado de insumos (curativos crônicos, acamados com necessidade de uso de fraldas, empresas e instituições de longa permanência ou escolas da área de abrangência que solicitam insumos mensais para assistência aos usuários que ali frequentam).

Telefones almoxarifado: (48) 3445-8440/3445-8764.

Endereço de e-mail do almoxarifado: almoxarifado.saude@criciuma.sc.gov.br

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário e os de rotina seguir cronograma do almoxarifado conforme cada unidade.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro	Capacitar a equipe quanto às solicitações dos pedidos especiais (quando e como solicitar novo pedido especial);	Sempre que algum membro da equipe percebe a necessidade de solicitação de novo pedido especial.
02	Equipe multiprofissional	Profissional recebe a demanda ou verifica a necessidade de solicitação de novo pedido especial e preenche solicitação conforme modelo/sugestão abaixo: Entrega ao Enfermeiro/gerente responsável;	

DATA DA SOLICITAÇÃO DO PEDIDO:		
NOME PACIENTE:		
CELK:	TELEFONE:	
PATOLOGIA:		
LOCAL DO CURATIVO:		
TEMPO APROXIMADO PARA CICATRIZAÇÃO:		
MATERIAL	TIPO	QUANTIDADE

03	Enfermeiro/ Gerente da UBS	Realizar solicitação do novo pedido através do preenchimento da planilha conforme abaixo e envia para o e-mail do almoxarifado. Importante especificar no assunto do e-mail se pedido especial de rotina ou novo pedido especial.	- Caso não possua o modelo de planilha, solicitar para Coordenação Distrital ou Almoxarifado Saúde por e-mail: almoxarifado.saude@criciuma.sc.gov.br - Caso haja urgência na solicitação do Pedido, ligar para o setor Almoxarifado: 3445-8440 ou 3445-8764.

ESF xxxxxxxx - MÊS xx 2021

NOME PACIENTE: xxxxxxxxxxxx

PATOLOGIA: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

CURATIVO:	SIM	NÃO	QUANTAS VEZES AO DIA:	1	2	3
LOCAL DO CURATIVO:						
FRALDA:	SIM	NÃO	QUANTIDADE :	TAMANHO:		
<u>MATERIAL</u>			<u>TIPO</u>	<u>QUANTIDADE</u>		

04	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem /Responsável capacitado/ Gerente da UBS	Solicitar mensalmente por e-mail os pedidos especiais da sua Unidade conforme cronograma de pedido mensal do Almojarifado;	- Sempre verificar e alterar a planilha caso haja, melhora/alta do tratamento do usuário ou óbito; - Mudança de território: informar a nova a Unidade do usuário, se mudança dentro do município, para dar continuidade ao recebimento do pedido especial.

05	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem /Responsável capacitado/ Gerente da UBS	Receber o pedido especial, conferindo todos os itens. Armazenar em local organizado e devidamente identificado. E dar entrada no sistema celk conforme abaixo;

The screenshot shows the Celk system interface for receiving a request. The top navigation bar includes 'Agenda', 'Comunicação', 'Geral', 'Materiais' (highlighted), 'Unidade Saúde', 'Vacinas', and 'Vigilância'. Below this, the 'Receber Pedido Almojarifado' page is displayed. It features a search bar with the text 'Busca' and a 'Procurar' button. A table with columns 'Pedido', 'Data Pedido', and 'Data Embarque' is shown, along with a 'Receber' button. The 'Materiais' menu is open, showing options like 'Pedidos de Transferência', 'Pedidos do Almojarifado', 'Enviar Pedido Transferência', 'Receber Pedido Almojarifado' (circled), and 'Separação do Pedido de Transferência'.

06	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem /Responsável capacitado/ Gerente da UBS	Orientar os ACS (Agentes comunitários de Saúde) para realizar ligação conforme micro área, informando a chegada dos pedidos especiais, para que não haja acúmulo dos mesmos.

07	Equipe de enfermagem	Realizar dispensação do pedido especial através da celk conforme abaixo:	Solicitar assinatura do usuário ou responsável após a entrega do pedido especial.

The screenshot displays the Celk system interface. At the top, there is a header bar with a logo, a notification icon with the number 7, a user profile icon, and contact information: (48) 3431-0272 / E-mail: suporte@criciuma.sc.gov.br. Below the header is a navigation menu with tabs: Agenda, Comunicação, Geral, **Materiais** (highlighted with a red circle), Unidade Saúde, Vacinas, and Vigilância. Under the 'Materiais' tab, there is a sub-menu with options: Básico, **Dispensação** (highlighted with a red circle), Estoque, Pedido, Recebimento, and Relatórios. The 'Dispensação' sub-menu is expanded, showing a list of options: » Consulta da Dispensação, » Devolução de Medicamentos, » **Dispensação de Medicamentos/Materiais** (highlighted with a red circle), » Liberação de Receita, » Dispensação de Uso Contínuo em Aberto, » Extrato do Paciente, » Relação das Dispensações, » Relação das Faltas nas Dispensações, » Relação das Liberações, » Relação das Prescrições em Aberto, and » Resumo das Dispensações. Below the menu, there are input fields for 'Paciente', 'Observação', and 'Responsável'. At the bottom, there are buttons for 'Histórico de Dispensações', 'Receitas do Paciente', and 'Prontuário do Paciente'. The 'Dados da Receita' section includes a 'Tipo de Receita' dropdown, a 'Número da Receita' input field, a 'Unidade de Origem' dropdown, a 'Profissional' input field, a checkbox for 'Profissional Sem Vínculo', a 'Data da Prescrição' input field, and a 'Receita Contínua' dropdown set to 'Não'.

CAPÍTULO 9 - PROGRAMAS E SERVIÇOS DE APOIO

9.1 OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR



NORMAS

Orientações sobre as rotinas de encaminhamento, visitas periódicas e rotinas de oxigenoterapia domiciliar.

Referência: Assistência Social de cada Distrito

Materiais necessários para impressão: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/media-e-alta-complexidade/oxigenoterapia-domiciliar>

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário ou:

-Mensalmente para realização de visita domiciliar e registro do relatório de visita domiciliar.

O relatório deve chegar todos os meses para a assistente social de referência até o dia 05, portanto se faz necessário a realização da visita até o dia 25 do mês anterior a fim de garantir a logística de entrega do relatório.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar sua equipe sobre como funcionam as rotinas de oxigenoterapia domiciliar.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe.
02	Médico	Solicitar conforme conduta clínica o uso de oxigenoterapia domiciliar através da prescrição do exame	

de gasometria arterial e após preenchimento da Ficha Médica de Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar conforme abaixo:



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Ficha Médica de Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar

Informações do Paciente:

Nome: _____		Peso: _____ Kg	
Idade: _____ anos		Município (SC): _____	
Patologias pulmonares:	CID10:	Patologias associadas:	CID10:
1. _____	_____	1. _____	_____
2. _____	_____	2. _____	_____
Paciente hospitalizado? ☐ Sim* ☐ Não		Tabagismo atual? ☐ Sim** ☐ Não	
*Hospital: _____		**Encaminhar para tratamento de tabagismo.	
Data da última exacerbação da doença pulmonar (se aplicável): ____/____/____			

Avaliação do Perfil de Oxigenação do Paciente:

Atenção, processos que não se encaixam nas duas indicações abaixo, possivelmente serão INDEFERIDOS:

- [1] PO₂ < 55 mmHg ou Sat O₂ < 88% (a Sat O₂ será considerada APENAS quando o pH não demonstrar acidemia)
[2] PO₂ entre 55 e 60 mmHg ou Sat O₂ < 89% (APENAS quando há hipertensão pulmonar, Hto > 55% ou edema periférico)

Gasometria arterial	Data	pH	PCO ₂	PO ₂	Bicarb.	BE	Sat O ₂
[anexar ao processo]	Atenção: Exame RECENTE (até 30 dias), coletado SEM O ₂ complementar, com o paciente em REPOUSO (aprox. 10 min) e ESTÁVEL (se internado, coletar próximo da alta hospitalar)						

☐ Paciente pediátrico, não foi coletada a gasometria arterial. Anexado laudo médico ao processo.

☐ Outro (necessita avaliação por especialista ou exame específico): _____

Dados da Solicitação:

Fluxo de O ₂ :	☐ 1l/min	☐ 2l/min	☐ 3l/min	☐ l/min	Fluxos > 3l/min precisam de titulação por gasometria arterial
Tempo de uso diário:	h/dia (15-24 horas/dia)				Tempo de uso inferior a 15h/dia não gera benefício terapêutico
Obs: _____					

Dados do Médico Solicitante:

Nome: _____	CRM/SC: _____
E-mail: _____	Telefones de contato: _____ ; _____
Especialidade: ☐ Pneumologia ☐ Outra [_____]	
Observações: _____	
Data: ____/____/____	Carimbo e assinatura do médico

DIRETRIZES PARA OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR SES-SC:
<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/media-e-alta-complexidade/oxigenoterapia-domiciliar/10416-diretrizes-do-servico-de-oxigenoterapia-e-ventilacao-domiciliar/file>

03	Equipe multiprofissional	Encaminhar o paciente após a solicitação de oxigenoterapia domiciliar a sua referência de assistência social.	- Munido dos seguintes documentos: CÓPIA E ORIGINAL 1. Identidade (frente e verso) 2. CPF 3. Cartão SUS 4. CPF e Identidade do responsável, caso a paciente seja dependente 5. Comprovante de residência atualizado 6. Solicitação médica referindo a necessidade do uso. 7. Ficha de solicitação médica de ventilação domiciliar.
04	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar os ACS quanto às visitas de rotina que são realizadas mensalmente e o preenchimento das mesmas, prazos e entrega conforme referência distrital assistência social.	
05	Equipe de enfermagem / Médico	Realizar visita domiciliar sempre que necessário ao usuário em uso de oxigenoterapia domiciliar para orientação e cuidados com o mesmo.	
06	ACS	Realizar visita domiciliar mensal dos usuários que pertencem a sua micro área ou de suporte caso necessário, preenchendo Relatório de visita domiciliar e entregar conforme prazo pré-estabelecido pela gerência local, conforme abaixo:	

APÊNDICE F- RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR MENSAL (ESF)



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR

RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR MENSAL (ESF)

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL N.º _____ DATA DA VISITA: ____/____/____

MUNICÍPIO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____

ENDEREÇO ATUAL: _____

TELEFONE CONTATO ATUALIZADO: _____

EQUIPAMENTOS EM USO

CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO () (litros por minuto e horas por dia)	VENTILAÇÃO ASSISTIDA ()
1. Quantidade prescrita pelo médico do SOD (Guia de Autorização de Serviço - GAS): L/min _____ horas/dia	1. Tipo: CPAP () BIPAP SIMPLES () BIPAP COMPLEXO () VENTILAÇÃO MECÂNICA ()
2. Quantidade utilizada pelo paciente: L/min _____ horas/dia	2. Quantidade utilizada pelo paciente: _____/24h _____ noites/semana

CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE

1. Qual a doença de base do paciente? SIM () NÃO ()	() DPOC () ASMA () DOENÇA INTERSTICIAL () CARDIOPATIAS () OUTRAS: _____
2. O paciente foi internado nos últimos 30 dias? SIM () NÃO ()	Se sim: _____ Quanto dias? _____ Motivo: _____
3. Quais as condições de saúde do paciente? (Está estável? Apresentou melhora do cansaço? Está adaptado ao equipamento?)	- TRAQUEOSTOMIA: () SIM () NÃO - SINTOMAS / QUEIXAS () ERUCTAÇÃO MATINAL () CEFALÉIA () OLHOS SECOS () ESPIRRÓS FREQUENTES () CONGESTÃO NASAL () RINORRÉIA () OUTROS: _____
4. Medicamentos para DOENÇA PULMONAR em uso? O paciente utiliza corretamente as medicações? SIM () NÃO ()	
5. O paciente é tabagista? () ATIVO () EX-TABAGISTA () NUNCA FUMOU Já foi encaminhado ao Programa de Controle do Tabagismo? _____ Recusou-se? _____	6. O paciente usa o equipamento conforme prescrição médica? () Sim () Menos tempo do que prescrito () Apenas nas crises de falta de ar () Não usa
	7. O paciente usa o aparelho toda a noite? SIM () NÃO ()

CONDIÇÕES DO EQUIPAMENTO

1. Mantém condições mínimas de higiene no local de instalação do equipamento? SIM () NÃO ()	2. O equipamento fornecido está em bom estado, aparentemente? SIM () NÃO () Se não, qual o problema detectado? _____

DEMANDAS DO PACIENTE E FAMILIARES

ORIENTAÇÕES DADAS AO PACIENTE:

() Rever com médico assistente suspensão de O2 domiciliar	() Rever com médico assistente suspensão do CPAP/BIPAP
() Rever com médico assistente fluxo adequado O2 domiciliar (titulação)	() Rever com médico assistente ajustes na pressão
() Melhorar cuidados com aparelho	() Melhorar cuidados com aparelho
() Cessação tabagismo	() Rever com médico assistente ajustes na máscara
() Avaliar ajuste no tratamento medicamentoso da doença pulmonar	() Cuidados traqueostomia
() Outras: _____	() Outras: _____

REGISTRO DA VISITA

Assinatura do paciente ou cuidador _____

Assinatura e carimbo do técnico que realizou a visita _____

Assinatura e carimbo do médico responsável (ESF ou SMS) _____

35

07	Enfermeiro / Gerente da UBS	Encaminhar Relatório de visita domiciliar devidamente assinado para referência em Assistência Social, conforme prazo pré-estabelecido pela mesma.	- O relatório precisa estar devidamente preenchido e assinado por: usuário ou responsável, ACS, médico ou enfermeiro da Unidade.

9.2. VIGILÂNCIA SANITÁRIA



NORMAS

Encaminhar para a vigilância sanitária as situações que envolverem atendimentos que necessitem de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse da saúde, incluindo ambiente de trabalho.

E-mail: vigilanciasanitaria@criciuma.sc.gov.br

Telefone: (48) 3437-6191

ROTINAS

Periodicidade: Sempre que necessário.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Francielle Lazzarin de Freitas Gava

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável		Notas
01	Equipe multiprofissional	Atendimentos que o profissional deseja receber orientação ou visita da Vigilância Sanitária na unidade de saúde, o mesmo poderá realizar das 8h às 17h, em dias úteis através dos canais de comunicação: - e-mail protocolo.visa@criciuma.sc.gov.br - Fone (48) 3437-6191 Presencial: Rua Emílio Hulse, esquina com a Rua Henrique Lage, nº 2120 – Bairro Santa Bárbara – CEP 88804-120	Orientações da VISA municipal encontram-se na página: https://www.criciuma.sc.gov.br/vigilancia_sanitaria/index.php#inicio - REFERÊNCIAS: ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Disponível em:

			https://www.criciuma.sc.gov.br/vigilancia_sanitaria/#links Acesso em: 25 jul. 2021.
02	Equipe multiprofissional	Atendimentos que os usuários procuram a UBS para informação de como realizar denúncias, os profissionais devem orientar a população dos canais de comunicação: -Ouvidoria do município pelo número 156 - e-mail vigilanciasanitaria@criciuma.sc.gov.br	

9.3 SERVIÇO SOCIAL



NORMAS

O serviço social atua junto à saúde prestando serviços direto à população, facilitando o acesso dos usuários aos seus direitos sociais. Cabe a equipe de enfermagem conhecer os direitos e as formas de acesso, realizando os encaminhamentos de forma correta. Até o presente momento, é realizado encaminhamento para o serviço social para realizar processos de: oxigenioterapia, bipap e cipap, órteses e próteses, fralda, cama hospitalar, cadeira de rodas e aspirador portátil.

REFERÊNCIAS:

Distrito Quarta Linha

Horário: Segunda e Quarta: 12 horas às 17 horas

Terça e Quinta feira: 08 horas às 14 horas

Telefone: (48) 3403 7421

Local de atendimento: CES / Santo Antônio

UNIDADES:

- Quarta Linha
- Primeira Linha
- Morro Estevão
- Verdinho
- São Roque

➤ Sangão

Distrito Centro

Horário: Segunda a Quinta feira: 09 horas às 18 horas

Telefone: (48) 3445 7324

Local de atendimento: UBS Central

UNIDADES:

➤ Centro

➤ Maria Céu

➤ Milanese

➤ Mina do Mato

➤ Mina do Toco

➤ Michel

➤ São Luiz

➤ Santa Bárbara

➤ São Simão

➤ Operária Nova

Distrito Boa Vista

Horário: Segunda e Quarta: 07 horas às 13 horas

Telefone: (48) 3445-8765/3437-4050

Local de atendimento: Ambulatório do Boa Vista

UNIDADES

- Pinheirinho
- Paraíso
- Santo Antônio
- Santa Augusta

Distrito Próspera

Horário: Segunda e Quarta: 07 horas às 13 horas

Telefone: (48) 3439-3097

Local de atendimento: ESF da Próspera, antigo 24horas

UNIDADES

- Próspera
- Ana Maria
- Argentina
- Cristo Redentor
- Linha Batista
- Nossa Senhora da Salete

- Renascer
- Vila Rica/Imigrantes
- Brasília

Distrito Santa Luzia

Horário: Segunda e Quarta: 07 horas às 13 horas

Telefone: (48) 3461-9450/3437-5771

Local de atendimento: UBS Santa Luzia

UNIDADES

- Santa Luzia
- Mineira Nova
- Mineira Velha
- Mãe Luzia
- Mina União
- Nova Esperança
- São Defende
- São Sebastião
- Vila Belmiro
- Vila Manaus

Distrito Rio Maina

Horário: Segunda a Sexta: 07 horas às 13 horas

Telefone: (48) 3403-7009

Local de atendimento: ESF Wosocris/Rio Maina

UNIDADES

- Rio Maina
- Colonial
- Laranjinha
- Metropol
- Vila Francesa
- São Marcos
- Vila Zuleima
- Wosocris

CRAS / Criciúma

Central - (48) 3445-8912

Prefeitura Velha

Renascer – (48) 3439-7406

Rua Antônio Lima, 54 – Renascer

Cristo Redentor - (48) 3439-4259

Rua Cecília Maria Vieira Batista – 97

Cristo Redentor

Próspera – (48) 3445-8921 Rua Espírito Santo – 55 Bairro Brasília Vila Miguel – (48) 3478 5002 Rua Santa Isaura de Jesus dos Santos – 510 Bairro Vila Miguel Santa Luzia - (48) 3345-8940 Rua Luiz Eurico Tejera Lisboa – 330 Vila Vitória ROTINAS Periodicidade: Sempre que necessário. ELABORAÇÃO: Enfermeira Gabriele de Carvalho DATA: 16/08/2021			
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Equipe multiprofissional	Conhecer os direitos sociais da população e conhecer os fluxos.	REFERÊNCIA: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de saúde. Brasília (DF), 2010. (Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais).
02	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Informar os documentos necessários para abertura de processo, encaminhar para a assistente social de saúde de referência do seu distrito, fazendo contato prévio	

		para confirmar horário de atendimento e documentos necessários. Oxigenoterapia: gasometria recente, cópia legível de CPF, cartão SUS e RG, comprovante de residência e de renda, solicitação médica. BIPAP e CPAP: exame de polissonografia basal, cópia legível de CPF, cartão SUS e RG, comprovante de residência e de renda, solicitação médica. Órteses e próteses: Solicitação médica com CID e modelo da órtese ou prótese, cópia legível de CPF, cartão SUS e RG, comprovante de residência e de renda. Fralda: Solicitação médica com CID e tamanho da fralda, cópia legível de CPF, cartão SUS e RG, comprovante de residência e de renda de todos que moram com paciente. CFT (comissão farmacêutica de trabalho): Laudo da doença, receita atualizada, exames atualizados, cópia legível de CPF, cartão SUS e RG, comprovante de residência e de renda. Cama hospitalar, cadeira de rodas e aspirador portátil: pedido médico do equipamento, laudo da doença, cópia	

		legível de CPF, cartão SUS e RG, comprovante de residência e de renda	
03	Médico	Realizar solicitação médica de necessidade de uso de oxigênio/cadeira de rodas/cadeira de banho/ fralda conforme avaliação.	
04	Assistente social	Realizar os processos conforme normas e rotinas do serviço social do município.	

9.4 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE - PICs



NORMAS

Aos profissionais da saúde cabe reconhecer as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) como tratamento, desde que incorporados aos protocolos das linhas de cuidados da rede de saúde do município.

ROTINAS

Periodicidade: Conforme prescrição.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Francielle Lazzarin de Freitas Gava

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro capacitado	Desenvolver no contexto do Processo de Enfermagem/Consulta de Enfermagem a realização de todas as PICs, a fim de contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema observando o recomendado pelo COREN-SC de que o profissional deve ser devidamente habilitado; com titulação específica e reconhecida por instituição de ensino, com carga horária mínima de 360 horas ou ainda, quando da existência de protocolo da instituição de saúde que aprove a prescrição e execução dessas práticas.	REFERÊNCIAS: COFEN – RESOLUÇÃO COFEN Nº 197/1997 – REVOGADA PELA RESOLUÇÃO COFEN Nº 500/2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1971997_4253.html Acesso em: 27 jul. 2021. LEGISWEB. Portaria MS nº 971 de 03/05/2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=198413

			Acesso em: 27 jul. 2021. COREn – SC RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 004/CT/2020, Santa Catarina, 2020, 5 p. Disponível em: http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/RT-004-2020-Pr%C3%A1ticas-integrativas-.pdf Acesso 27 jul. 2021.
02	Técnico de Enfermagem	Colaborar em grau auxiliar e sob orientação e supervisão do Profissional Enfermeiro, o técnico tem competência para participar do Processo de Enfermagem, neste caso, na realização das PICS.	Segundo parecer do COREN/SC Nº 004/CT/2020

9.5 GERENCIAMENTO DE CONDUTAS RELATIVAS AO BOLSA FAMÍLIA



NORMAS

Orientações sobre gerenciamento das condutas do Programa Bolsa Família.

O Bolsa Família é um programa da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC), que contribui para o combate à pobreza e à desigualdade no Brasil. Ele foi criado em outubro de 2003 e possui três eixos principais: complemento da renda; acesso a direitos; e articulação com outras ações a fim de estimular o desenvolvimento das famílias. A gestão do Bolsa Família é descentralizada, ou seja, tanto a União, quanto os estados, o Distrito Federal e os municípios têm atribuições em sua execução. Em nível federal, o Ministério da Cidadania é o responsável pelo Programa, e a Caixa Econômica Federal é o agente que executa os pagamentos.

Acesso: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/login.xhtml>

Telefone: (48) 3445-8773

Endereço de e-mail: dant.ve@criciuma.sc.gov.br

ROTINAS

Periodicidade: Semestralmente, conforme orientação da gestão e setor responsável.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas

01	Enfermeiro/ Gerente da UBS	Capacitar toda equipe sobre o Programa Bolsa Família, adesão e oferta aos que necessitam do auxílio, orientação e como alimentar o sistema dos usuários já cadastrados.	Deve-se utilizar o espaço da reunião e equipe
02	Enfermeiro/ Gerente da UBS	Solicitar acesso (logins e senha ao setor responsável) através do e-mail dant.ve@criciuma.sc.gov.br para todos os ACS.	No e-mail informar dados: nome completo, data nascimento, cpf, telefone e e-mail de cada ACS. O enfermeiro/ gerente da UBS também deve ter acesso ao sistema.
03	Enfermeiro/ Gerente da UBS	Capacitar os ACS em relação ao preenchimento e alimentação do sistema Online bolsa família, através do link: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/login.xhtml	Se necessário solicitar capacitação ao setor responsável. Cada ACS será responsável pelo preenchimento de suas respectivas micros. Normalmente é realizada semestralmente após contato do setor responsável.
04	ACS	Realizar a alimentação adequada no sistema dos usuários de sua responsabilidade conforme solicitação e cronograma do Programa.	semestralmente
05	ACS	Identificar na sua micro área usuários que necessitam do auxílio e encaminhar com as orientações e documentação necessária para a referência distrital em Assistência social.	
06	ACS	Comunicar ao enfermeiro/Gerente da UBS, os usuários que mudaram de endereço.	
07	Enfermeiro/ Gerente da UBS	Enviar e-mail ao setor responsável (dant.ve@criciuma.sc.gov.br) dos usuários que não residem mais no território de abrangência, informando novo endereço e se possível mandar e-mail de cópia para nova Unidade.	No entanto, se conseguir retirar as informações de peso, altura e os dados necessários no sistema celk, poderá alimentar normalmente no ciclo vigente.

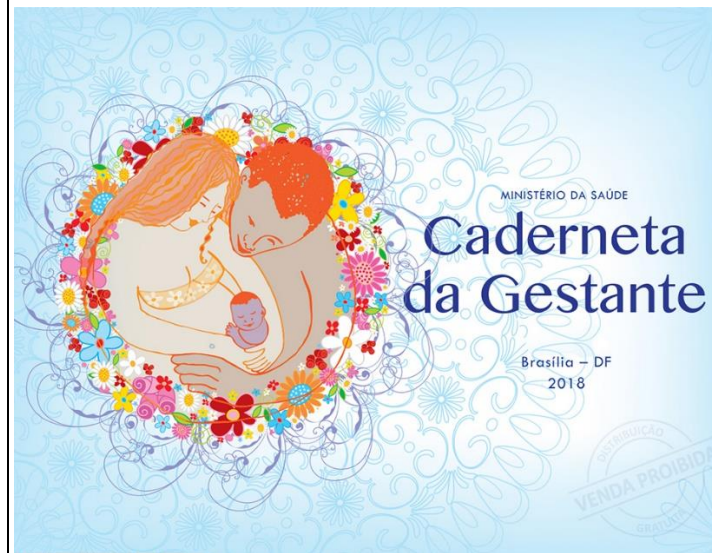
08	ACS	Realizar busca ativa dos beneficiários para que compareçam à Unidade de saúde para realização de antropometria, trazendo a carteirinha de vacinas e pré-natal, se gestante.	
09	Técnico/Auxiliar de Enfermagem	Realizar a antropometria e conferência vacinal, registrar no sistema celk e comunicar ACS responsável para alimentar o sistema online do Programa.	
10	ACS	Após 1 semana se não ocorreu a pesagem realizar busca ativa das famílias.	
11	Equipe multiprofissional	Discutir após 30 dias todos os pacientes verificando quais já realizaram e quais ainda necessitam de busca, até que todos tenham alguma resolução.	
12	Enfermeiro/ Gerente da UBS	Revisar no sistema online o preenchimento dos dados.	

CAPÍTULO 10 – LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO

10.1 ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

	NORMAS É de responsabilidade da equipe de enfermagem e saúde realização o acompanhamento pré-natal nas Unidades de Saúde, conforme normatizações do PROTOCOLO MÃE CORUJA (2020): Consultar PROTOCOLO MÃE CORUJA – 2020 (Vigente). ROTINAS Primeira consulta Gestante; Acompanhamento pré-natal; Solicitação e realização de exames e encaminhamentos. Periodicidade: Em todas as consultas de pré-natal. ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro/ Médico /Gerente da UBS	Capacitar sua equipe sobre como funciona o acompanhamento pré-natal em todas as suas fases, desde a solicitação do exame de gravidez até o puerpério.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe para que todos conheçam a importância do acompanhamento pré-natal. - Utilizar Protocolo Mãe coruja. Caso não tenha acesso, solicitar a Gerência Distrital.
02	ACS	Realizar busca ativa e identificação das mulheres que estão gestantes na sua micro área, acolher e encaminhar	- Alterar no cadastro da celk como “gestante” (conta para os indicadores PREVINE BRASIL).

		para realização de pré-natal, de preferência que se inicie no primeiro trimestre (até 12 semanas).	- Caso seja necessário, solicitar ao enfermeiro ou médico a prescrição do exame de confirmação de gravidez.
03	Equipe multidisciplinar	Acolher a gestante e sua singularidade, realizando escuta qualificada e direcionar para a primeira consulta de pré-natal.	
04	Vacinador	No dia da primeira consulta pré-natal, realizar registro da Gestante em planilha ou outro local específico do registro das vacinas da gestante e realizar todas que forem necessárias conforme protocolo;	
05	Técnico/Auxiliar de enfermagem	Realizar a verificação de sinais vitais para consulta pré-natal no sistema celk, preenchendo todos os procedimentos (PESAR, MEDIR, AFERIR PRESSÃO, FREQUÊNCIA CARDÍACA, FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA, ESCALA DE DOR, TEMPERATURA E SATURAÇÃO)	
06	Enfermeiro / Médico	Acolher a gestante realizando escuta qualificada. Realizar exame físico completo e registro da história clínica e de vida. Informar a importância do parceiro e rede de apoio na participação do pré-natal. Preencher carteira pré-natal com todos os dados e orientar gestante de como funciona o acompanhamento pré-natal, prazos, exames, consultas e rotinas, conforme abaixo:	- A primeira consulta preferencialmente deve ser realizada pelo enfermeiro. - Ver protocolo mãe coruja.



Toda mulher tem direito ao atendimento na gravidez, no parto e após o parto e pode contar com a **Rede Cegonha, uma ação de saúde do SUS** que fortalece os direitos das mulheres e das crianças.

O Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, elaborou esta Caderneta da Gestante pensando em você, que vive um dos momentos mais intensos de sua vida. Aqui você vai encontrar vários assuntos:

- seus direitos antes e depois do parto;
- o cartão de consultas e exames, com espaço para você anotar suas dúvidas;
- dicas para uma gravidez saudável e sinais de alerta;
- informações e orientações sobre a gestação e o desenvolvimento do bebê, alguns cuidados de saúde, o parto e o pós-parto;
- informações e orientações sobre amamentação;
- como tirar a Certidão de Nascimento de seu filho.

O profissional de saúde anotará nesta caderneta todos os dados de seu pré-natal e escreverá o resultado das consultas, dos exames, das vacinas e o que for importante para um bom acompanhamento do pré-natal.

Aqui tem também espaço para você anotar suas sensações e seus sentimentos, coisas que queira dizer para seu bebê e colar fotografias.

Um pré-natal bem acompanhado resultará em mais saúde para você e seu bebê. Guarde esta caderneta com carinho e cuidado e traga-a sempre com você. Ela será uma grande amiga e conselheira.

Unidade de Saúde do pré-natal:

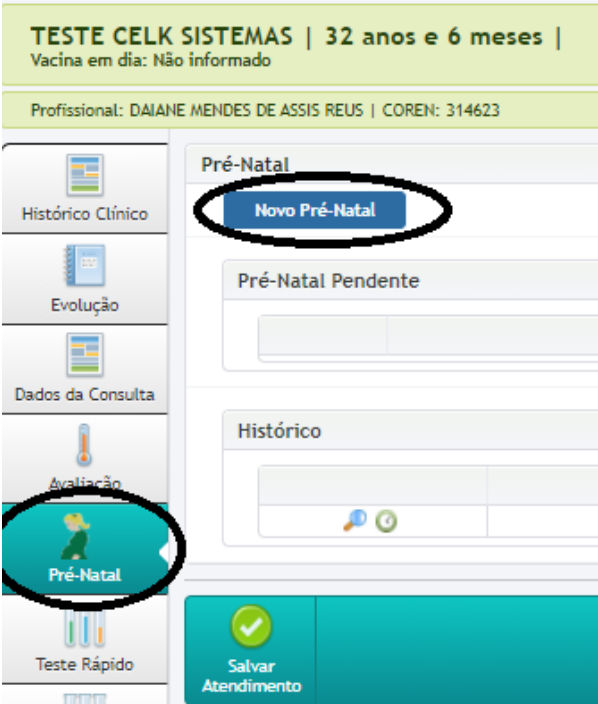
Serviço de saúde indicado para o parto:

Formulário de dados pessoais e de saúde da gestante, com campos para:

- Número do cartão SUS
- Número da gestante
- Nome:
- Como gosta de ser chamada:
- Nome do(a) companheiro(a) /opcional:
- Data de nascimento: / / Idade:
- Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena
- Trabalha fora de casa: () Sim () Não
- Ocupação:
- Endereço:
- Ponto de referência:
- Cidade:
- Estado: CEP:
- Tel. fixo: Tel. celular:
- e-mail:
- Em situação de emergência, ligar para:
- Nome:
- Telefone:
- ☐ Da do bebê ☐ Minha mãe ☐ Vizinha ☐ Outros

Caseo eu perder esta caderneta e você a encontrar, por favor me telefona. Ela é muito importante para mim e para meu bebê.

			
07	Enfermeiro	Preencher folha teste mãe catarinense, preencher todos os dados na carteirinha pré-natal;	
08	Enfermeiro	Coletar todos os testes rápidos, incluindo anticorpo COVID-19 e teste mãe catarinense conforme POP.	
09	Enfermeiro	Coletar no dia se possível ou agendar outro dia preventivo se último há 02 anos e registrar.	
10	Enfermeiro	Realizar registro em local próprio de controle de gestante (planilha, caderno), para se ter controle e acompanhamento das gestantes.	
11	Enfermeiro	Inserir os testes na aba procedimento (hiv para gestantes, sífilis para gestantes, hepatite b e hepatite c); E todos os procedimentos que forem realizados.	

12	Enfermeiro	Criar novo pré-natal na ABA ao lado esquerdo do prontuário e preencher todos os dados, salvar no final; Conforme abaixo: 	Em toda consulta: CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO: DUM, IG, CID (médico), CIAP (enfermeiro)
13	Enfermeiro / Médico	Solicitar exames de primeiro trimestre no sistema e Ultrassom obstétrico (este na celk e SISREG); Conforme abaixo:	

Atendimento

TESTE CELK SISTEMAS | 32 anos e 6 meses |
Vacina em dia: Não informado

Profissional: DAIANE MENDES DE ASSIS REUS | COREN: 314623

Histórico Clínico

Evolução

Dados da Consulta

Avaliação

Pré-Natal

Técnicas

Solicitação de Exames / Procedimentos

Receituário

Novo Exame / Procedimento

	Tipo de Exame	Convênio	Situação
[-] Exames Pendentes			
	Data	Exame	
	11/08/2021	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	
	28/07/2021	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	
	05/05/2021	HEMOGRAMA COMPLETO	
	05/05/2021	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	
	05/05/2021	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	
	05/05/2021	CULTURA DE URINA COM CONTAGEM DE COLONIAS (UROCULT)	
	05/05/2021	COOMBS INDIRETO	
	05/05/2021	PARCIAL DE URINA	
	05/05/2021	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	
	05/05/2021	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	
	05/05/2021	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	
	05/05/2021	DOSAGEM DE GLICOSE	
	20/04/2021	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	
	16/04/2021	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	
	14/04/2021	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	
	03/03/2021	RADIOGRAFIA DE BEMIO SACRO COCCIGEA	

Tipo de Exame / Procedimento

Tipo: Selecione o Tipo de Exame / Procedimento

- Selecione o Tipo de Exame / Procedimento
- AVIDEZ TOXOPLASMOSE
- BHCG
- ELETROCARDIOGRAMA (ECG)
- ESPERMIOGRAMA
- GESTANTE - PATOLOGIA CLINICA**
- MAMOGRAFIA (Mammografia)
- PATOLOGIA CLINICA
- PATOLOGIA CLINICA - CAPS
- PATOLOGIA CLINICA - CONSORCIO
- PATOLOGIA CLINICA - ESPECIALIDADES
- PATOLOGIA CLINICA - ODONTO

Atendimento

TESTE CELK SISTEMAS | 32 anos e 6 meses |
Vacina em dia: Não informado

Profissional: DAIANE MENDES DE ASSIS REUS | COREN: 314623

Solicitação de Exames / Procedimentos
Novo Exame / Procedimento

Histórico Clínico
Evolução
Dados da Consulta
Avaliação
Pré-Natal
Exame Rápido
Receituário
Procedimentos
Encaminhamento Especialista

[-] Exames Pendentes

	Data	Exame
	11/08/2021	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR
	28/07/2021	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA
	05/05/2021	HEMOGRAMA COMPLETO
	05/05/2021	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA
	05/05/2021	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA
	05/05/2021	CULTURA DE URINA COM CONTAGEM DE COLONIAS (UROCULT)
	05/05/2021	COOMBS INDIRETO
	05/05/2021	PARCIAL DE URINA
	05/05/2021	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A
	05/05/2021	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)
	05/05/2021	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)
	05/05/2021	DOSAGEM DE GLICOSE
	20/04/2021	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA
	16/04/2021	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
	14/04/2021	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
	03/03/2021	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA
	11/11/2020	ULTRASSONOGRAFIA TORAX

Tipo de Exame / Procedimento

Tipo: Selecione o Tipo de Exame / Procedimento

- RADIOGRAFIA - CAPS
- RADIOGRAFIA - ESPECIALIDADES
- RADIOGRAFIA OCLUSAL - ODONTO
- RADIOGRAFIA - ODONTO
- RADIOGRAFIA - ODONTO - MUTIRAO
- RADIOGRAFIA PANORAMICA - ODONTO
- RADIOGRAFIA - TABAGISMO
- RADIOGRAFIA - CONSORCIO
- STREPTOCOCCUS
- TAP
- TOMOGRAFIA ODONTO
- ULTRASSONOGRAFIA
- ULTRASSONOGRAFIA - CAPS
- ULTRASSONOGRAFIA - CONSORCIO
- ULTRASSONOGRAFIA - ESPECIALIDADES
- ULTRASSONOGRAFIA - GESTANTE**
- ULTRASSONOGRAFIA GINECO/OBSTETRICA
- ULTRASSONOGRAFIA - ODONTO
- ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL
- VDRL

Histórico Últimos 3 meses
Resultado Exame Externo

14	Enfermeiro/Médico	Registrar na evolução todos os dados da consulta.	
15	Enfermeiro /Médico	Anotar na carteirinha da gestante os resultados dos testes e evolução da carteirinha (parte de registro da consulta na carteirinha);	

16	Enfermeiro /Médico	Prescrever suplementação ácido fólico até 12 semanas e outras prescrições se necessário.	- Conforme Protocolo
17	Enfermeiro	Encaminhar a gestante para avaliação odontológica (pré-natal odontológico) se possível no mesmo dia, ou agendar data.	- Conta nos indicadores Previne Brasil;
18	Cirurgião-dentista /Auxiliar de Saúde Bucal	Agendar pré-natal odontológico para todas as gestantes e fazer busca ativa caso faltem;	
19	Enfermeiro/ Médico / Cirurgião dentista	Encaminhar para qualquer especialidade caso haja necessidade, incluindo pré-natal de alto risco.	- Conforme protocolo
20	Enfermeiro/ Médico/ Cirurgião dentista	Orientar sobre o acompanhamento e agendamento das próximas consultas.	- Conforme protocolo - Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos (grau de recomendação A). Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos (grau de recomendação A). As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre

			28 e 36 semanas e semanais no termo (grau de recomendação D). Não existe alta do pré-natal. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas. REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32).
21	Enfermeiro/ Cirurgião dentista	Médico/	Retirar possíveis dúvidas e orientar quanto aos sintomas do trimestre;
22	Enfermeiro/ Cirurgião dentista	Médico/	Aprazar próxima consulta e registrar na carteirinha.

23	ACS	Realizar busca ativa sempre que necessário.	

10.2 ACOMPANHAMENTO PUERPERAL E PUERICULTURA

	NORMAS Acompanhamento puerperal e puericultura realizado nas Unidades de Saúde: Consultar PROTOCOLO MÃE CORUJA – 2020 (Vigente). ROTINAS Periodicidade: Sempre que necessário. Acompanhamento e orientação durante todo o pré-natal sobre o puerpério e puericultura. Atendimento à puérpera e ao recém-nascido no máximo até 07 dias de vidas do bebê. ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro /Gerente da UBS	Capacitar sua equipe sobre como funciona o acompanhamento puerperal e a importância da rede de apoio.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe. REFERÊNCIAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

			Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)
02	Enfermeiro / Médico	Orientar a mulher já no pré-natal sobre as rotinas após o parto.	
03	ACS	Realizar busca ativa, identificação e acompanhamento das gestantes que estão no último trimestre de gravidez.	- Retirar do cadastro da celk a opção “gestante” após a primeira consulta puerperal.
04	ACS	Informar a equipe todo nascimento de sua micro área e encaminhar a puérpera para consulta puerperal e teste do pezinho.	Após o contato da puérpera informando a data do parto, realizar agendamento do teste do pezinho entre o 3º e o 7º dia de vida do RN;
05	ACS	Orientar a família sobre o registro do bebê e se possível já solicitar a certidão para realizar o cartão SUS e cadastro na celk.	
06	Enfermeiro	Capacitar a equipe de enfermagem na coleta do teste do pezinho e seus registros.	
07	Equipe de enfermagem	No dia da consulta puerperal: Alimentar em local específico (caderno ou planilha) o registro da coleta do teste do pezinho, registrando o número local de que será colocado no carimbo teste do	

		pezinho e registrar na caderneta da criança a realização do procedimento.	
08	Técnico de enfermagem	Realizar a verificação de sinais vitais para consulta puerperal para mãe e o RN no sistema celk, preenchendo todos os procedimentos na carteirinha do RN.	
09	Enfermeiro/ Médico	Acolher a puérpera realizando escuta qualificada. Realizar DESFECHO sistema celk, encerrando a aba pré-natal com os dados do parto. Realizar exame físico completo e registro dos dados do parto. Orientar quanto à amamentação, puerpério, rede de apoio, cuidados com RN e sanar dúvidas. Registrar tudo em prontuário, sistema celk. Seguir tópicos abaixo para avaliação RN:	Avalie a presença de situações de risco e vulnerabilidade à saúde do recém-nascido: • Criança residente em área de risco; • Baixo peso ao nascer (inferior a 2.500g); • Prematuridade (menos de 37 semanas gestacionais); • Asfixia grave ou Apgar menor do que 7 no 5º minuto; • Internações/intercorrências; • Mãe com menos de 18 anos de idade; - Avalie e oriente os pais sobre os sinais de perigo na criança com menos de 2 meses e sobre a necessidade de procurar atendimento de emergência (DEMOTT, et al., 2006; PORTO ALEGRE, 2004); - Promova e apoie o aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2004a) e auxilie a formação ou o fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebê;

Quadro 1 – Tópicos do exame físico na primeira consulta do recém-nascido [D]

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Peso, comprimento e perímetro cefálico	Avalie o <i>comprimento</i> e o <i>perímetro cefálico</i> da criança. Avalie o <i>peso</i> em relação ao peso ideal ao nascer. Consideram-se normais tanto uma perda de peso de até 10% ao nascer quanto a sua recuperação até o 15º dia de vida. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios-padrão (< -2 ou $> +2$ escores "z") pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento (MACCHIAVELLI; BARROS FILHO, 1998).
Desenvolvimento social e psicoafetivo	Observe e avalie o <i>relacionamento</i> da mãe/cuidador e dos familiares com o bebê: como respondem às suas manifestações, como interagem com o bebê e se lhe proporcionam situações variadas de estímulo. Os marcos do desenvolvimento segundo a faixa etária são descritos na subseção 9.2.
Estado geral	Avalie a <i>postura</i> normal do recém-nascido: as extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados. Observe o <i>padrão respiratório</i> : a presença de anormalidades, como batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal ou diafragmática e sons emitidos. Avalie o <i>estado de vigília</i> do recém-nascido: o estado de alerta, o sono leve ou profundo e o choro. Identifique sinais de <i>desidratação</i> e/ou <i>hipoglicemia</i> : pouca diurese, má ingestão (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia. A <i>temperatura axilar</i> normal situa-se entre 36,4°C e 37,5°C e não necessita ser medida rotineiramente em crianças assintomáticas, exceto na presença de fatores de risco, como febre materna durante o parto.
Face	Pesquise alguma assimetria, malformação, deformidade ou aparência síndrômica.

continua

continuação	
Tópicos do exame físico	Ações específicas
Pele	Observe a presença de: (a) <i>edema</i> (se for generalizado, pense em doença hemolítica perinatal, iatrogenia por uso de coloides ou cristaloides em excesso, insuficiência cardíaca, seps; se for localizado, isso sugere trauma de parto); (b) <i>palidez</i> (sangramento, anemia, vasoconstrição periférica ou sinal de arlequim – palidez em um hemicorpo e eritema do lado oposto, por alteração vasomotora e sem repercussão clínica); (c) <i>cianose</i> (se for generalizada, pense em doenças cardiorrespiratórias graves; se for localizada nas extremidades ou na região perioral, pense em hipotermia); (d) <i>icterícia</i> . O profissional deverá estar mais atento caso a icterícia tenha se iniciado nas primeiras 24 horas ou depois do 7º dia de vida, caso tenha duração maior do que uma semana no recém-nascido a termo, duração maior do que duas semanas no prematuro (CANADIAN..., 2008) e se a tonalidade for amarela com matiz intenso ou se a icterícia se espalha pelo corpo, atingindo pernas e braços. Pesquise a possível presença de assaduras, pústulas (impetigo) e bolhas palmo-plantares (sífilis). Esclareça a família quanto à benignidade do eritema tóxico.
Crânio	Examine as <i>fontanelas</i> : a fontanela anterior mede de 1cm a 4cm, tem forma losangular, fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no momento do nascimento. A fontanela posterior é triangular, mede cerca de 0,5cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas. Bossa serossanguínea e cefalematomas (mais delimitados do que a bossa e que envolvem mais lentamente) desaparecem espontaneamente.
continua	

continuação

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Olhos	<i>Reflexo fotomotor</i>: projeta-se um feixe de luz em posição ligeiramente lateral a um olho. A pupila deve se contrair rapidamente. O teste deve ser repetido no outro olho, devendo ser comparado com o primeiro. Avalia basicamente a estrutura anátomo-funcional (CANADIAN..., 2008). <i>Teste do reflexo vermelho ou Bruckner test</i> (idem): deve ser realizado na penumbra (para a pupila ficar mais dilatada), com o oftalmoscópio colocado aproximadamente de 5cm a 10cm de distância dos olhos da criança (o importante é que o oftalmoscópio ilumine os dois olhos simultaneamente), para se observar o reflexo vermelho nos dois olhos. Se for notado um reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade, a criança deverá ser avaliada por um oftalmologista com urgência, pois poderá ter problemas como: catarata congênita, retinoblastoma ou retinopatia da prematuridade (GRAZIANO, 2002). É importante lembrar que todos os prematuros com 32 semanas ou menos e/ou menores de 1500g devem ser avaliados com dilatação de pupila por oftalmologista na 6ª semana de vida e acompanhados de acordo com o quadro clínico, pois o teste do reflexo vermelho detecta retinopatia da prematuridade apenas de grau 5, já com descolamento de retina e prognóstico reservado. <i>Conjuntivites</i>: as pálpebras podem estar edemaciadas (pela reação ao nitrato de prata a 1%) e a regressão é espontânea em 24h a 48h. A presença de secreção purulenta evidencia uma conjuntivite e, principalmente no RN, é importante descartar a infecção por gonococo, clamídia e herpesvírus (SOCIEDADE..., 2006). A conduta correta é sempre coletar a secreção e solicitar exame bacteriológico e bacterioscópico. A coleta pode ser feita do fundo de saco, com espátula para swab, e encaminhada ao laboratório de microbiologia em meio de cultura. Após a coleta, deve-se iniciar imediatamente o tratamento com colírio (tobramicina ou ofloxacina) e, após o resultado, deve-se tratar o agravo de acordo com o agente etiológico. O grande risco é a conjuntivite por gonococo, pois a bactéria pode penetrar na córnea intacta e causar perfuração ocular em 24h. <i>Estrabismo</i> (ou esotropia) e <i>nistagmo lateral</i> são comuns nesta fase, devendo ser reavaliados posteriormente. Os recém-nascidos podem apresentar eventualmente algum tipo de desvio ocular, pois a visão binocular só estará bem desenvolvida entre 3 e 7 meses. Raramente o estrabismo congênito tem seu diagnóstico feito antes dos 6 meses de vida (GRAZIANO, 2002). O exame para o seu diagnóstico está descrito no capítulo 4. A idade ideal para o encaminhamento é a partir dos 4 meses.

continua

continuação

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Orelhas e audição	Oriente a família para a realização da <i>triagem auditiva neonatal universal</i> (Tanu) ou "teste da orelhinha". As justificativas para a triagem universal, o teste e as situações de risco para deficiência auditiva estão descritas no capítulo 7. Observe também a implantação, o tamanho e a simetria das orelhas.
Nariz	Avalie a forma e a possível presença de secreção (sífilis).
Boca	<i>Alterações morfológicas</i> podem representar dificuldade para a pega durante a amamentação, o que exigirá suporte e acompanhamento adequados. Observe a úvula, o tamanho da língua (macroglossia), o palato, o freio lingual e a coloração dos lábios.
Pescoço	Avalie a <i>assimetria</i> facial e a <i>posição viciosa</i> da cabeça. O torcicolo congênito tem resolução espontânea em 90% dos casos. No entanto, nos casos mais persistentes, pode ser necessária correção cirúrgica (protelada até os três anos de idade) (STACHEL, 2008).
Tórax	Avalie a <i>assimetria</i> , pois ela sugere malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal. Apalpe as clavículas, para avaliar se há fraturas que poderiam acarretar diminuição ou ausência de movimentos do braço. A fratura de <i>clavícula</i> é manejada simplesmente prendendo-se o braço ao tórax, para proporcionar conforto ao bebê (STACHEL, 2008); tem caráter benigno e ocorre formação de calo ósseo em 2 a 3 semanas. Oriente a família para a involução espontânea de <i>mamas</i> , que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (passagem de hormônios maternos). Observe possíveis sinais de <i>sofrimento respiratório</i> (tiragens, retração xifoideana, batimentos de asas do nariz, gemidos, estridor). Conte a frequência cardíaca, que normalmente varia entre 120bpm e 160bpm. Observe a possível presença de cianose, abaulamento pré-cordial, turgência jugular, <i>ictus cordis</i> e sopros cardíacos. Verifique também os pulsos.

continua

continuação

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Abdome	Observe a <i>respiração</i> , que é basicamente abdominal e deve estar entre 40mm e 60mm. Observe a forma do abdome: se ele estiver dilatado, o achado pode sugerir presença de líquido, distensão gasosa, visceromegalias, obstrução ou perfuração abdominal; se ele estiver escavado, isso pode indicar hérnia diafragmática. Diagnostique a presença de <i>hérnias</i> inguinal e umbilical. Os casos de hérnia inguinal têm indicação cirúrgica imediata, devido ao risco de encarceramento ou estrangulamento. Já nos casos de hérnia umbilical, aguarda-se sua regressão espontânea até 12 meses, dependendo do tamanho da hérnia (BEHRMAN; KLIEGMAN; JENSEN, 2003). Diagnostique também a presença de diástase dos retos abdominais e agenesia da musculatura abdominal. Verifique a presença de granuloma umbilical após a queda do coto (resolvido com uso de nitrato de prata). Se a <i>região umbilical</i> estiver vermelha, edemaciada e com secreção fétida, o achado indica onfalite e, portanto, a criança deve ser encaminhada para a emergência (AMARAL, 2004).
Genitália	Apalpe a bolsa escrotal para identificar a presença dos <i>testículos</i> . Quando os testículos não forem palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do recém-nascido, a mãe pode ser informada de que isso se trata de uma situação comum, especialmente em prematuros (9,2% a 30%). Isso porque, na maioria das vezes, os testículos “descem” até os 3 meses de vida, quando o caso deverá ser reavaliado. Se aos 6 meses os testículos não forem apalpados na bolsa escrotal, a criança deve ser encaminhada para melhor avaliação e tratamento (DENES; SOUZA; SOUZA apud JATENE; NOBRE; BERNARDO, 2006). O acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo caracteriza <i>hidrocele</i> , que em geral tem regressão lenta, com resolução espontânea, até os 2 anos de idade da criança (idem). A fimose é fisiológica ao nascimento. Deve-se observar a localização do meato urinário para excluir a possibilidade de hipospádia ou epispádia. Na genitália feminina, os pequenos lábios e o clitóris estão mais proeminentes. Pode haver <i>secreção</i> esbranquiçada, às vezes hemorrágica, devido à passagem de hormônios maternos, que se resolve espontaneamente.
Ânus e reto	Verifique a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras.

continua

		continuação <table><tr><th>Tópicos do exame físico</th><th>Ações específicas</th></tr><tr><td>Sistema osteoarticular</td><td>Examine os <i>membros superiores e inferiores</i>, para avaliar sua resistência à extensão, a flexão dos membros, a possibilidade de flacidez excessiva e a suposta presença de paralisia. Identifique a provável presença de pé torto, que pode ser desde posicional (corrigido espontaneamente ou com imobilização) até um pé torto congênito grave, associado inclusive a outras anormalidades congênitas (STAHELI, 2008). O exame da flexibilidade do pé ajuda na diferenciação, mas o ideal é encaminhar a criança para o ortopedista, para melhor avaliação e escolha do tratamento. Verifique a presença de <i>displasia evolutiva do quadril</i> realizando os testes de Ortolani e de Barlow (DEMOTT et al., 2006; AMERICAN..., 2006; U.S. PREVENTIVE..., 2012; INSTITUTE, 2012).</td></tr><tr><td>Coluna vertebral</td><td>Examine toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média.</td></tr><tr><td>Avaliação neurológica</td><td>Observe <i>reflexos</i> arcaicos: sucção, preensão palmo-plantar e Moro (descrito no capítulo 8, sobre o acompanhamento do desenvolvimento), que são atividades próprias do recém-nascido a termo, sadio. Observe a postura de flexão generalizada e a lateralização da cabeça até o final do primeiro mês. Observe a presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros. O <i>tônus</i> normal é de semiflexão generalizada (CANADIAN..., 2008).</td></tr></table> Fonte: DEMOTT et al., 2006; PORTO ALEGRE, 2004 (com adaptações).	Tópicos do exame físico	Ações específicas	Sistema osteoarticular	Examine os <i>membros superiores e inferiores</i> , para avaliar sua resistência à extensão, a flexão dos membros, a possibilidade de flacidez excessiva e a suposta presença de paralisia. Identifique a provável presença de pé torto, que pode ser desde posicional (corrigido espontaneamente ou com imobilização) até um pé torto congênito grave, associado inclusive a outras anormalidades congênitas (STAHELI, 2008). O exame da flexibilidade do pé ajuda na diferenciação, mas o ideal é encaminhar a criança para o ortopedista, para melhor avaliação e escolha do tratamento. Verifique a presença de <i>displasia evolutiva do quadril</i> realizando os testes de Ortolani e de Barlow (DEMOTT et al., 2006; AMERICAN..., 2006; U.S. PREVENTIVE..., 2012; INSTITUTE, 2012).	Coluna vertebral	Examine toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média.	Avaliação neurológica	Observe <i>reflexos</i> arcaicos: sucção, preensão palmo-plantar e Moro (descrito no capítulo 8, sobre o acompanhamento do desenvolvimento), que são atividades próprias do recém-nascido a termo, sadio. Observe a postura de flexão generalizada e a lateralização da cabeça até o final do primeiro mês. Observe a presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros. O <i>tônus</i> normal é de semiflexão generalizada (CANADIAN..., 2008).	
Tópicos do exame físico	Ações específicas										
Sistema osteoarticular	Examine os <i>membros superiores e inferiores</i> , para avaliar sua resistência à extensão, a flexão dos membros, a possibilidade de flacidez excessiva e a suposta presença de paralisia. Identifique a provável presença de pé torto, que pode ser desde posicional (corrigido espontaneamente ou com imobilização) até um pé torto congênito grave, associado inclusive a outras anormalidades congênitas (STAHELI, 2008). O exame da flexibilidade do pé ajuda na diferenciação, mas o ideal é encaminhar a criança para o ortopedista, para melhor avaliação e escolha do tratamento. Verifique a presença de <i>displasia evolutiva do quadril</i> realizando os testes de Ortolani e de Barlow (DEMOTT et al., 2006; AMERICAN..., 2006; U.S. PREVENTIVE..., 2012; INSTITUTE, 2012).										
Coluna vertebral	Examine toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média.										
Avaliação neurológica	Observe <i>reflexos</i> arcaicos: sucção, preensão palmo-plantar e Moro (descrito no capítulo 8, sobre o acompanhamento do desenvolvimento), que são atividades próprias do recém-nascido a termo, sadio. Observe a postura de flexão generalizada e a lateralização da cabeça até o final do primeiro mês. Observe a presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros. O <i>tônus</i> normal é de semiflexão generalizada (CANADIAN..., 2008).										
10	Médico	Realizar prescrições conforme conduta clínica.									
11	Enfermeiro / Médico	Encaminhar o RN para primeira avaliação odontológica (exame da linguinha) se possível no mesmo dia, ou agendar data.									
12	Cirurgião-dentista	Avaliar RN e mãe conforme necessidade.									
13	Enfermeiro/ Médico/ Cirurgião dentista	Encaminhar para qualquer especialidade caso haja necessidade.									
14	Enfermeiro/ Médico/ Cirurgião dentista	Orientar sobre o acompanhamento puericultura e agendamento das próximas consultas.	- O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas								

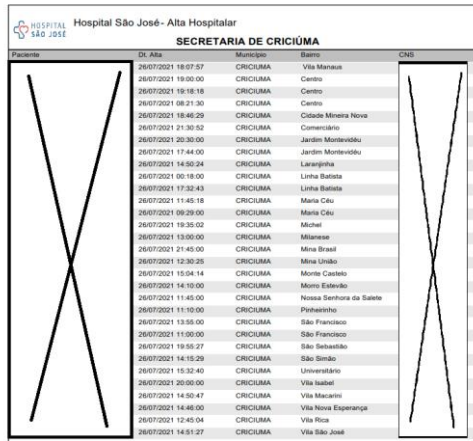
			anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência. Este calendário de consultas representa um consenso em relação à bibliografia consultada (INSTITUTE..., 2012; PORTO ALEGRE, 2004; BRASIL, 2005; ROURKE et al., 2006; BEHRMAN; KLIEGMAN; JENSEN, 2003).
15	Enfermeiro / Médico	Orientar sobre o planejamento familiar. Conforme caderno da AB:	REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)



16	Enfermeiro/ Cirurgião dentista	Médico/	Retirar possíveis dúvidas e orientar que procure a Unidade caso haja necessidade de nova orientação.
17	Enfermeiro/ Cirurgião dentista	Médico/	Aprazar próxima consulta para 30 dias após o parto e registrar todos os dados no sistema celk.
18	ACS		Realizar busca ativa sempre que necessário.

10.3 ALTAS HOSPITALARES

	NORMAS Cabe a equipe da UBS a responsabilidade de acompanhamento das Altas Hospitalares dos usuários de sua área de abrangência, por meio de visitas domiciliares ou contato telefônico, conforme a necessidade do usuário/família. ROTINAS Periodicidade: Sempre que receber no e-mail, ser solicitado pelo usuário ou familiar, ou através de comunicação do ACS. ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro /Gerente da UBS	Capacitar sua equipe sobre como funciona o acompanhamento pós alta hospitalar dos usuários.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe.
02	Enfermeiro /Gerente da UBS	Conferir e-mail da Unidade ou gerência diariamente conforme abaixo:	(título do e-mail é: relatório HSJ);

			
03	Enfermeiro /Gerente da UBS	Verificar se tem algum usuário de sua área de abrangência	
04	Enfermeiro	Comunicar à ACS responsável para realizar visita de alta hospitalar.	
05	ACS	Realizar Visita Domiciliar, escuta e orientação sobre a necessidade de avaliação de outro profissional para o cuidado continuado.	
06	ACS	Comunicar ao enfermeiro ou gerente sobre a visita e demandas solicitadas pelo usuário.	
07	Equipe multiprofissional	Realizar visita domiciliar conforme necessidade e/ou solicitação/ encaminhamento da equipe.	
08	Equipe multiprofissional	Registrar a visita domiciliar no sistema celk.	
09	ACS	Realizar busca ativa sempre que necessário.	

10.4 MONITORAMENTO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS

	NORMAS O monitoramento de sintomáticos respiratórios via aplicativo BOTMAKER minimiza a exposição do servidor ao vírus, facilitando o acesso do paciente às orientações, sem precisar sair de sua residência, também obtendo mais informações em tempo hábil do paciente que está em processo de agravamento. Setor Responsável: Telecovid Telefone: (48) 3445-8400 Acesso ao sistema: https://go.botmaker.com/#/chats/M1WSUIVGPX6UKRWYNQ1Y Logins e senhas devem ser solicitadas à responsável do setor. ROTINAS Periodicidade: Diariamente quando houver sintomáticos respiratórios. ELABORAÇÃO: Enfermeira Gabriele de Carvalho DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar sua equipe quanto aos monitoramentos de sintomáticos respiratórios.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe. - Utilizar notas técnicas vigentes e atuais. REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)

02	Vigilância Epidemiológica	Reunir diariamente os casos de COVID-10 no município e incluí-los no aplicativo para dar início ao disparo das mensagens automáticas. Depois de receberem as mensagens, caso não haja intercorrências com o paciente durante o questionário, o aplicativo encerra o atendimento com as orientações necessárias e envia uma nova mensagem no dia seguinte, seguindo o mesmo protocolo até o fim do prazo de monitoramento.	
03	Enfermeiro/Responsável pelo monitoramento na unidade	Durante a avaliação de cada caso, a equipe do TELECOVID encaminhará para as unidades de saúde os casos que relataram: dispneia, cansaço aos pequenos esforços, sonolência em excesso e febre aferida e persistente acima de 39,5 °C.	
04	Enfermeiro/ Técnico de enfermagem/ Médico	A unidade de saúde ao receber a mensagem sobre o paciente, deslocará imediatamente profissionais habilitados para visita domiciliar, para avaliação do caso, aferição de sinais vitais, principalmente oximetria e frequência respiratória. Se saturação de O₂ menor que 90%, encaminhar imediatamente a RUE (rede de urgência e emergência) através de transporte móvel de urgência; Se saturação de O₂ entre 90% a 94%, o profissional médico avaliará o tipo de tratamento indicado ao paciente, que poderá ser domiciliar ou, se necessário, o médico, fará encaminhamento do paciente a RUE (Centro de Triagem, UPA e 24 hrs Boa Vista) através de transporte pré-hospitalar adequado;	

		Se a saturação de O2 for igual ou maior a 95% o profissional habilitado irá avaliar demais queixas e se necessário solicitará suporte médico.	
05	Enfermeiro/ Responsável pelo monitoramento	Outros casos de monitorados que a unidade deve intervir: INTERNADO: apenas para conhecimento da unidade, evoluir em sistema CELK e arquivar; GESTANTE: iniciar monitoramento das gestantes assim que identificá-la como sintomática, não aguardar contato do aplicativo; TELEFONE ERRADO: sempre ligar para o número e confirmar que é do paciente, perguntado se o mesmo possui “WhatsApp”, orientar que vai será feito contato e averiguar se ainda está sintomático e em isolamento, inserir novos dados em “notas de usuário do paciente” e depois atribui a “SUPERVISOR TELECOVID”; NÃO RESPONDE ÀS QUESTÕES: ligar pro paciente, orientar a responder, verificar se está ainda em monitoramento. Caso o telefone for errado enviar telefone correto, com WhatsApp e anotar nas notas de usuário, atribuir a “SUPERVISOR TELECOVID”. Caso o paciente não possua ou não saiba mexer no aplicativo, monitorar pela unidade de saúde através de ligações. PACIENTE COM SINTOMAS APÓS OS 10 DIAS: Avaliação pela unidade, se necessário encaminhar para reabilitação cardiopulmonar pós Covid. Manter monitoramento em caso de mais dias de atestado e isolamento.	

CAPÍTULO 11 – ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES DAS AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

11.1 SUPERVISÃO E GERÊNCIA TRABALHO DO ACS

	NORMAS Supervisão e gerência do trabalho do ACS (Agente comunitário de Saúde); Coordenação das ACS Telefone: (48) 3445-8438/3445-8434 E-mail: inteligenciaeinformacao@criciuma.sc.gov.br ROTINAS Periodicidade: Diariamente: Supervisão e gerência. Quinzenalmente: reuniões para planejamento. Mensalmente (Até dia 10 de cada mês): Envio dos relatórios e visitas domiciliares. ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus DATA: 16/08/2021		
Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro	Capacitar os Agentes comunitários quanto ao seu trabalho de atuação e funções conforme PNAB: Territorialização Mapas individuais Levantamento epidemiológico	

	Registros nos sistemas de informação (celk, cadsus, bolsa família, admin/minhavacina e todos que estiverem vigentes) Cadastros Visitas Domiciliares Acompanhamento Busca ativa de qualquer demanda Administração de DOT (tratamento tuberculose) quando houver Monitoramento de pacientes Campanhas Educação em saúde e participação em grupos terapêuticos Acolhimento e recepção na Unidade Organização da Unidade e salas Participar da escala de abrir e fechar a Unidade Escala e participação dos serviços diários na Unidade Avisar usuários de consultas agendadas, seja ela especializada ou da Unidade; Participar ativamente do conselho de saúde e grupos da comunidade levando e trazendo informações sobre atendimento da Unidade e demandas da comunidade Atendimento ao telefone Acompanhamento e visita compartilhada com equipe multiprofissional Entre outros.	

02	Enfermeiro	Realizar planejamento das ações do ACS, bem como periodicidade de atualização dos cadastros, visitas de acompanhamento, porcentagem de cobertura de visitas;	
03	Enfermeiro / Gerente da UBS	Realizar escala de permanência de 01 ACS por dia para acompanhar a rotina e processo de trabalho, bem como ajudar na recepção, atendimento telefônico e acolhimento dos usuários;	
04	Enfermeiro	Realizar acompanhamento das visitas domiciliares e envio de relatório mensal (normalmente até o dia 10 de cada mês) para coordenação das ACS conforme abaixo:	- Sempre analisar porcentagem das visitas e trabalhar no planejamento da cobertura mínima estabelecida pela coordenação das ACS; - A necessidade de solicitação das assinaturas deve ser verificada com a coordenação das ACS (Visto que em período Pandêmico algumas modificações se fizeram necessárias).

The screenshot shows a software interface with a teal header. The main menu 'Unidade Saúde' is circled. Below it, the 'e-SUS' and 'Relatórios' sub-menus are also circled. The 'Relatórios' menu is expanded, displaying a list of reports. The report '> Visita Domiciliar - ACS' is circled at the bottom of the list.

Relatórios
> Acompanhamento do Cadastro das Famílias
> Condições de Moradia Detalhado
> Condições de Moradia Resumido
> Consolidado da Condição/Situação de Saúde
> Percorso das Visitas
> Relação da Movimentação das Famílias
> Relação das Famílias
> Relação das Famílias Cadastradas
> Relação de Crianças - Indicador 05
> Relação de Diabéticos - Indicador 07
> Relação de Gestantes - Indicadores 01, 02 e 03
> Relação de Hipertensos - Indicador 06
> Relação de Mulheres - Indicador 04
> Relatório de Pacientes por Condições/Situação de Saúde
> Resumo das Famílias
> Visita Domiciliar - ACS

11.2 TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA



NORMAS

Normas sobre como realizar o processo de territorialização nas Unidades de Saúde.

Levantamento epidemiológico.

Construção mapas individuais dos ACS.

Construção do mapa inteligente da Unidade.

MATERIAL DE APOIO: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf

ROTINAS

Periodicidade:

Sempre que assumir nova Unidade.

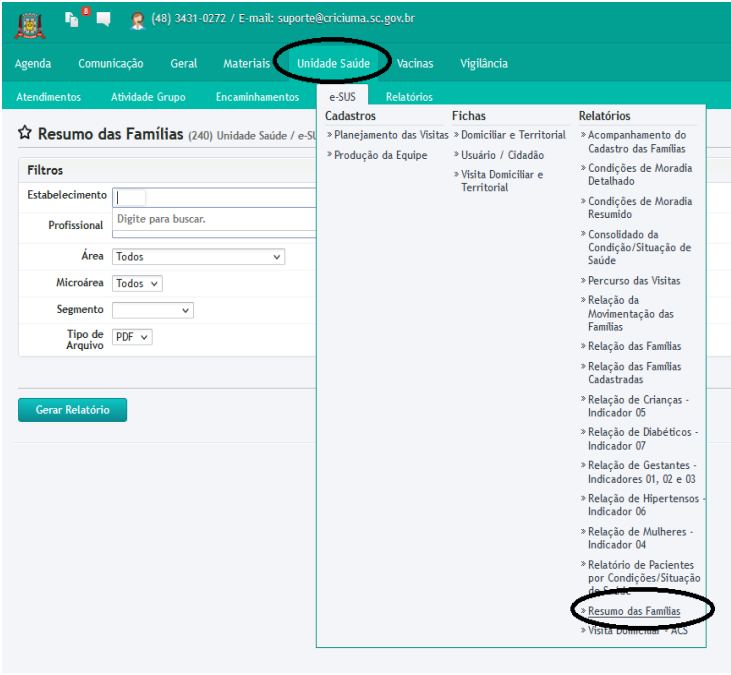
Anualmente para revisão e atualização das informações.

ELABORAÇÃO: Enfermeira Daiane Mendes de Assis Réus

DATA: 16/08/2021

Nº da ação	Agente Responsável	Ação	Notas
01	Enfermeiro / Gerente da UBS	Capacitar sua equipe sobre como funciona o processo de territorialização.	- Pode e deve ser realizado em reunião de equipe.
02	Enfermeiro / Gerente da UBS	Realizar planejamento das etapas da territorialização em reunião de equipe e divisões de tarefas.	Fase 01: preparatória ou de planejamento Fase 02: de coleta de dados/informações Fase 02: de análise dos dados

			Utilizar material de apoio: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/AR/ES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf
03	ACS	Construir mapas individuais de sua micro área, reconhecendo todo território.	- O mapa pode e deve ser construído a mão, em qualquer material seja, folha A4, cartolina e etc. - O importante é que o ACS realize esse reconhecimento do território.
04	ACS	Capacitar os ACS quanto a realização dos cadastros dos usuários e a identificação dos grupos específicos. Exemplo: gestante, hipertensos, diabéticos e etc.	
05	ACS	Identificar nos mapas individuais, áreas de riscos, setores de referência e grupos específicos de usuários.	
06	Equipe multiprofissional	Discutir em reunião de equipe as etapas e construção dos materiais já realizados (mapas individuais);	
07	Enfermeiro / Gerente da UBS	Solicitar ao setor de cadastro mapa da área de abrangência da Unidade.	
08	Equipe multiprofissional	Construir em reunião de equipe o mapa inteligente de toda a Unidade baseado na construção e junção dos mapas individuais das ACS.	
08	Equipe multiprofissional	Construir em reunião de equipe o mapa inteligente de toda a Unidade baseado na construção e junção dos mapas individuais das ACS.	a

10	ACS	Atualizar sempre que necessário os mapas individuais conforme modificações no território e população.	
11	Equipe multiprofissional	Atualizar semestralmente o mapa inteligente da Unidade de Saúde.	
12	Enfermeiro / Gerente da UBS	Realizar levantamento epidemiológico semestralmente e compartilhar em reunião de equipe e com conselho local de saúde conforme abaixo: 	
13	Equipe multiprofissional	Discutir e planejar ações em saúde baseado na territorialização realizada.	

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos no construto da coletividade e na possibilidade de uma melhor assistência baseada na concepção de Normas e Rotinas de Enfermagem pré-estabelecidas, a fim de minimizar os erros na prestação do cuidado de Enfermagem e garantir ao profissional segurança na execução de suas funções. Nesse sentido, este material deve ser utilizado sempre que necessário para sanar dúvidas, mas principalmente para nortear todo trabalho desempenhado pelos profissionais de enfermagem da Atenção Básica, contribuindo, assim, para resultados significativos no que diz respeito à promoção da saúde.

Portanto, a implantação das Normas e Rotinas de Enfermagem da Atenção Básica do município de Criciúma/SC visa proporcionar melhorias no progresso na assistência de enfermagem ofertada à população, bem como, respaldo nas ações do profissional.

Cabe ressaltar que a dinâmica dos processos exigirá ininterrupta revisão e avaliação do “fazer” em saúde, por conseguinte, revisões periódicas para atualização do presente material.

Por fim, desejamos que este material construído a várias mãos e com um movimento de integração ensino-serviço, visto esta primeira edição estar ligada a dissertação de mestrado profissional do PPGSCol/UNESC, de Francielle Lazzarin de Freitas Gava contribua e auxilie nos processos realizados durante toda a assistência e gerenciamento dos serviços de saúde.



**Cuidar de um é Amor,
Cuidar de vários é Enfermagem!**

(Daiane Mendes Assis Réus)