



**Associação
Saúde da
Família**

**MANUAL DE NORMAS, ROTINAS E
PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DE
ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

**Associação Saúde da Família
São Paulo
Julho/2023**

Este documento é fruto da colaboração da Área de Responsabilidade Técnica Assistencial e os Enfermeiros da Rede de Atenção à Saúde das Coordenações Técnicas das Regiões Norte, Sul e Oeste da Associação Saúde da Família. Ele representa um esforço conjunto para adaptar à Atenção Básica os Manuais Técnicos de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022, pelos autores Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves.

O objetivo principal deste documento é fornecer orientações claras e atualizadas aos profissionais de enfermagem que atuam nas Unidades Básicas de Saúde. O documento foi baseado em práticas e diretrizes atualizadas para garantir a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

Versão nº03
Julho/2023

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB: Atenção Básica
ACCR: Acolhimento com Classificação de Risco
AE: Ambulatório de Especialidades
SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMA: Assistência Médica Ambulatorial
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASB: Auxiliar de Saúde Bucal
ASF: Associação Saúde da Família
APS: Atenção Primária à Saúde
BCG: Bacilo de Calmette-Guérin (vacina)
BPM: Batimentos por Minuto
CCZ: Centro de Controle de Zoonoses
CEO: Centro de Especialidades Odontológicas
CER: Centro Especializado em Reabilitação
Cm: Centímetro
CNS: Cartão Nacional de Saúde
COFEN: Conselho Federal de Enfermagem
COREN: Conselho Regional de Enfermagem
COVISA: Coordenadoria de Vigilância em Saúde
°C: Graus Celsius
dT: Dupla Adulto (vacina)
DTP: Difteria, Tétano e Pertussis (vacina)
DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAPV: Evento Adverso Pós-Vacinação
ECG: Eletrocardiograma
EPC: Equipamento de Proteção Coletiva
EPI: Equipamento de Proteção Individual
EV: Endovenosa
FA: Ficha de Atendimento
FC: Frequência Cardíaca
FR: Frequência Respiratória
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV: Papilomavírus Humano
IAL: Instituto Adolf Lutz
IM: Intramuscular
IML: Instituto Médico Legal
IRAS: Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
IRPM: Incursões Respiratórias por Minuto
L: Litro
ML: Mililitro
MmHg: Milímetro de Mercurio
MMII: Membros Inferiores
MMSS: Membros Superiores

MPX: Monkeypox
NR: Norma Regulamentadora
O²: Oxigênio
OSS: Organização Social de Saúde
PADI: Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso
PMSP: Prefeitura Municipal de São Paulo
PNE: Pessoas com Necessidades Especiais
PNH: Política Nacional de Humanização
PNI: Programa Nacional de Imunização
POP: Procedimento Operacional Padrão
PPD: Derivado Proteico Purificado (exame)
PSM: Pronto-Socorro Municipal
RAS: Rede de Atenção à Saúde
RDC: Resolução da Diretoria Colegiada
RN: Recém-Nascido
RNM: Ressonância Nuclear Magnética
RPM: Respirações por Minuto
RT: Responsável Técnico
RUE: Rede de Urgência e Emergência
SADT: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAME: Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico
SC: Subcutânea
SF: Soro Fisiológico
SIGA: Sistema Integrado de Gestão de Assistência à Saúde
SMS: Secretaria Municipal da Saúde
S/N: Se Necessário
SpO²: Saturação Periférica de Oxigênio
STS: Supervisão Técnica de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
SUVIS: Supervisão de Vigilância em Saúde
SVO: Serviço de Verificação de Óbito
T: Temperatura
TNT: Tecido não tecido
TR: Teste Rápido
TSB: Técnico de Saúde Bucal
UBS: Unidade Básica de Saúde
UPA: Unidade de Pronto Atendimento
VIP: Vacina Inativada Poliomielite
VOP: Vacina Poliomielite Oral
VORH: Vacina Oral Rotavírus Humano

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1. NORMAS E ROTINAS GERAIS.....	9
2. NORMA INTERNA NA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO.....	11
3. NORMAS E ROTINAS PARA MANUTENÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS SALAS EM GERAL.....	16
4. NORMAS E ROTINAS PARA SALA DE MEDICAÇÃO E OUTROS PROCEDIMENTOS..	17
5. NORMAS E ROTINAS PARA COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS.....	19
6. NORMAS E ROTINAS PARA O ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS..	20
7. NORMAS E ROTINAS PARA REMOÇÃO DE PACIENTES.....	21
8. NORMAS E ROTINAS DA SALA DE EXPURGO.....	22
9. NORMAS E ROTINAS DA SALA DE PREPARO DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO....	23
10. NORMAS E ROTINAS DA SALA DE VACINA.....	25
11. NORMAS E ROTINAS PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDAS.....	28
PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO - POP.....	33
Higienização simples das mãos.....	34
Higienização das mãos com preparação alcoólica.....	39
Precauções padrão.....	43
Colocação e retirada de luvas estéreis.....	52
Limpeza e desinfecção de superfícies.....	56
Montagem da caixa de perfurocortante.....	61
Anotação de Enfermagem.....	64
Mensuração de peso.....	69
Mensuração de estatura.....	71
Mensuração de circunferência abdominal.....	73
Mensuração de perímetro cefálico.....	75
Aferição de temperatura corpórea.....	77
Aferição de pressão arterial.....	80
Aferição de frequência cardíaca.....	83
Aferição de frequência respiratória.....	86
Aferição da glicemia capilar.....	88
Tricotomia.....	91
Eletrocardiograma (ECG).....	93
Cauterização umbilical em recém-nascidos.....	96
Lavagem intestinal (Enterocлизма e Enema).....	98
Aspiração de ampola.....	102

Cateterismo vesical de demora.....	104
Cateterismo vesical de alívio / intermitente.....	109
Sondagem gástrica.....	111
Terapia de reidratação oral em crianças.....	114
Soroterapia.....	116
Prova do laço.....	119
Inalação / Nebulização por oxigenoterapia.....	121
Oxigenoterapia com cateter nasal e/ou máscara facial simples.....	123
Isolamento respiratório.....	127
Curativo aberto.....	130
Curativo compressivo.....	132
Curativo de ferida infectada.....	134
Retirada de pontos.....	139
Aplicação de Bota de Unna (terapia compressiva inelástica).....	141
Uso de Almotolias.....	144
Conferência dos equipamentos de emergência.....	146
Conferência do carro de emergência.....	148
Contenção mecânica.....	151
Aspiração de vias aéreas.....	157
Teste Imunológico de Gravidez - TIG.....	160
Coleta de Papanicolau (citologia oncótica).....	163
Abertura de Pré-Natal.....	169
Pesquisa de Streptococcus agalactiae ou Estreptococos do grupo B anal e vaginal em gestantes.....	171
Administração segura de medicação.....	173
Administração de medicamentos por via oral.....	176
Administração de medicamentos por via sublingual.....	178
Administração de medicamentos por via subcutânea.....	180
Administração de medicamentos por via tópica.....	183
Administração de medicamentos por via intramuscular (IM).....	184
Administração de medicamentos por via intramuscular no vasto lateral da coxa em crianças.....	190
Administração de medicamentos por via endovenosa periférica.....	193
Administração de medicamentos por via retal.....	198
Limpeza de artigos médico-hospitalares.....	200
Uso do detergente enzimático.....	204
Desinfecção de artigos médico-hospitalares.....	206
Uso do hipoclorito de sódio 1%.....	209
Uso do ácido peracético 0,2%.....	211

Limpeza e desinfecção de material respiratório.....	213
Limpeza, desinfecção e troca de escovas na CME.....	216
Limpeza e desinfecção das caixas da Central de Material e Esterilização (CME).....	218
Preparo de material após limpeza para esterilização.....	221
Esterilização de artigos médico-hospitalares.....	226
Transporte, guarda e armazenagem de materiais e instrumentais limpos, desinfetados e esterilizados.....	229
Monitoramento químico, físico e biológico da Autoclave.....	231
Autoclave inoperante.....	236
Descarte de resíduos.....	238
Coleta de exame de sangue.....	241
Coleta de exame de urina.....	246
Coleta de exame de fezes.....	248
Coleta de exame de escarro.....	251
Rotina para coleta domiciliar.....	255
Coleta de Swab Nasofaríngeo.....	257
Coleta de amostra de Monkeypox (MPX).....	260
Teste Rápido de HIV, Sífilis, Hepatites Virais.....	264
Teste Rápido de Dengue.....	268
Limpeza e desinfecção das caixas de laboratório.....	271
Limpeza da geladeira do laboratório.....	274
Limpeza da geladeira da vacina.....	276
Falta de energia elétrica em sala de vacina.....	278
Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV).....	280
RECOMENDAÇÃO.....	283
AUTORES.....	284
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	287
ANEXO - Lista de ciência.....	293

INTRODUÇÃO

A [Associação Saúde da Família](#) (ASF) é uma entidade sem fins lucrativos, fundada em 1992, com a missão de promover o desenvolvimento da saúde e qualidade de vida da população do município de São Paulo. Com ampla experiência, a ASF se dedica a implementar projetos e programas científicos, assistenciais, filantrópicos e educacionais nas áreas da saúde pública, meio ambiente, promoção à saúde e desenvolvimento comunitário. A ASF atua em estreita colaboração com instituições públicas e privadas, tanto nacionais quanto internacionais, a fim de estabelecer parcerias sólidas e eficazes.

Com base nos Manuais Técnicos de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem desenvolvidos nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022, adaptamos um documento direcionado às Unidades Básicas de Saúde. Esse documento consiste em um conjunto de normas, rotinas e procedimentos elaborados para fornecer orientações aos profissionais de enfermagem sobre a regulamentação e o funcionamento adequado da unidade de saúde. Buscamos estar em conformidade com as regulamentações profissionais e as [diretrizes](#) estabelecidas pela [Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo](#). Nosso objetivo primordial é assegurar a segurança do paciente e a prestação da assistência de qualidade.

Composição

O serviço de enfermagem está disposto na seguinte classificação hierárquica:

1. Enfermeiro Responsável Técnico;
2. Enfermeiros;
3. Técnicos de Enfermagem;
4. Auxiliares de Enfermagem.

Horário de Trabalho

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

PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM	CARGA HORÁRIA SEMANAL
Enfermeiro RT	40 horas semanais
Enfermeiro	
Técnico de Enfermagem	
Auxiliar de Enfermagem	

1. NORMAS E ROTINAS GERAIS

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

1. Iniciar suas atividades laborais no horário estabelecido, conforme contrato de trabalho e necessidade do serviço;
2. Nos atendimentos realizados aos pacientes deverá ser respeitada a individualidade e a privacidade;
3. Os profissionais deverão estar devidamente uniformizados. Utilizar o avental fornecido pela ASF, estando este limpo e em condições de uso, conforme regimento interno;
4. Utilizar crachá, de forma visível à todos;
5. Prestar informações aos pacientes e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades;
6. Sempre apresentar-se ao paciente informando nome e função, explicar o procedimento ou atividade que será realizada;
7. Atuar em conformidade com os princípios do SUS;
8. É vedada a captura de imagens dos setores, aparelhos e pacientes, exceto com autorização expressa e antecipada da administração da ASF e PMSP;
9. Os profissionais deverão manter a organização de seu setor, bem como a higienização de seus instrumentos de trabalho;
10. Quanto à apresentação pessoal, o profissional deverá seguir o estabelecido pelo [Código de Vestimenta da ASF](#) o qual dispõe, entre outras, as seguintes orientações gerais:
 - 10.1. É obrigatório o uso do uniforme durante o horário de trabalho dentro das dependências da unidade (para aquelas funções nas quais existe a obrigatoriedade no uso de uniforme);
 - 10.2. Como regra geral, é de responsabilidade do colaborador a limpeza, a guarda e a conservação do uniforme;
 - 10.3. É obrigatória a utilização do crachá durante todo o horário de trabalho;
 - 10.4. O colaborador que não estiver portando seu documento de identificação funcional poderá ter seu acesso restringido ou até mesmo negado às dependências da ASF, sede ou regionais, bem como ser advertido pela sua não utilização;
 - 10.5. Em nenhum dia da semana será permitido: calça jeans rasgada ou manchada; bermuda ou shorts; moletom; roupa excessivamente justa, curta ou transparente; blusa de frente única, cavada ou decotada; blusa ou vestido que mostre a barriga,

tomara-que-caia, legging, chinelos, boné ou gorro; camiseta de time, partido político ou banda.

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

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

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

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

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

11.5. Sapatos: Sempre fechados;

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

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

14. Os profissionais de enfermagem devem registrar em instrumentos estabelecidos pela ASF quaisquer intercorrências ocorridas durante o turno de trabalho;

15. Zelar pelo patrimônio da instituição;

16. Tratar sempre o paciente pelo nome;

17. Todo atendimento de Enfermagem deverá ser anotado de maneira legível, com registro de carimbo e assinatura na ficha de atendimento do paciente, pelo profissional que prestou o atendimento.

2. NORMA INTERNA NA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO

Finalidade:

Orientar as unidades quanto aos procedimentos em casos de acidentes de trabalho.

Abertura da SIAT (Solicitação de Investigação de Acidente de Trabalho)

A Previdência Social, preconiza que a empresa deve comunicar o acidente de trabalho até o 1º dia útil após sua ocorrência e, em caso de morte, imediatamente. Para tanto, se faz necessário a abertura da SIAT pela Unidade de Serviço.

Para a emissão deste documento, o funcionário que se acidentar deverá comunicar imediatamente à Chefia Imediata, Gerente ou Auxiliar Técnico Administrativo (ATA) de RH, que providenciará a SIAT imediatamente após o acidente. Cabe ressaltar que a SIAT deverá ser preenchida via [Portal da ASF](#).

O atendimento médico deverá ocorrer na sequência da ocorrência. Não sendo assim, impedirá a abertura da CAT (comunicação de acidente de trabalho).

A SIAT e demais documentos deverão ser encaminhados à Saúde Ocupacional Central por e-mail, com o título: *SIAT – Nome do Colaborador – ID*.

Anexar Relatório, Ficha de Atendimento e/ou Atestado Médico constando: diagnóstico com CID, período de afastamento; assinatura e carimbo do médico.

Em situações que envolvam violência ou acidente no trajeto casa-trabalho, trabalho-casa, onde foi emitido Boletim de Ocorrência, uma cópia deste deve ser anexada à SIAT.

O envio da SIAT à Saúde Ocupacional Itápolis deve ser feito de imediato, para que possa ser realizado o registro no e-social com o prazo máximo de 24 horas úteis. Posteriormente, encaminhar a SIAT original via malote, exceto os atestados originais que deverão ser anexados ao livro de ponto ou apresentados à Saúde Ocupacional Central ou Regional.

Preenchimento da SIAT

O responsável pelo preenchimento deverá se atentar ao formulário correto para cada tipo de ocorrência e deverá ser preenchido via portal ASF:

Acidente típico: Acidente que ocorre durante seu expediente de trabalho;

Acidente de trajeto: trajeto casa-trabalho ou trabalho-casa;

ACIDENTE COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO:

Envolve o contato com sangue e outros fluidos orgânicos, compreendendo ocorrência com material perfuro cortante e contato com mucosa ocular, oral ou pele.

Orientações para Ocorrências de Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico

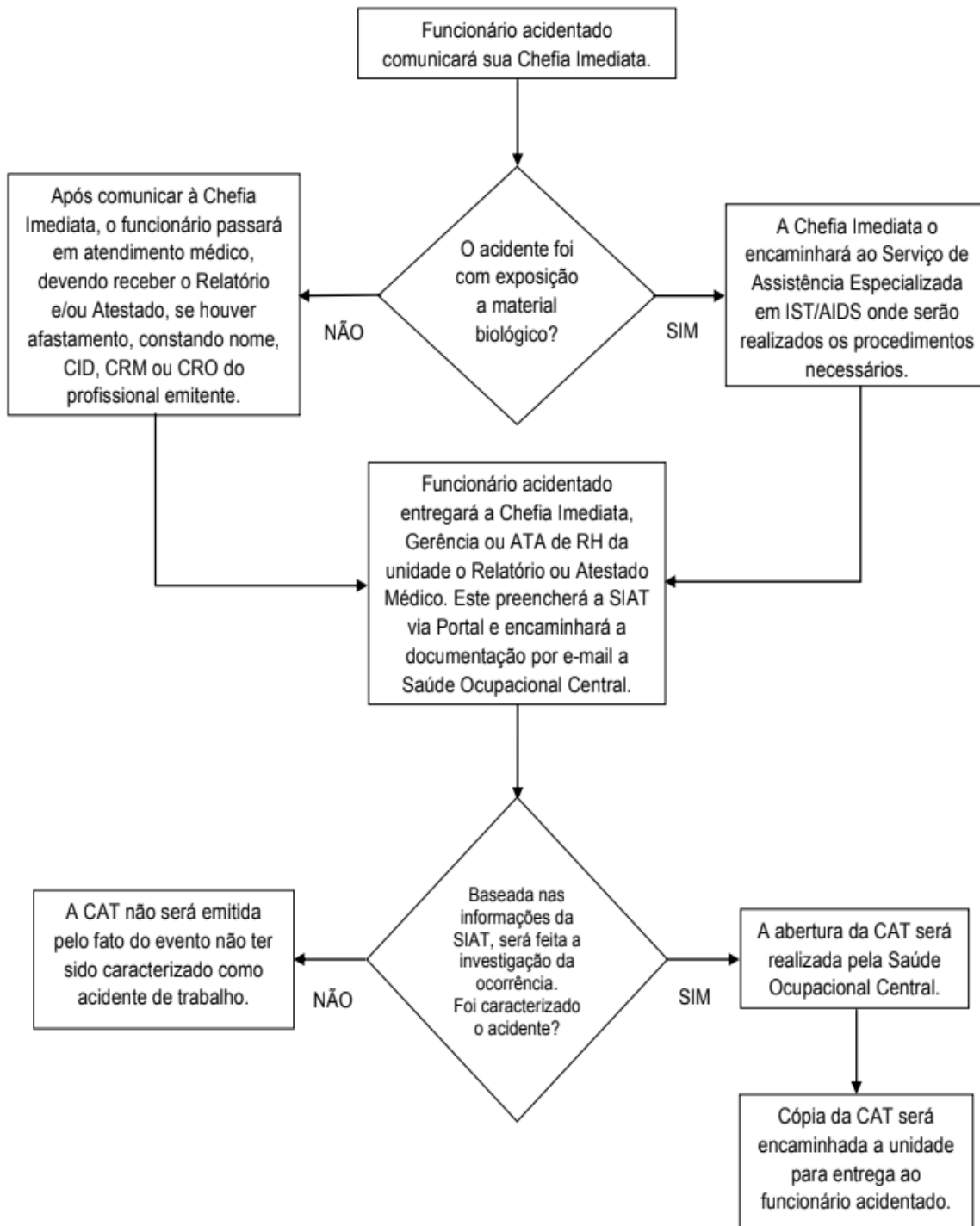
1. Lavar o local da exposição (mucosa ou parte do corpo que sofreu a perfuração) com Soro Fisiológico 0,9% ou água corrente em abundância, repetindo a operação várias vezes, sem espremer o local. Não utilizar nenhum outro tipo de solução para a limpeza da pele;
2. Em caso de fonte conhecida e o paciente autorizar, realizar Testes Rápidos de HIV, Hepatite B e Hepatite C;
3. A Chefia Imediata deve entrar em contato com o Serviço de Assistência Especializada - SAE em DST/AIDS de referência e encaminhar o funcionário acidentado. Este atendimento deverá ser feito nas primeiras 02 horas e no máximo até 72 horas após o acidente. Levar os resultados dos testes rápidos do paciente fonte.

Observação:

Se a ocorrência for à noite, feriado ou final de semana, o atendimento será prestado nos hospitais municipais e no Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

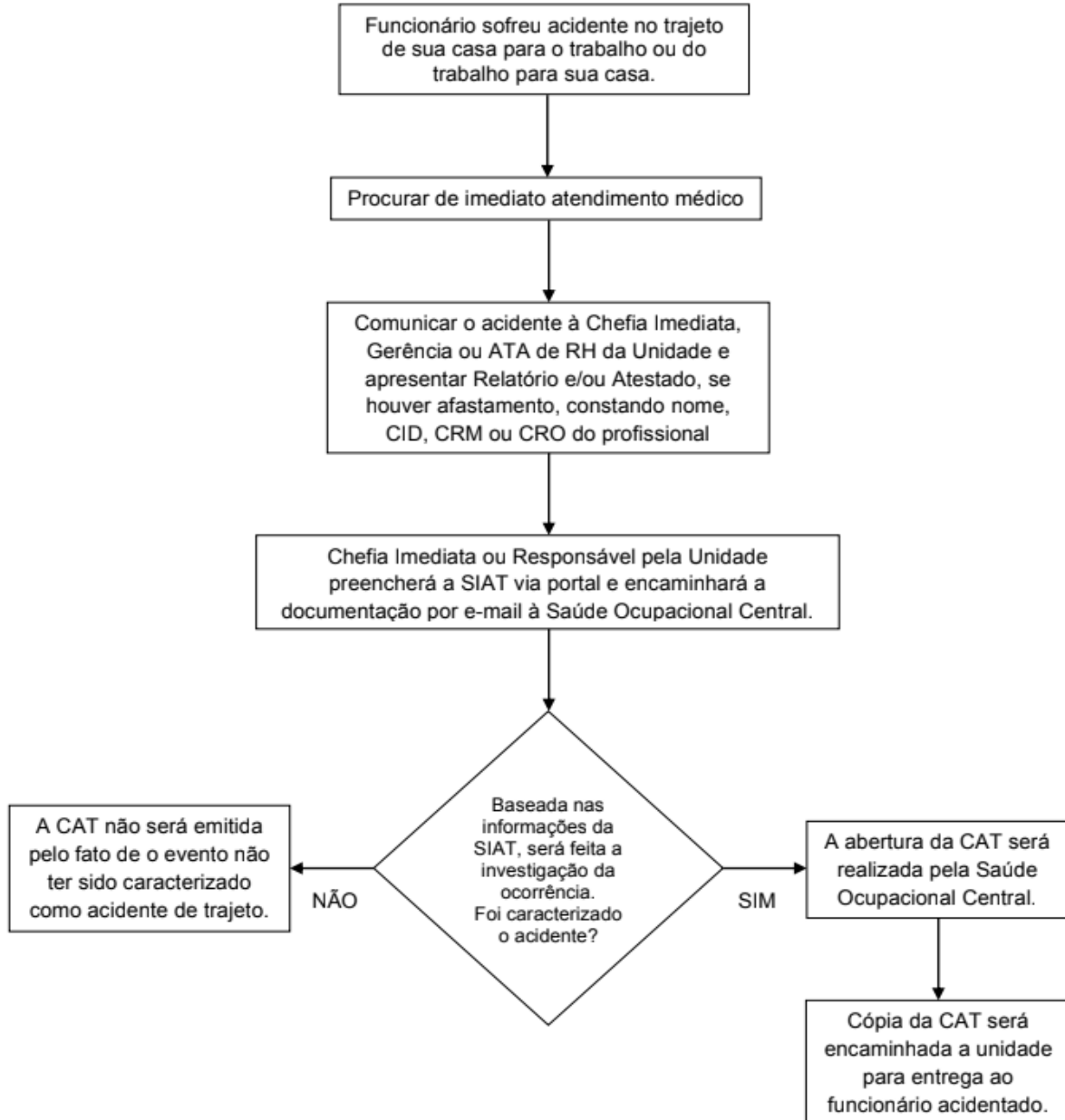
Preencher Ficha de Investigação do SINAN de Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico em três vias: uma cópia será levada pelo funcionário ao SAE, uma encaminhada à SUVIS e outra arquivada na própria unidade.

Fluxograma de acidente típico



Fonte: extraído da [Norma Interna de Ocorrência de Acidente de Trabalho](#) - Saúde Ocupacional, ASF, 2022.

Fluxograma de acidente de trajeto



Fonte: extraído da [Norma Interna de Ocorrência de Acidente de Trabalho](#) - Saúde Ocupacional, ASF, 2022.

Endereços das unidades de referência em caso de ocorrência de acidentes com material perfurocortante e exposição a material biológico:

- **Hospital Emílio Ribas:**

Av. Dr. Arnaldo, nº 165, Pacaembu - São Paulo-SP. Telefone: 3896-1200. - Aberto 24h.

- **Serviços de Atendimento Especializado (SAE) por região:**

Região NORTE	Região OESTE	Região SUL
SAE Nossa Senhora do Ó Av. Itaberaba, 1377. Tel.: 3975-3032. CTA Pirituba Av. Dr Felipe Pinel, 12. Tel.: 3974-8569. SAE Santana (Marcos Lottenberg) R: Dr. Luis Lustosa da Silva, 339. Tel.: 2950-9217.	SAE Butantã Av. Confeu de Azevedo Marques, 3596. Tel.: 3768-1523. SAE LAPA (Paulo César Bonfim) Rua: Tomé de Souza, 30, Lapa. Tel.: 3832-2551.	SAE Dutra Rua: Cristina de Vasconcelos Ceccato, 109. Cidade Dutra Tel.: 5666-8386.

Referências complementares:

Acidente de trabalho com exposição a material biológico - Prefeitura de São Paulo DVISAT / COVISA.

Norma Interna de Ocorrência de Acidente de Trabalho da ASF.

3. NORMAS E ROTINAS PARA MANUTENÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS SALAS EM GERAL

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

4. NORMAS E ROTINAS PARA SALA DE MEDICAÇÃO E OUTROS PROCEDIMENTOS

Finalidade:

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

Rotinas:

1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
2. Calçar luvas de procedimento;
3. Organizar a sala no início e término de cada plantão e sempre que necessário;
4. Realizar limpeza concorrente diária no início do turno de trabalho, higienização diária e sempre que necessário de bancadas e superfícies com água e detergente e desinfecção com álcool 70%;
5. Realizar conferência e reposição de medicações, nebulização e materiais;
6. Checar o funcionamento da rede de oxigênio e válvulas;
7. Chamar o paciente pelo nome e confirmar seu nome completo e data de nascimento, garantindo a segurança do paciente e profissional;
8. Apresentar-se pelo nome e função ao paciente ou acompanhante, explicar o procedimento que será realizado;
9. Ao administrar medicação, utilizar os “treze certos”, garantindo a segurança do paciente;
10. Realizar anotação de enfermagem na evolução do paciente, anotando data, horário, procedimento realizado, materiais utilizados, assinar e carimbar (o carimbo deve conter o n° do COREN, categoria profissional e nome legível);
11. Repor o material conforme necessidade do setor;
12. Solicitar à farmácia e trocar os kits de inalação conforme necessidade;
13. Retirar os kits de inalação a cada uso e acondicionar em caixa plástica organizadora;
14. Encaminhar os kits inaladores contaminados para o expurgo em caixa fechada com tampa;
15. Manter as boas práticas para segurança do paciente;
16. Garantir o direito de permanência de acompanhantes nos casos previstos por lei:
pessoas idosas, pessoas com necessidades especiais, crianças, adolescentes e gestantes;

17. Garantir a Limpeza terminal pelo serviço de higiene contratado com periodicidade semanal e conforme necessidade do setor.

Observações:

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

5. NORMAS E ROTINAS PARA COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

Finalidade:

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

Rotinas:

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

6. NORMAS E ROTINAS PARA O ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Finalidade:

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

Rotinas:

1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
2. Calçar luvas de procedimento;
3. Organizar a sala no início e término de cada plantão e sempre que necessário;
4. Realizar limpeza concorrente diária no início do turno de trabalho, higienização diária e sempre que necessário de bancadas e superfícies com água e detergente e desinfecção com álcool 70%;
5. Dispor os insumos de forma organizada, de maneira a facilitar o acesso no momento do atendimento;
6. Verificar a data de validade dos materiais e prover o setor realizando reposição;
7. Checar os equipamentos da sala, garantindo seu adequado funcionamento no atendimento à urgência e emergência.

Importante: é responsabilidade do Enfermeiro testar o funcionamento dos laringoscópios, desfibriladores/cardioversores e checar os lacres do material de emergência;

8. Verificar nível de consciência, sinais vitais, monitorar e chamar o médico disponível para conduzir o atendimento;
9. Auxiliar o médico e/ou enfermeiro durante todo atendimento ao paciente, até a alta ou transferência para a unidade referência, realizando os procedimentos e medicações conforme prescrição;
10. Realizar anotação de enfermagem na evolução do paciente, anotando data, horário, procedimento realizado, materiais utilizados, assinar e carimbar (o carimbo deve conter o nº do COREN, categoria profissional e nome legível).

Observações:

- É de responsabilidade do enfermeiro fazer a liberação da ambulância ao serviço de referência;
- Somente equipe de enfermagem e equipe médica estão autorizados a entrar na sala de urgência e emergência durante o atendimento ao paciente.

7. NORMAS E ROTINAS PARA REMOÇÃO DE PACIENTES

Finalidade:

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

Rotinas:

1. O médico preenche a ficha de contrarreferência solicitando a transferência do usuário. Observação: nos casos de ausência médica o Enfermeiro, após classificação de risco do paciente, pode solicitar a remoção deste usuário, se necessário;
2. O enfermeiro recebe a ficha e solicita remoção e vaga ao Serviço de Urgência;
3. Durante todo o período de permanência do usuário no serviço ele deverá ser monitorado quanto ao nível de consciência e sinais vitais. Caso o paciente esteja desacompanhado, verificar se ele possui algum familiar para entrar em contato, realizar o contato telefônico e informar sobre a transferência;
4. A equipe de enfermagem deve auxiliar o médico durante todo atendimento ao paciente, até a alta ou transferência para a unidade referência;
5. Realizar anotação de enfermagem na evolução do paciente, anotando data, horário, procedimento realizado, materiais utilizados, assinar e carimbar (o carimbo deve conter o nº do COREN, categoria profissional e nome legível).
6. Identificar a equipe que está realizando a transferência (placa do veículo e nome do motorista) com data e horário;
7. O enfermeiro deve realizar a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) para todos os pacientes que serão removidos.

Observação:

Em caso de recusa da remoção pelo paciente é necessário orientá-lo sobre os riscos de tal decisão, realizando o registro dessas informações na ficha de atendimento do usuário, de forma a constituir documentação legal que respalde a conduta do profissional.

8. NORMAS E ROTINAS DA SALA DE EXPURGO

Finalidade:

Área destinada à recepção, separação, lavagem e desinfecção de artigos de saúde, visando seu adequado processamento.

Rotinas:

1. Realizar limpeza concorrente diária e sempre que necessário de bancadas e superfícies com água e detergente e desinfecção com álcool 70%;
2. Checar a validade e quantidade dos insumos e soluções necessários para a lavagem e/ou desinfecção dos artigos médico-hospitalares;
3. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
4. Paramentar-se com EPIs: avental impermeável longo de mangas compridas, luvas grossas de borracha de cano longo, luvas de procedimento, máscara, óculos protetor, touca descartável e sapatos impermeáveis fechados;
5. Preparar a solução de detergente enzimático, conforme orientações do fabricante e Procedimento Operacional Padrão (POP) [Uso do Detergente Enzimático](#);
6. Monitorar diariamente a concentração do ácido peracético por meio de teste específico, conforme orientações do fabricante. Se necessário, preparar a solução de ácido peracético, conforme orientações do fabricante e Procedimento Operacional Padrão (POP) [Uso do Ácido Peracético](#);
7. Ao receber material sujo, proceder à limpeza e/ou desinfecção, de acordo com o Procedimento Operacional Padrão (POP) [Limpeza](#) e [desinfecção](#) de artigos médico-hospitalares;
8. Garantir que o Serviço de Higiene contratado realize limpeza terminal diária e sempre que necessário.

9. NORMAS E ROTINAS DA SALA DE PREPARO DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO

Finalidade:

Preparar, esterilizar, revisar, acondicionar e distribuir os materiais esterilizados para os setores.

Rotinas:

1. Checagens e testes

1.1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico e paramentar-se com EPIs: avental de mangas longas, luvas de procedimento e touca descartável;

1.2. Realizar limpeza concorrente diária e sempre que necessário de bancadas e superfícies com água e detergente e desinfecção com álcool 70%;

1.3. Checar o funcionamento da seladora, incubadora e autoclave;

1.4. Limpar a câmara interna e externa da autoclave com água e sabão, removendo o resíduo do sabão com pano de limpeza umedecido com água, seguindo recomendação específica do fabricante do equipamento;

1.5. Realizar o teste da autoclave na primeira carga do dia com indicador biológico e o funcionamento da incubadora. Em caso de alteração, comunicar o enfermeiro responsável;

1.6. Retirar as luvas de procedimento;

1.7. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico.

2. Preparo de materiais e esterilização

2.1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;

2.2. Calçar luvas de procedimento;

2.3. Separar a quantidade de instrumental, material cirúrgico e/ou respiratório;

2.4. Checar limpeza, integridade e funcionalidade dos instrumentais;

2.5. Montar os kits de acordo com o tipo e número de instrumentais e peças. Atentar para colocar 01 integrador químico dentro de caixa e kit. Na embalagem, colocar

aproximadamente 10 cm de fita zeburada nas caixas cirúrgicas odontológicas e 3 cm nos kits, e colocar etiqueta ou escrever na fita crepe a data de esterilização, data de validade, nome do material, lote e nome do profissional que preparou;

2.6. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;

2.7. Colocar os pacotes dentro da câmara da autoclave, sendo os mais pesados embaixo.

Observações:

- A Enfermagem é responsável pela limpeza concorrente diária, higienização diária sempre que necessário de bancadas e superfícies com água e detergente e desinfecção com álcool;
- O Serviço de Higiene é responsável pela limpeza terminal, que deve ter periodicidade semanal e sempre que necessário;
- Caso identifique instrumental, material cirúrgico e/ou respiratório faltante, comunicar o enfermeiro imediatamente.

10. NORMAS E ROTINAS DA SALA DE VACINA

Finalidade:

Armazenamento e administração de imunobiológicos em serviço de saúde, de forma a padronizar a organização e o funcionamento da sala de imunização na atenção primária à saúde, otimizando o atendimento e o acolhimento aos usuários.

Na sala de vacinação é importante que todos os procedimentos desenvolvidos promovam a máxima segurança, reduzindo o risco de contaminação para os indivíduos vacinados e também para a equipe de vacinação.

Rotinas:

1. Verificar a limpeza e organização da sala;
2. Verificar e anotar a temperatura do refrigerador, três vezes ao dia;
3. Verificar o prazo de validade dos imunobiológicos, usando com prioridade aqueles que estiverem com o prazo mais próximo do vencimento;
4. Retirar do refrigerador de estoque apenas a quantidade necessária de vacinas e diluentes para o consumo na jornada de trabalho e colocar no refrigerador de uso diário;
5. Chamar usuário pelo nome;
6. Verificar cartão SUS e carteira de vacinação;
7. Avaliar a situação vacinal;
8. Orientar o usuário ou responsável sobre as vacinas que serão aplicadas conforme o Programa Nacional de Imunizações - PNI;
9. Perguntar sobre o estado de saúde do paciente e interrogar sobre alergias. No caso de paciente referir alergias ou estiver doente solicitar avaliação do enfermeiro responsável antes da aplicação das vacinas;
10. Realizar os registros de vacinação:
 - a) preencher de acordo com as doses recomendadas pelo calendário de imunização no cartão de vacinação, anotar a vacina aplicada, lote, dose, data da aplicação, unidade de saúde onde a vacina foi aplicada e nome legível do vacinador (cartão vacina e ficha espelho);
 - b) fazer o aprazamento da data de retorno do usuário à lápis no cartão de vacina e na ficha espelho. Orientar o paciente ou responsável sobre a data do retorno, realizar o registro das vacinas aplicadas no sistema SIGA e no prontuário eletrônico do cidadão;
11. Preencher o mapa de controle diário de vacina;
12. Conferir o imunobiológico a ser administrado, conforme indicado no cartão de vacinação;

13. Lavar as mãos com água e sabão;

14. Preparar e administrar o imunobiológico conforme técnica e via de administração de cada vacina. Em caso de paciente com pele não íntegra é necessário calçar luvas de procedimento.

Observações:

- Examinar o imunobiológico, observando a aparência, o estado da embalagem, o número do lote, o prazo de validade do produto e o prazo de validade após abertura do frasco;
- Observar reações imediatas;
- Reforçar as orientações necessárias, orientar sobre as reações adversas que podem ocorrer e orientar a retornar à Unidade para avaliação se apresentar qualquer tipo de reação;
- Desprezar o material descartável em recipiente adequado;
- Lavar as mãos;
- Entregar o cartão de vacina e cartão SUS ao paciente ou responsável, orientar quanto a importância do retorno no período solicitado para seguimento da vacinação.

Vias de Administração das Vacinas conforme Idade:

IDADE	VIA	LOCAL	AGULHA
Menor de 1 ano	IM	Vasto lateral da coxa	20x5,5 mm
1 ano até 1 ano 11 meses e 29 dias	IM	Vasto lateral da coxa	20x5,5 mm
2 anos até 6 anos	IM	Deltóide	25x7,0 mm
A partir de 7 anos	IM	Deltóide	25x7,0 mm
Qualquer idade	SC	Deltóide	13x4,5 mm
Obesos	IM	Deltóide	30x7,0 mm

Observações:

A massa muscular do paciente deve ser avaliada antes da aplicação da vacina. Pacientes obesos e desnutridos podem necessitar de agulhas com comprimentos diferentes para atingir o local da aplicação desejado, diminuindo o risco de efeitos adversos.

Para a administração de vacinas não é recomendada a antisepsia da pele do usuário. Somente quando houver sujidade perceptível, a pele deve ser limpa utilizando-se água e

sabão ou álcool a 70%. Caso utilize o álcool 70% é necessário esperar pelo menos 30 segundos para permitir a secagem da pele.

Se o vacinador apresentar lesões de continuidade nas mãos orienta-se a utilização de luvas de procedimento.

Consulte no link abaixo, o calendário vacinal atualizado do município de São Paulo, ou acesse pelo celular apontando a câmera para o QR CODE:

[Calendário de Vacinação | Secretaria Municipal da Saúde | Prefeitura da Cidade de São Paulo](#)



11. NORMAS E ROTINAS PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDAS

Finalidade:

Fornecer fraldas aos pacientes com incontinência urinária ou fecal permanentes associados à deficiência. Estes usuários deverão ser incluídos no programa de fornecimento de insumos de incontinência do município de São Paulo.

Critérios para inclusão no programa:

- Ter mais de 03 anos de idade;
- Possuir diagnóstico de deficiência e incontinência associada.

Tipos de Incontinência:

- **N31.0** Bexiga neuropática não inibida;
- **N31.1** Bexiga neurogênica reflexa;
- **N39.4** Outras incontinências urinárias;
- **K59.2** Colon neurogênico.

Associados à:

- **F00** Demência na Doença de Alzheimer;
- **F01** Demência Vascular;
- **F02.3** Demência na doença de Parkinson;
- **F72** Retardo Mental Grave;
- **G80** Paralisia Cerebral;
- **G82** Paraplegia e tetraplegia;
- **G93.1** Lesão encefálica anóxica, não especificado como hemorrágico ou isquêmico;
- **I61** Hemorragia intracerebral;
- **I64** Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico;
- **Q05.2** Espinha bífida lombar com hidrocefalia;
- **Q05.3** Espinha bífida sacra com hidrocefalia;
- **T90.5** Sequela de traumatismo intracraniano;
- **T91.1** Sequela de fratura de coluna vertebral.

Para inclusão no programa, o Médico da rede pública Municipal preenche formulário (ANEXO I), com o diagnóstico e o tipo de incontinência urinária e/ou fecal permanente e a prescrição dos insumos.

O paciente deve ser avaliado pelo enfermeiro da UBS (ANEXO I) que avaliará o grau de incapacidade do paciente pela escala da cruz vermelha espanhola e a escala de avaliação de permanência de enfermagem no domicílio. Indicará o tipo de insumo e a quantidade a ser dispensada mensalmente, de acordo com os seguintes critérios:

- **Usuários com incontinência urinária:** fornecimento de até 04 fraldas descartáveis por dia, totalizando no máximo 120 fraldas/mês;
- **Usuários com incontinência fecal:** fornecimento de 01 fralda descartável/dia, totalizando 30 fraldas por mês.

Observação: O enfermeiro deverá reavaliar o paciente anualmente e sempre que necessário, ajustando a prescrição do insumo.

Atribuições dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem referente ao fornecimento de fraldas:

- Orientar usuários sobre os critérios para fornecimento de fraldas descartáveis e sobre a documentação necessária (RG, cartão SUS e comprovante de residência);
- Informar o responsável pelo paciente a respeito da disponibilidade do insumo para retirada na Unidade Básica de Saúde (UBS);
- Realizar o acompanhamento domiciliar dos usuários que recebem fraldas descartáveis ofertados em sua área de abrangência.

Objetivos:

Planejamento e execução das atividades de solicitação e dispensação de fraldas descartáveis mediante estabelecimento de critérios de atendimento e avaliação das condições de saúde.

Conteúdo:

1. Ao chegar abastecimento de fraldas na Unidade, o Auxiliar/Técnico de Enfermagem responsável pelo programa avisa as Equipes da ESF informando dia e hora para o responsável do usuário vir retirar as fraldas na Unidade;
2. O responsável deverá se dirigir à UBS para a retirada do insumo com documento de identificação, Cartão do SUS e cartão Família;
3. Na sala de Procedimento, o Auxiliar de Enfermagem escalado, deverá conferir a documentação e o Prontuário de Fralda do paciente na Pasta;

4. Registrar no Impresso de entrega de insumos (ANEXO III) a data da entrega, a quantidade de fraldas dispensadas, anotar o nome do profissional que entregou as fraldas e solicitar ao responsável pelo paciente que assine o impresso;
5. Orientar responsável pelo paciente aguardar contato da UBS para retirada dos insumos no próximo mês;
6. Realizar registro no SIGA Saúde das fraldas entregues;
7. Entregar impresso no setor de farmácia para a baixa no sistema GSS.

ANEXO I



CADASTRO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PARA RECEBIMENTO DE DISPOSITIVOS PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

UAD: _____ Cadastro nº _____
Data cadastro: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____
Sexo: ()M ()F Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Nome/responsável: _____ Cartão SUS: _____
Endereço completo: _____
CEP: _____ Telefones: _____

DADOS DO LAUDO MÉDICO:

Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____
Nome médico: _____ CRM: _____

F 00	Demência na doença de Alzheimer	G 93.1	Lesão Encefálica Anóxica não especificada hemorrágica ou isquêmica
F 01	Demência Vascular	I 61	Hemorragia Intracerebral
F 02.3	Demência Doença de Parkinson	I 64	AVC não especificado como hemorrágico ou isquêmico
F 72	Retardo Mental Grave	Q 05.2	Espinha bífida lombar com hidrocefalia
G 80	Paralisia Cerebral	Q 05.3	Espinha bífida sacra com hidrocefalia
G 82	Paraplegia	T 90.5	Sequela traumatismo intracraniano
G 82	Tetraplegia	T 91.1	Sequela fratura da coluna vertebral

N 31.0	Bexiga neuropática não inibida	N 39.4	Outras incontinências urinárias
N 31.1	Bexiga neurogênica reflexa	K 59.2	Colon neurogênico

AValiação ENFERMEIRO

Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____
Nome enfermeiro: _____ COREN: _____

QUANTIDADE PRESCRITA POR MÊS

Fraldas (máx 120/mês)
Dispositivo p/ incontinência urinária (máx 30/mês, sexo masculino)
Bolsa coletora de perna (máx 1/mês)
Sonda uretral (máx 120/mês)

Em tratamento de reabilitação? () Sim local: _____
() Não: ()necessito realizar
() não necessito realizar

Utiliza órtese/prótese? ()Sim. Qual: ()cadeira rodas ()órtese de MMII ()órtese de MMSS
()cadeira de banho () prótese
() Não Necessita? () Sim. Qual? _____
() Não necessita.

Em atendimento pela UAD: () sim () não

Grau de incapacidade (Cruz Vermelha Espanhola): () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

Pontuação na escala de avaliação de permanência de enfermagem no domicílio: _____

Origem da demanda: () Judiciário () Ministério Público () Jovuidoria () UAD () outra: _____

Observação: _____

assinatura/carimbo
responsável pelo preenchimento

ANEXO II



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Solicitação de insumos para incontinência urinária

Nome: _____

À UAD _____

Solicito a dispensação de:

- fraldas sondas uretrais descartáveis
- dispositivo para incontinência urinária + bolsa coletora de urina de pema

CID – 10: (assinalar os CIDs correspondentes nas 2 colunas)

Tipos de Incontinência

- N31.0 Bexiga neuropática não inibida
 N31.1 Bexiga neuropática reflexa
 N39.4 outras incontinências urinárias
 K59.2 colon neurogênico

Associados à:

- F00 Demência na Doença de Alzheimer
 F01 Demência vascular
 F02.3 Demência na Doença de Parkinson
 F72 Retardo mental grave
 G80 Paralisia cerebral
 G82 Paraplegia e tetraplegia
 G93.1 Lesão encefálica anóxica, não especificado como hemorrágica ou isquêmica
 I61 Hemorragia intracerebral
 I64 AVC - não especificado como hemorrágica ou isquêmica
 Q05.2 Espinha bífida lombar com hidrocefalia
 Q05.3 Espinha bífida sacra com hidrocefalia
 T90.5 Sequela de traumatismo intracraniano
 T91.1 Sequela de fratura de coluna vertebral

DATA: _____

Atenciosamente,

CRM: _____

OBS: Esse receituário terá validade de 12 meses e deverá ser renovado após esse prazo

ANEXO III



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

FAVOR PREENCHER TODAS AS INFORMAÇÕES

Nome: _____
 Cuidador ou Responsável: _____
 Endereço: _____
 Telefone: _____ Início de Atendimento: _____
 CID: _____ Qte Mensal: _____ Tamanho: _____
 CNS: _____ Prontuário: _____

PROCOLO DE ENTREGA DE FRALDAS

<u>DATA RETIRADA</u>	<u>QUANTIDADE ENTREGUE UNIDADE</u>	<u>PROFISSIONAL QUEZ FEZ ENTREGA</u>	<u>ASSINATURA DE RECEBIMENTO</u>	<u>DATA GSS PROFISSIONAL</u>	<u>DATA SIGA PROFISSIONAL</u>

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO - POP

Higienização simples das mãos	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução

Higiene das mãos é o termo utilizado para qualquer ato de limpeza das mãos. Engloba a fricção das mãos com água e sabão ou com preparação alcoólica para diminuir ou impedir o crescimento de microrganismos.

A correta higienização das mãos pode evitar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), que são infecções que ocorrem durante o processo do cuidado no serviço de saúde.

Quando higienizar as mãos?

- Quando estiverem visivelmente sujas;
- Ao iniciar e terminar o turno de trabalho;
- Antes e após ir ao banheiro;
- Antes e depois das refeições;
- Antes de preparar e manipular medicamentos;
- Antes e após o contato com o paciente;
- Antes e após a realização de procedimentos e entre procedimentos no mesmo paciente;
- Após contato com material biológico;
- Após contato com o mobiliário e equipamentos próximos ao paciente;
- Após tossir ou espirrar;
- Após várias aplicações consecutivas de produto alcoólico;

Hábitos importantes são necessários:

- Higienizar as mãos ao chegar ao trabalho;
- Manter as unhas limpas e curtas;
- Não usar unhas postiças no ambiente de trabalho;
- Evitar uso de esmalte nas unhas;
- Dispensar o uso de anéis, pulseiras e outros adornos quando assistir o paciente;
- Não abrir ou fechar portas com luvas ou com sujidades nas mãos;
- Não atender telefone com luvas;

- As luvas não devem ser utilizadas em substituição da higienização das mãos, as mãos devem ser lavadas antes e após uso de luvas.

Objetivos:

Remoção de sujidade, suor, oleosidade, células descamativas e microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato, prevenção e reduzindo as infecções causadas pelas transmissões cruzadas.

Materiais:

Sabão líquido; Papel toalha descartável; Pia ou lavatório; Lixeira com tampa acionada com pedal.

Conteúdo:

Responsável: Todos os profissionais que atuam no serviço de saúde

Descrição Técnica:

1. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia;



2. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir toda a superfície das mãos (seguir a quantidade recomendada pela fabricante e com cuidado para não tocar o orifício dosador);



3. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;



4. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;



5. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;



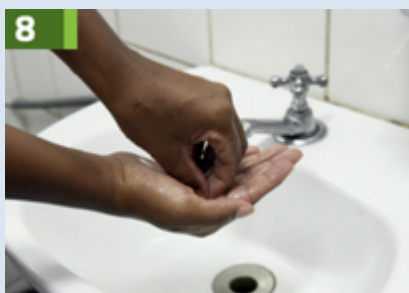
6. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e vice-versa;



7. Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa;



8. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;



9. Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular e vice-versa;



10. Enxaguar as mãos e punhos; retirando o resíduo do sabão e evitando o contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;



11. Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;



12. Fechar a torneira com papel toalha (torneiras mecânicas);

13. Desprezar o papel toalha nas lixeiras para resíduos comuns.

Para mais informações, acesse:

[Lavagem das mãos \(ASF, 2023\)](#)



[Orientações sobre lavagem das mãos \(ANVISA, 2017\)](#)

[Como Higienizar as Mãos com Água e Sabão? \(Cartaz ANVISA, 2022\)](#)



Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., 2017.

ANVISA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 2017.

Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos. ANVISA, 2009.

Guia para a implementação da estratégia multimodal da OMS de melhoria da HM. ANVISA: Brasília-DF, agosto de 2009.

Nota Técnica 01/2018 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde.

Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Recomendações Básicas. OPAS, 2017.

Higienização das mãos com preparação alcoólica	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Engloba a fricção das mãos com preparação alcoólica para diminuir ou impedir o crescimento de microrganismos. Para este fim, usa-se álcool a 70%, em gel ou espuma.

É insuficiente a higienização das mãos com preparação alcoólica quando as mãos estiverem visivelmente sujas, nesse caso higienizá-las com água e sabão líquido.

A correta higienização das mãos pode evitar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), que são infecções que ocorrem durante o processo do cuidado no serviço de saúde.

Quando higienizar as mãos?

- Ao iniciar e terminar o turno de trabalho;
- Antes e após ir ao banheiro;
- Antes e depois das refeições;
- Antes de preparar e manipular medicamentos;
- Antes e após o contato com o paciente;
- Antes e após a realização de procedimentos e entre procedimentos no mesmo paciente;
- Após contato com material biológico;
- Após contato com o mobiliário e equipamentos próximos ao paciente;
- Após tossir ou espirrar.

Hábitos importantes são necessários:

- Higienizar as mãos ao chegar à unidade de trabalho;
- Manter as unhas limpas e curtas;
- Não usar unhas postiças no trabalho;
- Evitar uso de esmalte nas unhas;
- Dispensar o uso de anéis, pulseiras e outros adornos quando assistir o paciente;
- Não abrir ou fechar portas com luvas ou com sujidades nas mãos;
- Não atender telefone com luvas;

Objetivos:

Reduzir carga microbiana das mãos eliminando a microbiota transitória e substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.

Materiais:

- Gel alcoólico a 70%.

Conteúdo:

Responsável:

Todos os profissionais que atuam no serviço de saúde

Descrição Técnica:

1. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir toda a superfície das mãos (quantidade recomendada é de acordo com o fabricante);



2. Friccionar as palmas das mãos entre si;



3. Friccionar a palma da mão direita com o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice e versa;



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



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



6. Friccionar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se movimento circular e vice e versa;



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



8. Friccionar os punhos com movimentos circulares;



9. Friccionar até secar naturalmente. Não utilizando o papel toalha.



Para mais informações, acesse:

[Lavagem das mãos \(ASF, 2023\)](#)



[Como Fazer a Fricção Antisséptica das Mãos com Preparações Alcoólicas? \(Cartaz ANVISA, 2022\).](#)

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados em 2019, 2020, 2021 e 2022.

Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. ANVISA, 2017.

Guia para a implementação da estratégia multimodal da OMS de melhoria da HM. ANVISA: Brasília-DF, agosto de 2009.

RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Nota Técnica nº 01/2018: Orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. ANVISA, 2018.

Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Recomendações Básicas. OPAS, 2017.

Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos. ANVISA, 2009.

Precauções padrão	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A Biossegurança nos serviços de saúde visa reduzir o risco de transmissão de microrganismos a partir de fontes conhecidas ou não, através da utilização de precauções padrão. A Norma Regulamentadora nº32 estabelece as diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em serviços de saúde.

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



Higienização das mãos



Luvas e Avental



Óculos e Máscara



Caixa pérfuro-cortante

Objetivos:

Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções e acidentes de trabalho.

Materiais:

Luvas de procedimento; Óculos de proteção; Máscara cirúrgicas, N95/PPF2; Gorro ou touca; Avental.

Conteúdo:

Responsável: Todos os Profissionais da Saúde

Descrição Técnica:

ORIENTAÇÕES SOBRE A COLOCAÇÃO E RETIRADA DOS EPI's

COLOCAÇÃO DOS EPI's

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

- 1- Avental ou capote;
- 2- Máscara cirúrgica;
- 3- Óculos ou protetor facial;
- 4- Luvas.

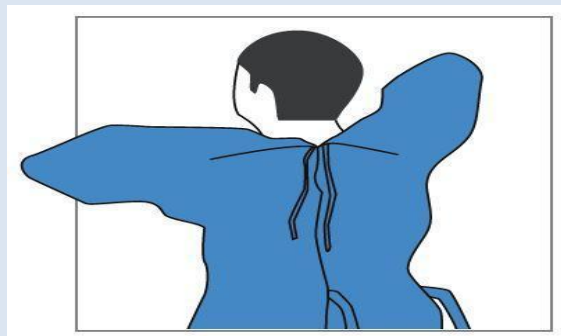
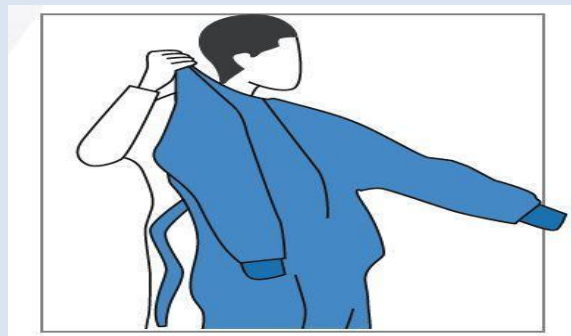
No caso de procedimentos geradores de aerossóis:

- 1- Avental ou capote;
- 2- Máscara de proteção respiratória N95/PPF2;
- 3- Óculos ou protetor facial;
- 4- Gorro ou touca;
- 5- Luvas.

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

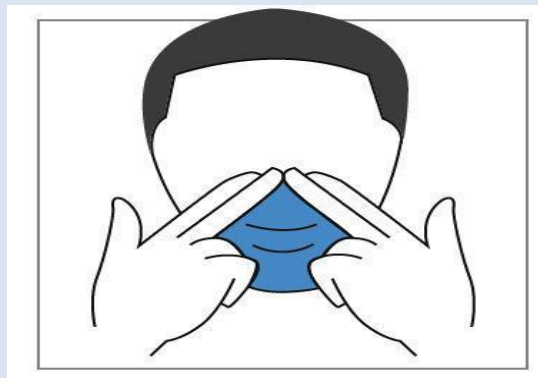
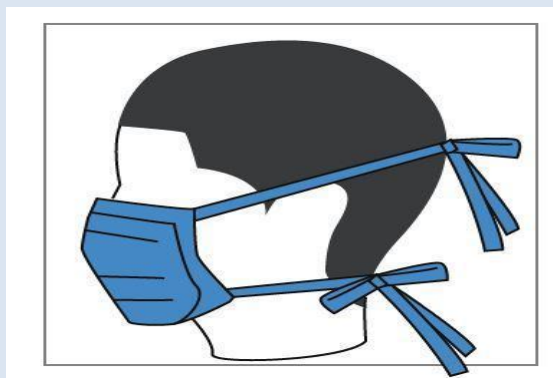
AVENTAL OU CAPOTE

- 1- Vista o avental ou capote primeiramente pelas mangas, ajustando as amarras nas costas e cintura;
- 2- Certifique-se de que o tronco esteja totalmente coberto, bem como os braços e os punhos.



MÁSCARA CIRÚRGICA

- 1- Verifique se a máscara não está danificada;
- 2- Utilize o clip nasal como referência para identificar a parte superior;
- 3- Coloque a máscara de maneira que cubra nariz e boca, ajuste-a evitando deixar espaço entre o rosto e a máscara;



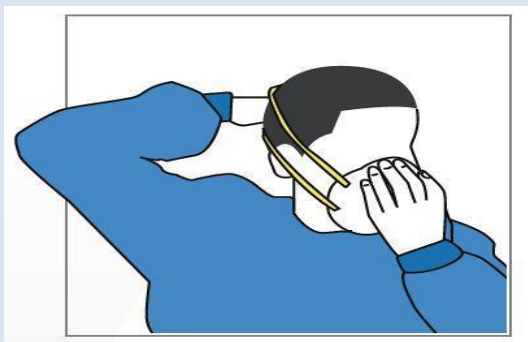
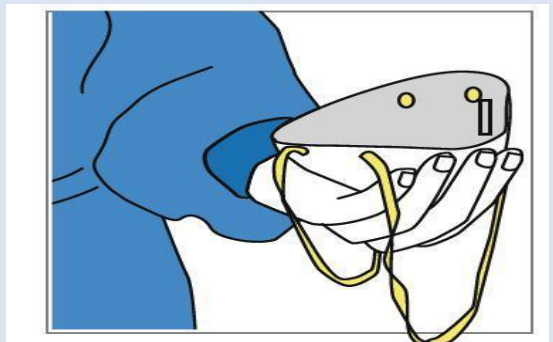
Lembre-se: Enquanto estiver em uso, evite tocar na parte da frente da máscara.

- Troque a máscara quando estiver úmida ou sempre que for necessário.

MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA (N95 / PPF2)

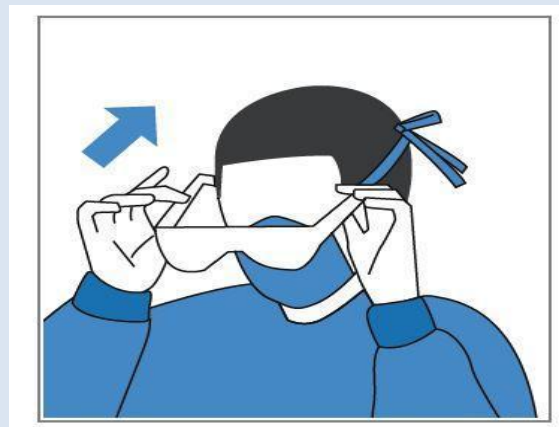
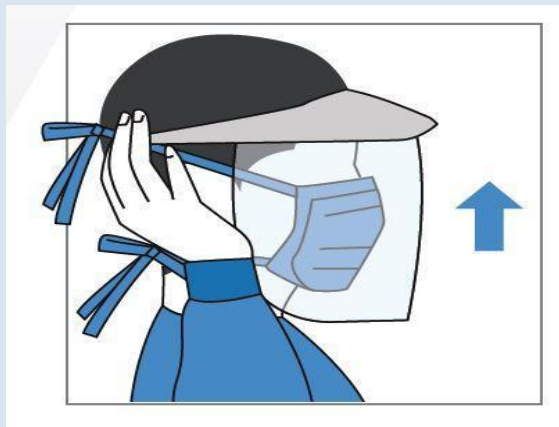
- Indicada para uso em procedimentos que geram aerossóis;
- A máscara de proteção respiratória deverá estar ajustada à face;
- Nunca deve ser compartilhada entre profissionais.

- 1- Segurar o respirador com o clip nasal próximo à ponta dos dedos deixando as alças pendentes.
- 2- Encaixar o respirador sob o queixo.
- 3- Posicionar uma das alças na nuca e a outra na cabeça.
- 4- Ajustar o clip nasal no nariz.



ÓCULOS OU PROTETOR FACIAL

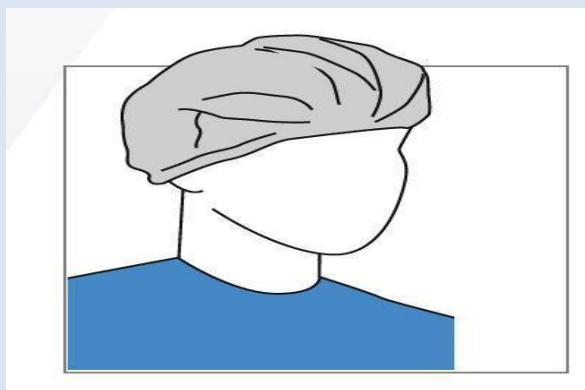
- 1- Apoie a viseira do protetor facial na testa e passe o elástico pela parte superior da cabeça. No caso dos óculos, coloque-o da forma usual.
- 2- Os equipamentos devem ser de uso exclusivo para cada profissional responsável pela assistência, sendo necessária a higiene correta após o uso, caso não possa ser descartado.
- 3- Sugere-se a limpeza e desinfecção, de acordo com as instruções de reprocessamento do fabricante.



GORRO OU TOUCA

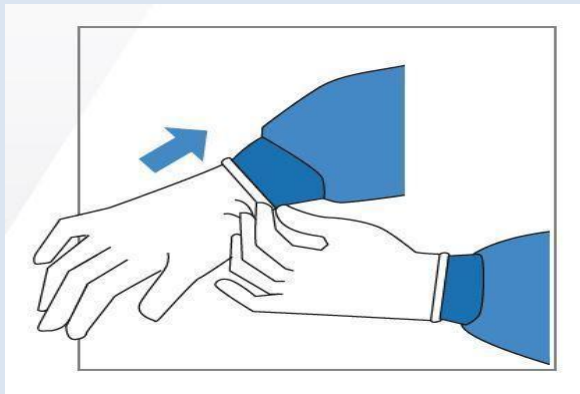
Lembre-se: O cabelo deve estar preso.

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



LUVAS

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



RETIRADA DOS EPI

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

- 1-Luvas;
- 2-Avental ou capote;
- 3-Óculos ou protetor facial;
- 4-Máscara cirúrgica.

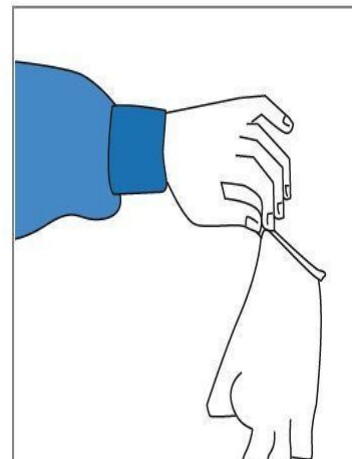
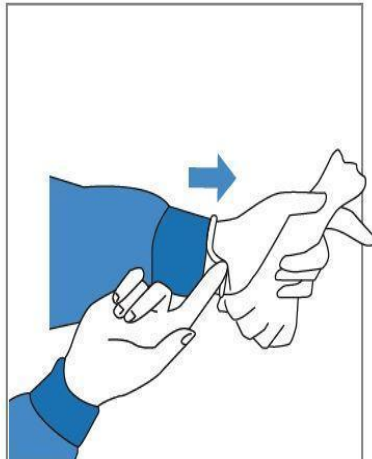
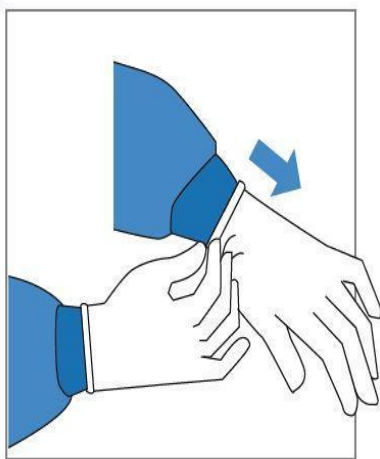
No caso de procedimentos geradores de aerossóis:

- 1-Luvas;
- 2-Avental ou capote;
- 3-Gorro ou touca;
- 4-Óculos ou protetor facial;
- 5-Máscara de proteção respiratória.

LUVAS

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

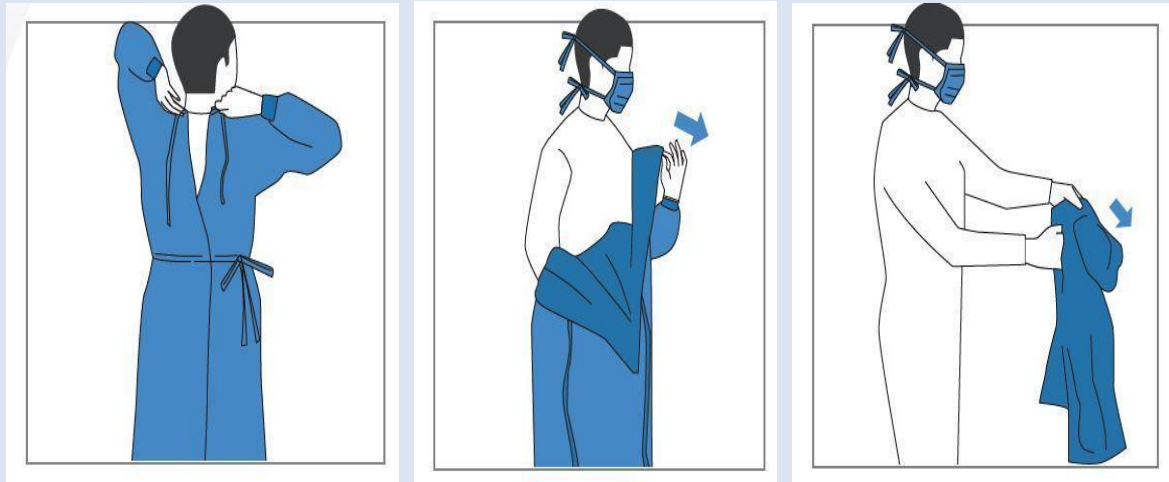
- 1- Com as duas mãos enluvadas, segure a parte externa de uma luva na parte superior do pulso;
- 2- Retire esta primeira luva, afastando-se do corpo e do pulso até as pontas dos dedos, virando a luva de dentro para fora;
- 3- Segure a luva que você acabou de remover em sua mão enluvada;
- 4- Com a mão sem luva, retire a segunda luva inserindo os dedos dentro da luva na parte superior do pulso;
- 5- Vire a segunda luva do avesso enquanto a inclina para longe do corpo, deixando a primeira luva dentro da segunda;
- 6- Descarte as luvas na lixeira.
- 7- Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.



AVENTAL OU CAPOTE

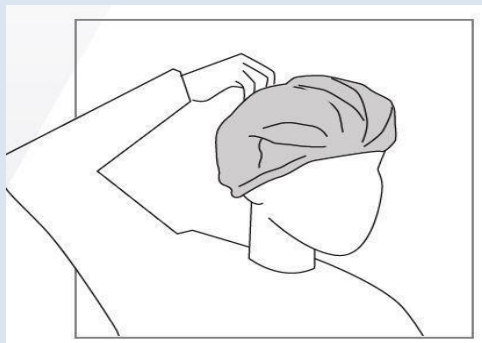
Lembre-se: Durante a retirada do avental ou capote, evite tocar o lado externo, pois estará contaminado.

- 1- Abra as tiras e solte as amarras;
- 2- Empurre pelo pescoço e pelos ombros, tocando apenas a parte interna do avental/capote;
- 3- Retire o avental/capote pelo avesso e descarte-o em recipiente apropriado;
- 5- Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.



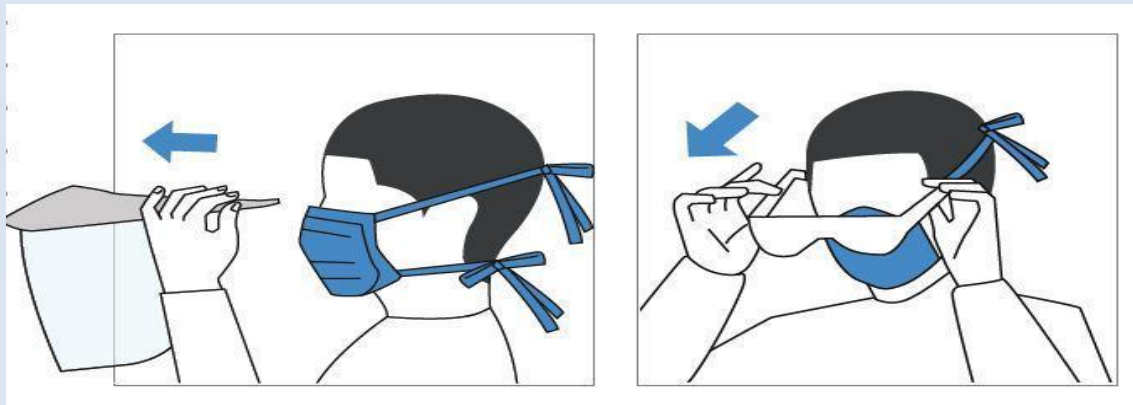
GORRO OU TOUCA

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



ÓCULOS DE PROTEÇÃO OU PROTETOR FACIAL

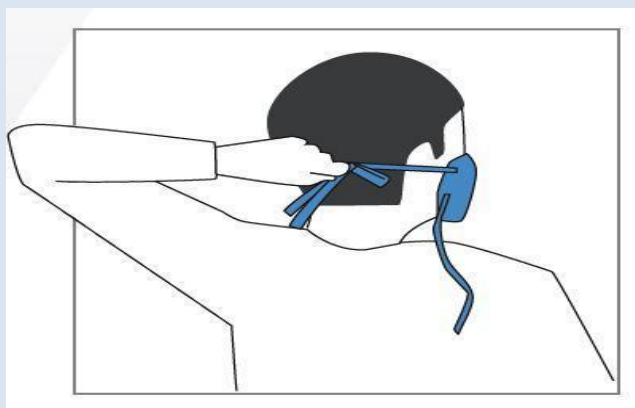
- 1- Remova pela lateral ou pelas hastes, considerando que a parte frontal está contaminada.
- 2- A limpeza e a desinfecção devem ser realizadas de acordo com as instruções de reprocessamento do fabricante.



MÁSCARA CIRÚRGICA

Lembre-se: Durante a retirada da máscara evite tocar a parte frontal.

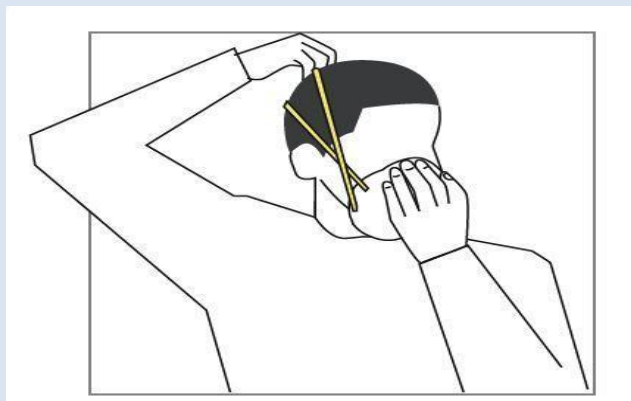
- 1- Segure as alças inferiores e depois as alças ou elásticos superiores e remova-a;
- 2- Descarte-a na lixeira (lixo infectante);
- 3- Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.



MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA (N95 / PPF2)

Lembre-se: A guarda ou descarte devem obedecer aos procedimentos recomendados pelas autoridades sanitárias ou fabricantes.

- 1- Segurar o elástico inferior com as duas mãos, passando-o por cima da cabeça para removê-lo;
- 3- Remover a máscara segurando-a pelos elásticos, tomando cuidado para não tocar na superfície interna;
- 4- Acondicione a máscara em um saco ou envelope de papel com os elásticos para fora, para facilitar a retirada posteriormente, no caso de reutilização;
- 5- Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.



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

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. ANVISA, 2017.

Norma Regulamentadora nº32.

Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual. COVID-19, Cartilha - COFEN.

Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Recomendações Básicas. OPAS, 2017.

Colocação e retirada de luvas estéreis	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

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

Objetivos:

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

Materiais:

Luva estéril.

Conteúdo:

Responsável:	Equipe de enfermagem e médico
Descrição Técnica:	

Colocação de luvas estéreis

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

7- Pegue a luva direita (pela dobra interna do punho) com a mão esquerda e calce a luva direita.



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



9. Havendo necessidade, ajuste os dedos e punhos.



Retirada de luvas estéreis

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



- 3- Mantenha a luva na mão que está enluvada;



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



- 5- Descarte no lixo infectante;
- 6- Realize a higienização das mãos.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Norma Regulamentadora nº32

Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Recomendações Básicas. OPAS, 2017.

Limpeza e desinfecção de superfícies	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução

A limpeza consiste na remoção das sujidades depositadas nas superfícies inanimadas utilizando-se meios mecânicos (fricção), físicos (temperatura) ou químicos (saneantes), em um determinado período de tempo (BASSO, 2004).

Nos serviços de atenção básica, são utilizados os meios mecânicos e químicos.

Os processos de limpeza de superfícies nos Unidades Básicas de Saúde envolvem a limpeza concorrente (diária) e a limpeza terminal.

Limpeza Concorrente

Procedimento de limpeza realizado diariamente em todas as salas com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário (receituário, abaixadores de língua, medicamentos, aparelhos para aferição de pressão arterial, etc.), verificar equipamentos não funcionantes, solicitando consertos e reparos, quando necessário.

A **equipe de enfermagem** deve realizar a limpeza concorrente diariamente, antes do início do atendimento aos usuários e sempre que necessário.

À enfermagem cabe realizar a limpeza e desinfecção da mobília (mesa, cadeiras, computadores), bancadas, equipamentos para saúde como termômetros, esfigmomanômetros, carro de emergência, entre outros.

A **equipe de limpeza terceirizada** deve realizar limpeza concorrente dos setores, de acordo com a frequência estabelecida abaixo, baseada na classificação das áreas:

<p>Áreas críticas Central de Material e Esterilização (expurgo, preparo e esterilização), curativo, vacina, sala de coleta, Papanicolaou, consultórios odontológicos, sala de pequena cirurgia, sanitários.</p>	3 vezes por dia e sempre que necessário
<p>Áreas não críticas Administração, almoxarifado, salas de reunião</p>	1 vez por dia e sempre que necessário
<p>Áreas semicríticas Consultórios, sala de medicação, sala de fisioterapia.</p>	2 vezes por dia e sempre que necessário.
<p>Áreas comuns</p>	1 vez por dia e sempre que necessário.
<p>Áreas externas</p>	2 vezes por dia e sempre que necessário

Fonte: Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies - ANVISA (2020)

A limpeza concorrente da equipe de higiene deve incluir a limpeza das maçanetas da porta, interruptores de luz, piso, coleta de resíduos, reposição de materiais como sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha, entre outros, de acordo com o Procedimento Operacional Padrão - POP de limpeza concorrente específico da empresa ambiental contratada. A enfermagem deve realizar a supervisão da execução e o registro da limpeza.

Limpeza Terminal

É um processo de limpeza e desinfecção que tem por objetivo a redução da sujidade e da população microbiana reduzindo a contaminação ambiental. Aplica-se a superfícies horizontais e verticais, internas e externas. Deve ser realizada pelo serviço de higiene ambiental contratado, com periodicidade mínima semanal e sempre que houver necessidade.

É indicado que se inicie a limpeza do local mais limpo para o mais sujo, como teto, paredes, portas e chão.

A limpeza terminal deve ocorrer em conformidade com o POP de Limpeza Terminal específico do serviço de higiene ambiental contratado, a sua execução e o registro da limpeza devem ser supervisionados pela enfermagem.

A enfermagem utiliza o termo limpeza terminal de enfermagem para descrever a limpeza e organização realizada dentro dos armários, gavetas, reposição de impressos, materiais e insumos. Deve ser realizada com periodicidade mínima semanal.

3. Objetivos:

Padronizar a realização da limpeza de superfícies pela equipe de enfermagem

4. EPI:

Luvas de procedimento;

Jaleco;

Máscara;

Óculos de proteção s/n.

5. Materiais:

Solução de Álcool 70%;

Solução desinfetante disponível (ex.: Labseptic);

Papel toalha;

Sacos de lixo;

Caixa de perfurocortante;

Panos;

Sabão líquido.

6. Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

Limpeza concorrente enfermagem

- 1- Reunir todo o material necessário para o procedimento;
- 2- Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
- 3- Calçar as luvas de procedimento;
- 4- Retirar os materiais sujos utilizados em procedimentos, instrumentais e equipamentos e encaminhá-los para o expurgo;
- 5- Manusear os materiais perfurocortantes com atenção e desprezá-los na caixa coletora de perfurocortantes.

Limpeza

6 - Realizar a limpeza com pano úmido embebido com água e sabão ou detergente neutros.

6.1- Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja.

6.2 - Utilizar movimento único de limpeza.

7- Retirar o sabão com outro pano e secar com papel toalha.

Desinfecção

8- Após a Limpeza, realizar a desinfecção com papel toalha umedecido em álcool à 70% em todo mobiliário e equipamentos (braçadeiras, suportes de soro, mesas auxiliares, colchonetes, travesseiros, cadeiras de rodas, divãs e poltronas, bancadas de fórmica), obedecendo a técnica do mais limpo para o mais sujo;

9- Realizar a fricção mecânica com álcool 70%, no mínimo três vezes, deixando secar entre uma fricção e outra, executando a técnica com movimentos firmes, longos e em uma só direção.

10- Desprezar o papel toalha em saco de lixo infectante (se contato com matéria orgânica);

11- Retirar as luvas e descartar no lixo infectante;

12- Higienizar as mãos;

13- Organizar o ambiente.

14 - Realizar o registro da limpeza concorrente em impresso próprio, carimbar e assinar.

[Planilha de Registro de Limpeza Enfermagem](#)

Limpeza e desinfecção concomitantes

Existem desinfetantes que realizam limpeza e desinfecção concomitantemente, como é o caso dos limpadores e desinfetantes quaternários de Amônio, Biguanida e EDTA (exemplo: Labseptic). Nesses casos não há a necessidade de se realizar a limpeza e a desinfecção em momentos distintos.

1- Reunir todo o material necessário para o procedimento;

2- Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;

3- Calçar as luvas de procedimento;

4- Retirar os materiais sujos utilizados em procedimentos, instrumentais e equipamentos e encaminhá-los para o expurgo;

- 5- Manusear os materiais perfurocortantes com atenção e desprezá-los na caixa coletora de perfurocortantes;
- 6- Umedecer pano com o produto saneante;
 - 6.1- Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja;
 - 6.2- Realizar fricção com o pano umedecido com o desinfetante, seguindo uma direção única;
- 7- Realizar o registro da limpeza concorrente em impresso próprio, carimbar e assinar.

Planilha de Registro de Limpeza Enfermagem

Observações:

- Na presença de matéria orgânica em grande quantidade ou ressecada, repetir a operação até remoção completa da carga orgânica.
- Seguir as recomendações do fabricante do produto saneante.
- Semanalmente, a enfermagem deve realizar limpeza dentro das caixas, gavetas, armários, etc. Esta limpeza é denominada limpeza terminal da enfermagem e também deve ser registrada na Planilha de Registro de Limpeza Enfermagem.

Referências complementares:

Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies da ANVISA.

BASSO, M; ABREU, E.S. Limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares e anti-sepsia. p.18-33; 2a. ed. São Paulo: APECIH, 2004.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2a ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Manual de Biossegurança - SMS/SP, 2017.

LabNews. Labseptic Spray Espuma. disponível em <https://www.labnews.ind.br/produtos/labseptic-spray-espuma.html>

Montagem da caixa de perfurocortante	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

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

Objetivos:

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

EPI:

Luva de procedimento; Avental; Óculos de proteção; Máscara

Materiais:

Caixa de perfurocortante; Suporte para caixa de perfurocortante.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

MONTAGEM DA CAIXA DE PERFUROCORTANTE

- 1- Abrir o coletor;
- 2- Abra a sacola plástica;
- 3- Coloque o fundo rígido dentro da sacola plástica;
- 4- Introduza a cinta interna, posicionando-a em forma de triângulo sobre o fundo rígido;
- 5- Coloque a sacola plástica, já com o fundo rígido e a cinta dentro do coletor;
- 6- Encoste a cinta nas paredes internas;
- 7- Coloque as sobras da sacola plástica para dentro do coletor;
- 8- Introduza a bandeja impermeável sobre a sacola plástica até o fundo;

- 9- Faça a montagem das alças duplas;
- 10- Passe a parte superior da alça por dentro do orifício;
- 11- Feche a tampa do bocal.



Lembrete:

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

Uso da caixa de perfurocortante:

1. Descartar agulhas e seringa descartáveis;
2. Não reencapar, entortar, quebrar ou desconectar a agulha da seringa após o uso;
3. Não utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimentos que envolvam material perfurocortante;
4. Nunca retirar da caixa o perfurocortante já descartado;

5. Nunca exceder o volume máximo permitido na caixa;
6. Descartar nesta caixa ampolas, escalpes, lâminas e/ou agulhas, mesmo que estéreis.

Transporte:

A enfermagem retira a caixa do suporte, fecha com fita crepe, acondiciona a caixa no saco branco leitoso com símbolo de biossegurança e transporta até o expurgo.

Observação: Não descartar luvas, papéis, algodão ou gazes dentro desta caixa.

Acesse abaixo pelo link ou QR Code o vídeo tutorial de montagem de caixa de perfurocortantes:

 [Montagem Coletor Descarbox](#)



Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Descarbox. Montagem Coletor Descarbox. 07 de junho de 2017; plataforma de vídeo youtube: acesso em 2023.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Manual Técnico: procedimento e legislação para risco biológico - Biossegurança na saúde nas UBS. 2ªed. SMS-SP, atualizado em 2017.

Norma Regulamentadora nº32.

Anotação de Enfermagem	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Os registros efetuados pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) têm a finalidade essencial de fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade do cuidado, além de servir a diversas outras finalidades, tais como: ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, fins estatísticos e outros.

As anotações subsidiam o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados, prescrição de enfermagem, suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados, respectivas respostas do paciente, resultados esperados e desenvolvimento da evolução de enfermagem (COFEN, 2016).

Objetivos:

Nortear os profissionais de Enfermagem para a prática dos registros visando a comunicação entre os membros da equipe de saúde, possibilitando a continuidade do processo de trabalho multiprofissional, garantindo segurança para o paciente e respaldo do ponto de vista ético e legal.

Materiais:

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

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
---------------------	---

Descrição Técnica:

Acolhimento:

1. Nome completo do paciente, data, hora do acolhimento;
2. Condição de chegada (deambulando, maca ou cadeira de rodas);

3. Presença do acompanhante ou responsável;
4. Queixas relacionadas ao motivo da procura pelo serviço, se veio encaminhado ou por demanda espontânea;
5. Procedimentos e cuidados prestados, tais como: sinais vitais, punção de acesso venoso, entre outros;
6. Orientações e condutas prestadas;
7. Nome (assinatura) e carimbo do responsável pelo registro e atendimento.

Administração de medicamentos

Itens da prescrição medicamentosa que deverão ser registrados:

Via Parenteral

Registrar o local onde foi administrado:

IM – Glúteo, deltoide, vasto lateral, etc.;

EV – Antebraço, dorso da mão, membro inferior etc.;

SC – Abdome, região posterior do braço, coxa, etc.;

ID – face interna do antebraço ou face externa do braço etc.

Em todos os casos, registrar o lado em que o medicamento foi administrado, esquerdo ou direito.

Para todas as vias, observar os registros apontados abaixo:

Se houve rejeição do paciente;

- No caso de não administrar medicamento, apontar o motivo;
- Se houve queixas;
- Intercorrências e providências adotadas;

Transferência de Unidade:

1. Motivo da transferência;
2. Data e horário da transferência;
3. Serviço de destino (serviço de referência / Pronto Socorro/ Hospital);
4. Forma de transporte (ambulância, meios próprios);

5. Anotar o nome dos profissionais da equipe que realizou a remoção, assim como a placa da viatura/ambulância;
6. Cuidados realizados (punção de acesso venoso, sinais vitais, oxigenoterapia, administração de medicamentos, entre outros);
7. Condições do paciente (consciente, orientado, contactuando, maca, cadeira de rodas, deambulando etc);
8. Acompanhado (com quem), sozinho;
9. Queixas;
10. Carimbo e assinatura do responsável pelo registro.

Alta:

1. Data e horário da saída;
2. Condições da saída (deambulando, maca, cadeira de rodas);
3. Acompanhado (com quem), sozinho;
4. Procedimentos/cuidados realizados;
5. Orientações prestadas;
6. Carimbo e assinatura do responsável pelo registro.

Óbito:

1. Data e horário do óbito;
2. Assistência prestada durante a constatação;
3. Identificação do médico que constatou o óbito;
4. Comunicação do óbito ao setor responsável, conforme rotina institucional;
5. Procedimentos post-mortem (retirada de dispositivos, identificação do corpo etc);
6. Carimbo e assinatura do responsável pelo registro.

Como anotar:

1. A anotação deve ser clara, objetiva, com letra legível e sem rasuras;
2. Não usar corretivo. Se fizer anotações erradas, colocar entre vírgulas a palavra “**digo**” e anotar logo em seguida o texto correto. Se a anotação errada for extensa, escrever com letra de imprensa (letra de forma) e maior do que a escrita anteriormente a frase “**Sem efeito**” registrando logo em seguida o horário que aquela anotação estava errada;

3. Escrever as palavras por extenso, só usar abreviaturas padronizadas. Utilizar terminologia científica;
4. Evitar termos genéricos como: sem queixas, sem intercorrências até o momento. Essas anotações não fornecem informações objetivas a respeito das condições do paciente;
5. Não deixar espaços em branco entre uma e outra anotação. Não passar traço entre o final e a identificação do profissional;
6. O ato de checar deve ser sinalizado pelo símbolo “✓” utilizado sobre o horário, nas prescrições, significando que a ação foi realizada, e o ato de “bolar/circular” “○” significa que a ação prescrita não foi realizada. Acima do sinal “✓” é indispensável colocar as iniciais do nome do profissional que realizou a ação, o que permite a identificação do responsável pelo cuidado. Quando um horário está circundado (bolado, circulado) é necessário anotar a justificativa da não realização do cuidado;
7. Checar as prescrições e proceder à anotação em tempo real, seguindo ordem cronológica, ou seja, a anotação do que aconteceu às 10h não deve aparecer após anotação que ocorreu às 13h. Em casos excepcionais, poderá ser feito o registro fora do horário contendo a expressão “em tempo” à frente da anotação;
8. A anotação deverá ser realizada apenas pelos funcionários do seu respectivo plantão e que tenham realizado o cuidado prestado. Jamais delegar aos outros o que é da própria responsabilidade;
9. Após a anotação, obrigatoriamente devem constar a assinatura e o carimbo (resolução 454/201, artigo 5º);
10. O carimbo deve ter as seguintes informações: nome completo do profissional, a sigla COREN com a sigla do estado, número de registro no conselho de classe e categoria profissional), conforme resolução 545/2017;

Resolução Cofen 545/2017: Uso do carimbo e assinatura em documentos



Nome completo do profissional

COREN-SP-000.000-XXX

Coren | Estado | Número de inscrição | Categoria profissional

Modelo para carimbo da enfermagem - Resolução Cofen 545/2017.

11. Na anotação de enfermagem não devem constar dados de evolução de enfermagem. A anotação registra somente aquilo que foi observado ou executado, sem comparação de dados anteriores, enquanto a evolução exige do enfermeiro reflexão para comparar dados. A evolução é privativa do enfermeiro;
12. As anotações realizadas por estagiários devem conter na sua identificação: nome, curso, instituição e o carimbo do professor responsável pelo aluno.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

COREN. Anotação de enfermagem, 2022.

COREN - Processo de enfermagem: guia para a prática.

COREN - Guia de boas práticas de enfermagem na atenção básica: norteando a gestão e a assistência.

Resolução COFEN 545 de 2017.

Resolução COFEN 429 de 2012.

Mensuração de peso	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A mensuração do peso permite a avaliação do estado nutricional do paciente. É um procedimento de baixo custo e de fácil obtenção.

Objetivos:

Padronizar o procedimento de mensuração de peso.

EPI:

Luvas de procedimento S/N; Jaleco; Máscara de proteção.

Materiais:

Balança infantil e adulto (mecânica ou eletrônica); Papel toalha; Álcool a 70%.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
---------------------	---

Descrição Técnica:

▪ **Crianças menores de 02 anos**

1. Chamar o paciente pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado ao responsável;
2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
3. Realize a desinfecção da bandeja da balança com papel toalha e álcool a 70%;
4. Forre o prato da balança com papel toalha;
5. Deixe a balança ligada antes de colocar a criança e aguarde zerar/tarar, o visor deverá marcar peso zero;
6. Pedir para o responsável tirar a roupa da criança e fralda, se houver;
7. Colocar a criança deitada ou sentada na balança (atentar para a sua segurança). Orientar a mãe ou responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento;

8. Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura;
 9. Solicite ao responsável que retire a criança da balança e a vista;
 10. Desprezar o papel toalha na lixeira;
 11. Higienizar as mãos;
 13. Documentar o valor obtido no prontuário e caderneta de saúde da criança.
- **Crianças maiores de 02 anos, adolescentes e adultos.**
1. Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado;
 2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
 3. Verificar se a balança está afastada da parede, em piso plano e se está calibrada (zerar os valores);
 4. Realize a desinfecção da balança com álcool 70% e proteja com papel toalha;
 5. Ajude o paciente a subir na balança, em posição ereta, no centro do equipamento, com os pés juntos, os braços estendidos ao longo do corpo e de costas para o visor;
 6. Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura;
 7. Auxilie o paciente a descer da balança,
 8. Desprezar o papel toalha na lixeira;
 9. Higienizar as mãos;
 10. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente (ver pop anotação de enfermagem), realizar registro em produção.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Manual Técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde - SMS/SP, 2016.

Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Ministério da Saúde, 2011.

Mensuração de estatura	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

O termo estatura é utilizado tanto ao se referir ao comprimento (mensurado com o paciente deitado) quanto à altura (paciente em pé). A medida da estatura é essencial para avaliação do estado nutricional, condições de saúde, crescimento e desenvolvimento do paciente.

Objetivos:

Padronizar o procedimento de mensuração de estatura.

EPI:

Luvas de procedimento S/N; Jaleco; Máscara de proteção.

Materiais:

Lençol descartável; Papel toalha; Fita métrica ou régua antropométrica para crianças até 2 anos; Antropômetro vertical (deve ser fixado numa parede lisa sem rodapé); Álcool a 70%.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

Crianças menores de 02 anos:

1. Chamar o paciente, confirmar o nome e data de nascimento. Apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado ao paciente ou responsável;
2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
3. Realize a desinfecção da maca com álcool 70% e forrar com lençol descartável;
4. Peça para o responsável colocar a criança deitada na maca (decúbito dorsal), descalça, com a cabeça livre de adereços, posicionada no centro do antropômetro;
5. O pescoço da criança deve estar reto e o queixo afastado do peito. Ombros, nádegas e calcanhares devem estar encostados na superfície da maca e os braços estendidos ao longo do corpo;

6. Pressionar levemente os joelhos para baixo (neste momento use uma das mãos), juntar os pés da criança de forma que as pernas e os pés formem um ângulo reto e levar a parte móvel da régua antropométrica para junto à planta dos pés;
7. Realizar a leitura;
8. Peça ao responsável que retire a criança da maca;
9. Descarte o lençol e realize a desinfecção da maca com álcool a 70%;
10. Higienizar as mãos;
11. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

Crianças maiores de 02 anos, adolescentes e adultos:

1. Chamar o paciente, confirmar o nome e data de nascimento. Apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado;
2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
3. Orientar o paciente para retirar adornos que possam interferir na medição como: sapatos, bonés, chapéus, acessórios para o cabelo etc;
4. Posicione o paciente ereto, no centro do equipamento, sem adereços, com os pés juntos, os braços estendidos ao longo do corpo e de costas para o visor da balança;
5. A cabeça deve estar erguida, onde o paciente deve olhar para um ponto fixo na altura dos olhos. Ombros, calcanhares e nádegas devem estar em contato com o antropômetro;
6. Eleve a haste graduada do antropômetro, coloque perpendicularmente contra a cabeça. Trave o antropômetro;
7. Auxilie o paciente a descer da balança;
8. Realize a leitura e destrave a haste;
8. Higienizar as mãos;
9. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Manual Técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde - SMS/SP, 2016.

Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN/MS, 2011.

Mensuração de circunferência abdominal	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A medida da circunferência abdominal é importante para indicar a predição de risco cardiovascular, sendo um dos parâmetros avaliados no atendimento ao usuário.

Objetivos:

Padronizar a mensuração da circunferência abdominal.

EPI:

Luvas de procedimento S/N; Jaleco; Máscara de proteção.

Materiais:

Fita Métrica (não extensível/inelástica); Álcool 70%.

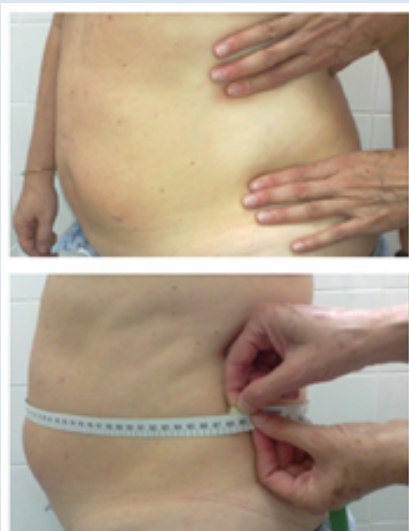
Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
---------------------	---

Descrição Técnica:

1. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado;
2. Higienizar as mãos com água e sabão e calçar luvas de procedimento se necessário;
3. Solicitar ao paciente que fique em pé, ereto, abdome relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;
4. O profissional deve se posicionar lateralmente à pessoa para fazer a leitura;
5. Localizar a última costela. Solicitar para a pessoa inspirar e segurar a respiração por alguns segundos;
6. Localizar a crista ilíaca. Palpar o ilíaco até encontrar a região mais elevada;
7. colocar a fita métrica horizontalmente ao redor do abdome sobre o ponto médio definido. Segurar a parte inicial da fita com a mão esquerda e posicionar abaixo da parte final da fita que estará segura pela mão direita;

8. Verificar se a fita está alinhada em um plano horizontal, paralela ao chão;
9. Ajustar a fita em torno do abdome, sem enrugar a pele, nem comprimir os tecidos subcutâneos;
10. Realizar a leitura no final da expiração;
11. Higienizar as mãos com água e sabão;
12. Higienizar a fita com álcool a 70%;
13. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.



Observação:

- A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN/MS, 2011.

Mensuração de perímetro cefálico	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A medida do perímetro cefálico auxilia na identificação de alterações neurológicas como a microcefalia e a macrocefalia, entre outras,

Objetivos:

Padronizar a mensuração do perímetro cefálico.

EPI:

Jaleco; Máscara.

Materiais:

Fita Métrica (não extensível/inelástica); Álcool 70%.

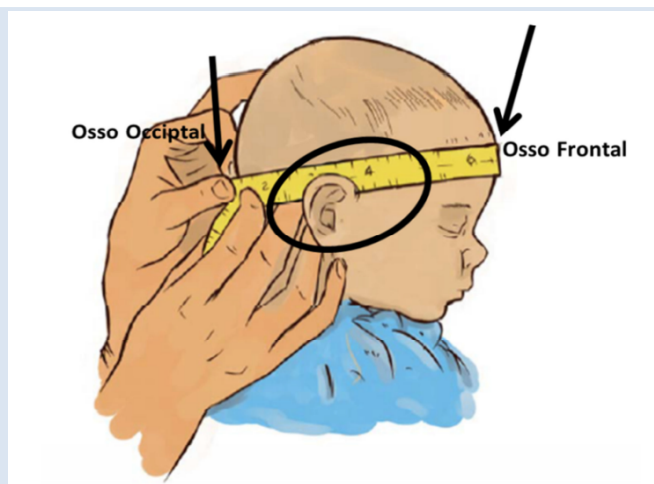
Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

1. Higienizar as mãos;
2. Realizar a desinfecção da maca e da fita métrica com álcool a 70%;
3. Forrar a maca com lençol descartável;
4. Apresentar-se ao responsável e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
5. Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal;
6. Posicione a fita métrica sobre a proeminência occipital e contorne na região parietal (acima das orelhas) e frontal (acima das sobrancelhas), visando a determinação da circunferência máxima, que é obtida pelo ponto de encontro da fita métrica;



7. Não incluir pavilhão auricular;
8. Faça duas medições, se houver uma diferença maior de 0,2 cm, posicionar a criança e medir pela terceira vez;
9. Solicite aos responsáveis para pegar a criança;
10. Realize a desinfecção da maca e fita métrica com álcool a 70%;
11. Registrar a informação no prontuário e na carteira de vacinação (sempre que possível usar gráficos para facilitar o acompanhamento na curva de crescimento);
12. Realizar anotação de enfermagem no prontuário ou ficha de atendimento do paciente (ver pop anotação de enfermagem), realizar registro em produção.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Manual Técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde - SMS/SP, 2016.

Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN/MS, 2011.

Aferição de temperatura corpórea	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A temperatura corporal diz respeito à produção de calor e aos mecanismos de regulação e manutenção da temperatura interna do corpo (termorregulação), que são essenciais para manter a estabilidade fisiológica sistêmica.

A alteração de temperatura pode ser ocasionada por diversos fatores, como causas infecciosas (mais comuns), neoplásicas, processos inflamatórios, exposição ao frio intenso (hipotermia) entre outros.

Terminologia:

- **Hipotermia:** temperatura abaixo do valor normal. Caracteriza-se por pele e extremidades frias, cianose e tremores.
- **Febre:** aumento da temperatura corporal acima do normal. Verifica-se pele quente e seca, sede, secura na boca, calafrios, dores musculares generalizada, sensação de fraqueza, taquicardia, taquiplnéia, cefaléia, delírios e até convulsões.

Objetivos:

Padronizar o procedimento de aferição da temperatura corporal.

EPI:

Luvras de procedimento S/N.

Materiais:

Álcool a 70%; Bolas de Algodão; Termômetro digital; Termômetro infravermelho; Bandeja.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

TERMÔMETRO DIGITAL - REGIÃO AXILAR

1. Chamar o paciente pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado;
2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
3. Realizar desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
4. Colocar o termômetro digital na região axilar com o sensor em contato direto na pele do paciente;
5. Solicite ao paciente que mantenha o antebraço encostado no tórax;
6. Aguardar 5 minutos ou até a emissão do sinal sonoro que indica que a aferição terminou;
7. Retirar o termômetro e realizar a leitura da temperatura;
8. Realizar desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
9. Higienizar as mãos;
10. Em caso de alteração, comunicar o médico ou enfermeiro;
11. Realizar anotação de enfermagem no prontuário do paciente.

TERMÔMETRO INFRAVERMELHO

1. Chamar o paciente pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado;
2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
3. Ligar o termômetro, basta apertar o gatilho uma vez ou virar o interruptor para o modo "on";
4. Posicione o sensor na testa (a distância deverá ser inferior a 5 cm) e mantenha o botão START pressionado;
5. Mova gradativamente o termômetro em direção à têmpora para detectar a temperatura corporal. Quando concluída, um sinal sonoro será emitido;
6. Solte o botão START;
7. Realizar desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
8. Higienizar as mãos;
9. Realizar anotação de enfermagem no prontuário do paciente;

10. Em caso de alteração comunicar o médico ou enfermeiro.

Observação: as orientações de como proceder ao manipular o termômetro variam conforme o fabricante do produto, portanto consulte sempre o seu manual de instruções.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

CARMAGNANI, Maria I.S. et al. Procedimentos de Enfermagem - Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Hinkle, Janice L.; Cheever, Kerry H. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 2 vol.; revisão técnica Sônia Regina de Souza. - 14^a. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem. 6^a ed. revisada. Iátria. São Paulo, 2011.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2^a ed. - Atenção Básica/SMS-SP. 2017.

Orientações sobre manejo da febre - Sociedade Brasileira de Pediatria

Aferição de pressão arterial	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

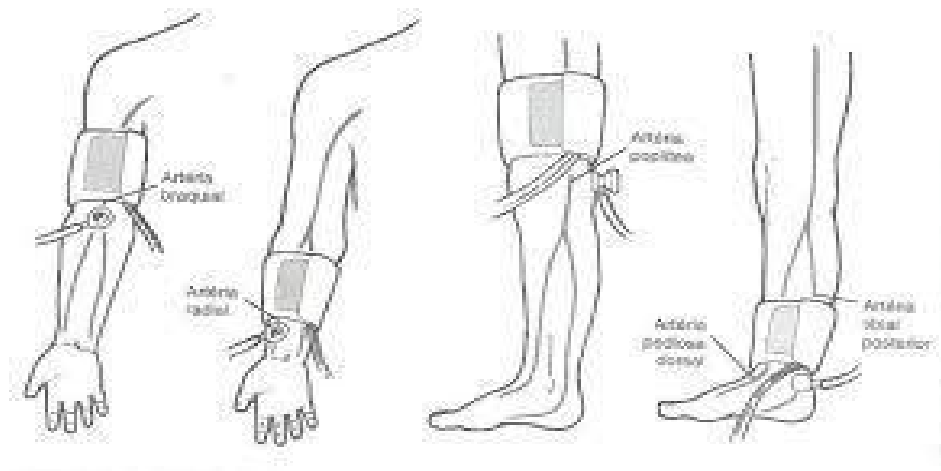
Introdução:

A pressão arterial (PA) é a pressão exercida pelo sangue sobre a parede da artéria, mantida pela força propulsora do coração. O ponto mais alto da PA é chamado de pressão sistólica e o mais baixo de pressão diastólica.

A aferição da PA é importante para avaliar a função circulatória, pois tanto a hipertensão arterial quanto a hipotensão necessitam ser identificadas, para realização de intervenções necessárias.

✓ Locais para Aferição da Pressão Arterial:

- Membros Superiores: artéria braquial;
- Membros Inferiores: artéria pediosa e poplítea.



Classificação da Pressão Arterial para maiores de 18 Anos:

• CLASSIFICAÇÃO DA PA

Normotensão:

PAS ≤ 120/80 mmHg

Pré-hipertensão:

PAS entre 121 e 129 e/ou PAD entre 81 e 89 mmHg

Pré-hipertensão:

PAS entre 130 e 139 e/ou PAD entre 81 e 89 mmHg

Hipertensão estágio 1:

140-159 / 90-99 mmHg

Hipertensão estágio 2:

160-179 / 100-109 mmHg

Hipertensão estágio 3:

≥ 180/110 mmHg

Objetivos:

Padronizar o procedimento da aferição da pressão arterial.

EPI:

Jaleco; Máscara.

Materiais:

Bandeja; Esfigmomanômetro em tamanho adequado ao paciente; Estetoscópio; Relógio com marcação de segundos; Algodão; álcool 70%.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none">1. Chamar o paciente pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado;2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;3. Fazer a desinfecção das olivas e diafragma com algodão embebido em álcool a 70%;4. Orientar o paciente a sentar-se, manter as pernas descruzadas com os pés apoiados no chão, dorso encostado na cadeira e não falar durante o procedimento;5. Certificar-se que não esteja com a bexiga cheia, que não tenha feito exercícios físicos, ingerido bebida alcoólica e café na última meia hora;6. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente estendido;7. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa cubital, sem deixar folgas, localizando a artéria braquial;8. Proceder o método palpatório: palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para estimar a pressão sistólica (PAS), desinsuflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de inflar novamente;9. Colocar estetoscópio nos ouvidos e posicionar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial, evitando a compressão excessiva. Inflar rapidamente até o nível estimado de pressão arterial sistólica;10. Soltar lentamente a válvula da pêra para desinflar o manguito. Ao ouvir o primeiro som, seguido de batidas regulares, determine a PA Sistólica (observe o valor registrado no manômetro no momento do primeiro som);	

11. Continuar a descompressão considerando a pressão diastólica quando houver um abafamento do som e seu desaparecimento, observando sua equivalência no manômetro;
12. Abrir a válvula da pêra e após a saída de todo ar, retirar o manguito;
13. Fazer a desinfecção das olivas e diafragma com algodão embebido em álcool a 70%;
14. Higienizar as mãos;
15. Realizar anotação de enfermagem no prontuário;
16. Informar ao paciente os valores obtidos na aferição;
17. Comunicar o resultado ao médico ou enfermeiro em caso de alteração.

Observações:

- Não aferir no membro quando houver punção venosa na fossa cubital, líquidos sendo infundidos, fístula arteriovenosa, mastectomia do mesmo lado do membro, lesões de pele, plegia e cateterismo, realizar aferição da Pressão Arterial em outro membro;
- É fundamental a adequação do tamanho do manguito em crianças e obesos;
- Caso sejam necessárias novas medidas, desinsuflar o manguito e aguardar de 1 a 2 minutos para realizar nova mensuração.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Potter, Patricia A. *et al.* Fundamentos da enfermagem. Tradução da 9ª. ed. p.495. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas não Transmissíveis - Área técnica das Doenças Crônicas não Transmissíveis do Município de São Paulo – 2020.

Aferição de frequência cardíaca	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

É a verificação da frequência e da intensidade dos batimentos cardíacos. A frequência cardíaca é contada por palpação do pulso ou ausculta dos batimentos cardíacos. A palpação do pulso permite avaliar sua amplitude, simetria, força e regularidade. Aproximadamente a cada batimento cardíaco são ejetados de 40 a 70 ml de sangue na artéria aorta de um adulto, gerando uma onda de pulso arterial que pode ser palpada em várias regiões em que as artérias são mais superficiais e palpáveis.

A frequência cardíaca pode ser aferida através da palpação das artérias: Braquial, Radial, Carótida, Temporal, Femoral, Poplítea, Pediosa ou Apical (com auxílio do estetoscópio).

Valores de referência da frequência cardíaca:

IDADE	FREQUÊNCIA CARDÍACA em batimentos por minuto (BPM)
Recém Nascido	120 a 160 BPM
1 a 12 meses	80 a 140 BPM
Entre 1 e 2 anos	80 a 130 BPM
Entre 3 e 6 anos	75 a 120 BPM
Entre 7 e 12 anos	75 a 110 BPM
Adolescentes	60 a 100 BPM
Adultos	60 a 100 BPM

Fonte: Manual de normas e rotinas de Enfermagem - SMS-SP, 2017, modificado.

Terminologia básica:

- **Normocardia:** Frequência cardíaca dentro dos parâmetros de normalidade;
- **Bradycardia:** Frequência cardíaca diminuída em relação aos valores de referência;
- **Taquicardia:** Frequência cardíaca aumentada em relação aos valores de referência;
- **Pulso irregular ou arritmico:** irregularidade de intervalo entre um batimento e outro;
- **Ritmo sinusal:** ritmo regular do coração.

Objetivos:

Detectar precocemente desvios de anormalidade das batidas do coração, indicar variações de ritmo, amplitude e frequência cardíaca.

EPI:

Jaleco; Máscara.

Materiais:

Relógio analógico para demonstrar os segundos; Caneta e papel.

Conteúdo:

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

1. Reunir o material;
2. Chamar o paciente pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado;
3. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
4. Posicione o paciente em decúbito dorsal ou sentado;
5. Se o paciente estiver agitado, esperar de 5 a 10 minutos antes de verificar o pulso;
6. Pedir que o paciente relaxe e não fale durante a verificação;
7. Colocar a polpa digital dos dedos médio e indicador sobre uma artéria superficial, preferencialmente a artéria radial, comprimindo-a levemente. Não usar o dedo polegar, pois sua pulsação poderá ser confundida com a do paciente;
8. Contar os batimentos cardíacos por 60 segundos;
9. Observar o ritmo (regular ou irregular), a frequência e a intensidade do pulso (cheio, normal ou filiforme);
10. Higienizar as mãos;
11. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente;
12. Comunicar o resultado ao médico ou enfermeiro em caso de alteração.

FREQUÊNCIA CARDÍACA APICAL:

1. Palpar o 5º espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda para a colocação do estetoscópio;
2. Contar os batimentos por um minuto;
3. Observar o ritmo, a fonese das bulhas, bem como os sons cardíacos (Sopros);
4. Higienizar as mãos;
5. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Potter, Patricia A. *et al.* Fundamentos da enfermagem. Tradução da 9ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

Aferição de frequência respiratória	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A frequência respiratória (FR) é calculada pelo número de respirações realizadas em 1 minuto, isto é, o número de vezes que o tórax do paciente expande (inspiração) e contrai (expiração).

Valores de referência da frequência respiratória (em repouso e sem febre):

FAIXA ETÁRIA	FR - Frequência Respiratória Inspirações por minuto
Recém Nascido - RN	40 a 60
Lactente	30 a 40
Criança	20 a 25
Adultos	14 a 20

Fonte: Manual de normas e rotinas de enfermagem - SMS, 2017.

Terminologia:

Taquipnéia ou polipneia	Aumento da respiração acima do normal.
Bradipnéia	Diminuição do número de movimentos respiratórios abaixo do normal.
Apneia	Parada respiratória. Pode ser instantânea ou transitória, prolongada, intermitente ou definitiva.
Ortopnéia	Respiração facilitada em posição vertical.
Dispneia	Dificuldade respiratória ou "falta de ar".

Fonte: Manual de normas e rotinas de enfermagem - SMS, 2017.

Objetivos:

Padronizar o procedimento de aferição da frequência respiratória.

Materiais:

Relógio de pulso ou de parede que tenham demonstrador de segundos.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

1. Chamar o paciente pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se. Não se deve avisar ao paciente que sua FR está sendo verificada, uma vez que inconscientemente alteramos o nosso padrão respiratório;
2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
3. Reunir o material;
4. Manter o paciente em posição confortável, sentado ou deitado com cabeceira elevada;
5. Certifique-se de que o tórax do paciente esteja visível e delimite um ponto do tórax em que os movimentos respiratórios sejam mais fáceis de serem visualizados;
6. Colocar a mão no pulso do paciente simulando sua aferição;
7. Conte o número de incursões respiratórias por minuto (visíveis pelo movimento de subida e descida do tórax);
8. Observar sinais de dificuldade respiratória (tiragem e retrações intercostais ou uso de musculatura acessória);
9. Higienizar as mãos;
10. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente;
11. Comunicar o resultado ao médico ou enfermeiro em caso de alteração.

Observação: exemplo de como escrever: 18 RPM (respirações por minuto).

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Carmagnani, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem - guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Potter, Patricia A. et al. Fundamentos da enfermagem. Tradução da 9ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

Aferição da glicemia capilar	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A coleta de sangue capilar, consiste em um procedimento onde é realizado a punção lateral da falange distal, visando obtenção de uma amostra de sangue capilar para avaliar o nível de glicemia do paciente.

Objetivos:

Padronizar o procedimento de aferição da glicemia capilar.

EPI:

Luvas de procedimento; Jaleco; Óculos de proteção; Máscara.

Materiais:

Bandeja ou Cuba Rim; Algodão; Álcool a 70%; Tira teste; Lanceta descartável ou agulha 13 x 4,5 estéril; Glicosímetro; Caixa de perfurocortante.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Chamar o paciente pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado; 2. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento que será realizado, lembrando que apesar de baixo risco que ele oferece, há sempre o desconforto decorrente da perfuração necessária para obter a gota de sangue; 3. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico; 4. Calçar luvas de procedimento; 5. Ligar o Glicosímetro e introduzir a tira reagente, conforme orientação do fabricante; 6. Fazer antisepsia da falange distal que será puncionada com algodão levemente embebido em álcool a 70% e deixar secar completamente antes de iniciar o teste; 	

7. Puncionar a face lateral da polpa digital do dedo com a lanceta ou agulha, sem ordenhar o local da punção;



8. Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente para absorção;



9. Realizar leve compressão no local puncionado com algodão seco;
10. Desprezar imediatamente após o uso a lanceta na caixa de perfurocortante;
11. Aguardar o resultado pelo Glicosímetro;



12. Desprezar a fita reagente em lixo infectante;
13. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
14. Em caso de alteração comunicar o resultado ao médico ou enfermeiro responsável;
15. Realizar anotação de enfermagem no prontuário.

Observações:

- Certificar-se de que a tira esteja dentro da validade;
- Atentar para a calibragem do aparelho e comparar o código do aparelho com o código do frasco das tiras reagentes;
- O frasco onde estão as tiras reagentes devem estar hermeticamente fechados;
- Nos recém-nascidos, lactentes e crianças que não deambulam pode-se realizar a punção com a lanceta do lado externo do calcanhar;
- Existem várias marcas e modelos de glicosímetros. Consulte sempre o manual de instruções e siga suas orientações.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas não Transmissíveis - Área técnica das Doenças Crônicas não Transmissíveis do Município de São Paulo – 2020.

Tricotomia	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Tricotomia é a raspagem dos pelos em determinada região do corpo com a finalidade de preparar o paciente para procedimentos como eletrocardiograma, monitorização, suturas, entre outros.

Objetivos:

Padronizar o processo de raspagem dos pêlos do paciente, quando necessário.

EPI:

Luvas de procedimento; Jaleco; Máscara.

Materiais:

Aparelho de barbear descartável; Cuba rim ou bandeja; Gazes; Soro fisiológico; Sabonete líquido; Papel toalha; Biombos.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Chamar o paciente pelo nome, conferir nome e data de nascimento, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado; 2. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento; 3. Respeitar a privacidade do paciente, usando biombo se necessário; 4. Expor a área a ser tricotomizada para verificar as condições da pele; 5. Umedecer a região com água e sabonete líquido, com o uso de gazes, até formar espuma abundante; 6. Raspar os pelos no sentido da sua inserção, evitando pressionar demasiadamente o aparelho contra a pele prevenindo irritação e/ou cortes; 7. Limpar a região para retirar os pêlos com o auxílio de gaze úmida umedecida com soro fisiológico; 	

8. Enxugar a região com papel toalha;
9. Desprezar o aparelho de barbear na caixa de perfurocortante e o restante do material conforme POP de descarte de resíduo;
10. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
11. Realizar anotação de enfermagem no prontuário.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

VOLPATO, Andréa Cristina Bressane; Passos, Vanda Cristina dos Santos. Técnicas básicas de enfermagem. Martinari. 4ª ed. São Paulo, 2015.

Eletrocardiograma (ECG)	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

O eletrocardiograma (ECG) é um exame que registra a atividade elétrica do coração, por meio da transmissão de impulsos cardíacos a uma representação gráfica. Esta representação ocorre através de eletrodos posicionados seguindo dois tipos de derivações: precordiais e periféricos. Os precordiais são colocados no tórax, enquanto os periféricos são posicionados nos membros do paciente.

Objetivos:

Registrar o ECG com traçado correto, nítido, sem interferência e com identificação completa.

EPI:

Luva de procedimento; Avental; Máscara.

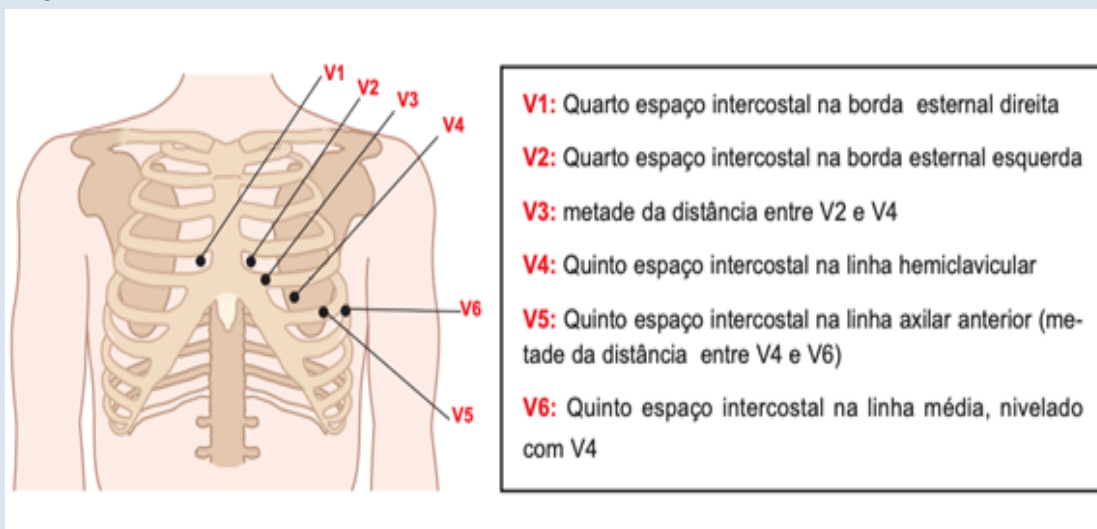
Materiais:

Eletrocardiógrafo; Álcool 70%; Eletrodos reutilizáveis com ventosa e clamps plásticos e/ ou eletrodos descartáveis; Papel toalha; Gazes ou algodão seco; Lençol descartável; Papel para registro do exame; Gel hidrossolúvel; Biombo s/n.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferir se o aparelho está em funcionamento na tomada indicada e com o fio terra ligado (aparelho novos já são aterrados); 2. Calibrar o aparelho conforme instruções do fabricante; 3. Chamar o paciente pelo nome completo, apresentar-se e conferir documento de identificação e solicitação do exame; 	

4. Oriente o paciente sobre o procedimento e a necessidade de relaxar, deitar, respirar normalmente, não falar e nem se mexer durante o procedimento. Além disso, deverá retirar objetos de metal, entre eles, brincos, relógios, pulseiras etc.;
5. Instruir o paciente a deitar na maca em decúbito dorsal, mas se o paciente não conseguir devido condições clínicas, pode ser realizado em posição semi-fowler;
6. Expor o tórax (paciente deverá retirar a vestimenta), ambos os pulsos e tornozelos para colocação de eletrodos e clamps. Cobrir com lençol descartável até a colocação dos eletrodos;
7. Assegurar a privacidade do paciente com biombo se necessário;;
8. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
9. Limpar a pele do paciente com álcool 70%, removendo a oleosidade do local de contato com os eletrodos;
10. Realizar tricotomia, se necessário, nas áreas com maior concentração de pelos (Ver POP Tricotomia);
11. Aplicar gel para ECG na face ventral dos pulsos e na face medial das pernas e posicionar os eletrodos periféricos (*clamps*) em MMSS e MMII da seguinte forma:
 - Eletrodo RA (right arm) no braço direito - Cor Vermelha;
 - Eletrodo LA (left arm) no braço esquerdo - Cor Amarelo;
 - Eletrodo RL (right leg) no tornozelo direito - Cor Preto;
 - Eletrodo LL (left leg) no tornozelo esquerdo - Cor Verde;
12. Aplicar gel para ECG e posicionar os eletrodos precordiais (ventosas) em tórax conforme figura abaixo:



Observação: Para iniciar a colocação dos eletrodos precordiais deve-se contar os espaços entre as costelas a partir da clavícula direita.

V1: Quarto espaço intercostal (entre as costelas) na margem direita do esterno (possui cor vermelha);

V2: Quarto espaço intercostal na margem esquerda do esterno (possui cor amarela);

V3: Entre V2 e V4 (possui cor verde);

V4: Quinto espaço intercostal na linha média clavicular esquerda (possui cor marrom);

V5: Quinto espaço intercostal na linha axilar anterior esquerda, 1/2 a distância entre V4 e V6 (possui cor preta);

V6: Quinto espaço intercostal na linha axilar média esquerda, nivelado com V (possui cor roxa).

13. Acompanhar o registro de todas as derivações, certificando-se de que estejam representadas na impressão.

14. Caso alguma das derivações não esteja corretamente representada, reposicione, coloque o fio terra em outro local e recomece;

15. Qualquer anormalidade, comunicar o enfermeiro e/ou médico;

16. Explicar ao paciente a finalização do exame;

17. Retirar *clamps* e eletrodos;

18. Finalizar o procedimento, auxiliando o paciente a levantar-se da maca e vestir-se;

19. Anotar com letra legível na folha registro do ECG: nome completo do paciente, data e horário da realização do exame, carimbar e assinar;

20. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente;

21. Proceder à limpeza dos *clamps* com álcool a 70%;

22. Higienizar as mãos e organizar a sala.

Referências complementares:

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Cauterização umbilical em recém-nascidos	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

O granuloma umbilical consiste em tecido de granulação de cor avermelhada resultante da persistência de pequena porção do cordão na região da cicatriz umbilical do recém nascido. O tratamento é realizado através da cauterização do coto umbilical, por meio de bastão de nitrato de prata. É fundamental que o profissional seja orientado e treinado para aplicar o produto, tendo em vista a possibilidade de causar queimadura na pele do recém nascido, como também do próprio profissional.

Objetivos:

Remover granuloma presente em região da cicatriz umbilical de forma segura.

EPI:

Luvas de procedimentos; Jaleco; Máscara.

Materiais:

Álcool a 70%; Cuba rim ou bandeja; Bastão de nitrato de prata; Óleo de Ácido Graxo Essencial (AGE), óleo de amêndoas ou similar; Haste de algodão flexível; Gaze.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
---------------------	---

Descrição Técnica:

- 1.Reunir todo material necessário na bandeja;
- 2.Realizar desinfecção da maca com álcool 70% e forrar com lençol descartável;
- 3.Chamar o responsável, confirmar o nome do recém nascido, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 4.Higienizar as mãos com água e sabão e calçar as luvas de procedimento;

5. Pedir ao responsável para posicionar o recém-nascido na maca e retirar a fralda expondo o coto umbilical;
6. Realizar limpeza da cicatriz umbilical, com haste de algodão embebida em álcool a 70%;
7. Proteger a pele ao redor da cicatriz umbilical com AGE ou gaze seca;
8. Abrir a cicatriz umbilical, a fim de visualizar o granuloma;
9. Aproximar o bastão de nitrato de prata sobre o granuloma da cicatriz umbilical por alguns segundos mesmo que não haja mudança na coloração, trocar de região até passar por todo o coto umbilical;
10. Guardar o bastão na embalagem de um pacote de gaze;
11. Proteger o coto com uma gaze sem fixar, cobrir com a fralda, solicitar ao responsável que vista a criança;
12. Orientar a mãe a realizar as trocas das fraldas normalmente após o banho e realizar a higienização com álcool a 70%, sempre observando se o mesmo se mantém seco;
13. Descartar lençol e realizar desinfecção da maca com álcool 70%;
14. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
14. Reavaliar diariamente e repetir o procedimento se necessário até cicatrização total;
15. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

COREN. Câmara técnica. Orientação fundamentada nº 040/2017.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Lavagem intestinal (Enterocлизма e Enema)	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A lavagem intestinal consiste na introdução de líquido (com medicamentos ou não) no intestino grosso através do reto, com o auxílio de sonda retal, para a eliminação de toxinas ou resíduos fecais.

Se a quantidade infundida é menor de 500 ml, o procedimento é denominado enema ou clister, quando acima de 500 ml, enterocлизма.

Objetivos:

Padronizar o procedimento de lavagem intestinal.

EPI:

Avental; Óculos; Máscara; Luvas de procedimento.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

ENTEROCLISMA

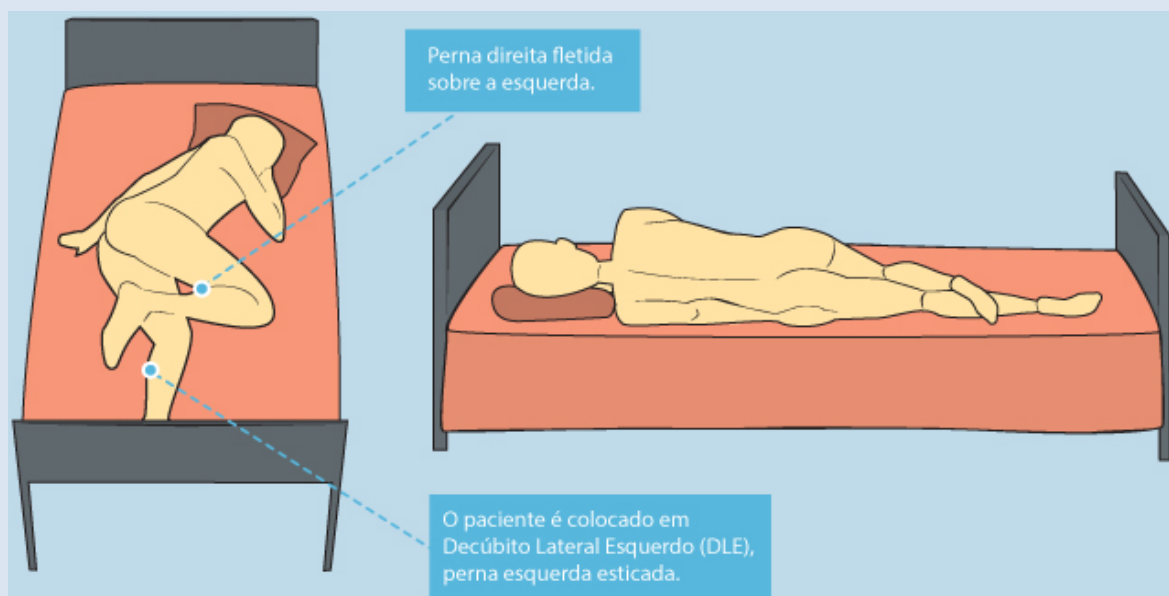
Materiais:

Frasco de solução prescrita; Sonda retal; Equipo macro gotas; Geleia anestésica; Lençol descartável; Papel toalha; Gazes; Rolo de papel higiênico; Biombo; Comadre ou fralda; Suporte de soro; Esfigmomanômetro; Estetoscópio.

Procedimento:

1. Verificar a solução e o volume prescrito;
2. Avaliar o paciente, verificar frequência cardíaca e pressão arterial;
3. Reunir o material;
4. Aquecer a solução prescrita antes de administrá-la;
5. Orientar o paciente ou cuidador sobre o procedimento, solicitando sua colaboração;

6. Promover a privacidade do paciente com utilização de biombo;
7. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
8. Paramentar-se com os EPIs;
9. Calçar luvas para procedimento;
10. Conectar o equipo macrogotas com a solução prescrita, mantê-lo pinçado;
11. Conectar a sonda na extensão, retirar todo ar do circuito;
12. Colocar o frasco de solução no suporte a uma altura de 50cm acima do colchão;
13. Posicionar o paciente em posição SIMS;



Fonte: (UNA-SUS UFPE, 2014)

14. Lubrificar a sonda com geleia anestésica;
15. Afastar os glúteos a fim de visualizar o ânus;
16. Inserir a ponta da sonda retal lentamente apontando a extremidade na direção do umbigo do paciente;
17. Introduzi-la no reto de 5 cm a 7 cm para crianças e de 10 a 13 cm para adultos;
18. Abrir a pinça e infundir lentamente a solução ou gota-a-gota conforme prescrito;
19. Pinçar a sonda antes que o frasco esvazie completamente;
20. Deixar o paciente na mesma posição por 10 minutos para manter o líquido retido;
21. Oferecer comadre, ou colocar fralda, ou encaminhar o paciente ao vaso sanitário (solicitar não dar descarga) conforme condições clínicas do paciente;
22. Observar o aspecto e a quantidade da eliminação (cor, consistência das fezes, volume de retorno e presença de sangue, muco, outros);
23. Caso paciente independente, encaminhar para o banheiro para fazer sua higiene íntima; se dependente, o profissional deverá realizar a higiene íntima do mesmo;

24. Realizar a limpeza concorrente do colchão com água e sabão utilizando papel toalha;
25. Fazer a desinfecção com álcool 70% utilizando papel toalha e forrar a maca com lençol descartável;
26. Organizar o ambiente;
27. Descartar os resíduos (POP Descarte de resíduos);
28. Retirar as luvas e higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
29. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

ENEMA

Materiais:

Frasco de enema prescrito; Geleia anestésica; Gazes; Rolo de papel higiênico; Lençol descartável; Papel toalha; Comadre e/ou fralda; Biombo se necessário.

Procedimento:

1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
2. Orientar o paciente e o cuidador sobre o procedimento, solicitando sua colaboração;
3. Promover a privacidade do paciente. Utilizar biombo, se necessário;
4. Preparar o material e a solução;
5. Aquecer a solução prescrita antes de administrá-la;
6. Colocar o paciente em posição de SIMS;
7. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
8. Paramentar-se com os EPIs e calçar as luvas de procedimento;
9. Lubrificar a ponta do frasco com a geleia anestésica;
10. Afastar os glúteos a fim de visualizar o ânus;
11. Introduzir delicadamente a extremidade do frasco no ânus, apertando o frasco até seu total esvaziamento, retirando-o ao término da administração do líquido;
12. Solicitar ao paciente que enrijeça a musculatura dos glúteos a fim de evitar a liberação do líquido;
13. Orientar o paciente para que retenha o líquido no intestino por aproximadamente 2 a 5 minutos até sentir urgência em defecar;
14. Oferecer comadre, colocar fralda ou encaminhar o paciente ao vaso sanitário (solicitar não dar descarga), conforme condições clínicas do paciente;
15. Observar o aspecto e a quantidade da eliminação (cor, consistência das fezes, volume e características como presença de sangue, muco etc.);

16. Caso paciente independente, encaminhar para o banheiro para fazer sua higiene íntima; se dependente, o profissional deverá realizar a higiene íntima dele;
17. Realizar a limpeza concorrente do colchão com água e sabão utilizando papel toalha;
18. Fazer a desinfecção com álcool 70% utilizando papel toalha e forrar a maca com lençol descartável;
19. Organizar o ambiente;
20. Descartar os resíduos (Ver POP Descarte de resíduos);
21. Retirar as luvas e higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
22. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente (ver POP Anotação de enfermagem), realizar registro em produção.

Observação:

- Se for encontrado algum obstáculo, presença de sangramento e dor na introdução da sonda, não forçar, retirá-la e informar ao médico e ao enfermeiro;
- Deve-se evitar soluções frias, pois provocam espasmos violentos da musculatura intestinal;
- Observar lesões de pele e mucosa antes e após o procedimento.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Aspiração de ampola	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A administração de medicamentos na UBS necessita que os profissionais sejam capacitados, para que o procedimento seja realizado de forma segura e correta, assegurando a eficácia do tratamento proposto. A aspiração e preparo do medicamento fazem parte deste processo.

Objetivos:

Preparar medicamentos para administração com a técnica correta de aspiração.

Materiais:

Prescrição médica; Gaze; Etiqueta para identificação da seringa; Bolas de algodão; Álcool 70%; Agulha 40x12; Seringa 1/2/3/5/10/20 ml; Ampola da medicação prescrita.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem

Descrição Técnica:

1. Higienize as mãos;
2. Separe os materiais;
3. Abra a embalagem da seringa para testá-la e conectá-la à agulha 40x12;
4. Realize movimentos circulares com a ampola, para que o conteúdo do gargalo atinja o seu fundo;
5. Realize a desinfecção da ampola com as bolas de algodão com álcool 70%;
6. Com uso da compressa de gaze ou bola de algodão seco, deve-se quebrar o gargalo da ampola;
7. Retire a tampa da agulha;
8. Posicione a ampola horizontalmente entre o dedo indicador e médio da mão não dominante e insira o bisel da agulha voltado para baixo no interior da mesma;
9. Aspire a medicação em dose prescrita, com apoio do dedo polegar e anelar (mão não dominante) sobre a seringa, devendo puxar o êmbolo com o dedo polegar e médio, com apoio do dedo indicador na alça da seringa (mão dominante);

10. Retire a agulha da ampola, proteja a mesma com a tampa e posicione na vertical para tracionar o êmbolo, visando aspiração do medicamento contido em sua luz;

11. Retire o ar do interior da seringa empurrando o êmbolo suavemente até que o líquido atinja o canhão;

12. Realize a troca da agulha de aspiração pela de aplicação;

Identifique a seringa com a etiqueta contendo o nome do paciente, medicamento, dose, via de administração e horário.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Preparo de medicamentos injetáveis (vias de administração ID, SC, IM e EV). São Paulo, 2017.

Cateterismo vesical de demora	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A cateterização urinária consiste na introdução de um tubo flexível na bexiga para permitir a drenagem de urina. Pode consistir de um sistema intermitente (**cateterismo vesical de alívio**) ou residente (**cateterismo vesical de demora**).

O procedimento é privativo do enfermeiro, os auxiliares e técnicos de enfermagem podem realizar o manuseio do dispositivo, como esvaziamento e posicionamento da bolsa coletora, além de cuidados ao paciente tais como higienização e fixação.

Objetivos:

Fornecer subsídios para realização de sondagem vesical com técnica segura s.

EPI:

Óculos de proteção; Máscara; Luva de procedimento; Luva estéril; Avental.

Materiais:

Bandeja; Pacote estéril de cateterismo vesical contendo 1 cuba rim, 1 pinça Cheron, 1 cuba redonda e 1 Campo fenestrado (crepado); Cateter uretral (Sonda Folley de 2 ou 3 vias, conforme prescrição médica se sondagem vesical de demora, ou Sonda Levine para sondagem vesical de alívio) de tamanho adequado ao paciente, observando idade, peso, altura; 1 Bolsa coletora sistema fechado - para SVD; Solução anti-séptica PVPI tópico ou solução de Clorexidina a 2%; Pacote de gaze estéril; 2 Seringas de 20 ml com bico; 2 Ampolas de 10 ml ou 01 ampola de 20ml de água destilada; Geleia anestésica (Lidocaína 2% gel); Álcool 70%; Fita hipoalergênica ou micropore; Mesa auxiliar.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiro

Descrição Técnica:

Descrição do Procedimento **Feminino**

Cateterismo vesical de demora:

1. Higienizar as mãos;
2. Explicar o procedimento e sua finalidade à usuária;
3. Encaminhar a usuária para higiene íntima, caso seja possível a mesma realizá-la;
4. Preservar a privacidade da usuária e se necessário, usar biombo;
5. No domicílio: Colocar o saco de lixo próximo ao leito do usuária;
6. Colocar a usuária em posição ginecológica, protegendo-a com lençol;
7. Colocar óculos e calçar as luvas para procedimento;
8. Realizar a higiene íntima com água e sabão ou outro produto para higiene, caso não tenha sido realizada previamente;
9. Retirar as luvas para procedimento;
10. Abrir com técnica asséptica, o pacote do cateterismo sobre o leito, entre as pernas da usuária, em posição diagonal com a ponta próxima à região glútea;
11. Colocar sobre o campo, as seringas, agulhas e as gazes/bolas de algodão. Abrir o invólucro do cateter vesical, colocando-o na cuba rim;
12. Colocar antisséptico na cuba redonda;
13. Abrir a embalagem do coletor, colocando a ponta da extensão sobre o campo;
14. Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa auxiliar;
15. Colocar lubrificante ou geleia anestésica;
16. Calçar as luvas estéreis com técnica asséptica;
17. Aspirar a água destilada com a seringa e agulha com auxílio de outra pessoa se necessário, e colocá-la sobre o campo;
18. Testar o balão e válvula do cateter introduzindo a quantidade de água recomendada pelo fabricante;
19. Conectar a extensão do coletor à sonda;
20. Lubrificar a sonda em torno de 7cm, com geleia anestésica. Atentar para a não obstrução dos orifícios e aproximar a cuba rim;

21. Afastar os grandes lábios com o polegar e o indicador da mão dominante, expondo o vestibulo vaginal e o meato uretral, permanecendo nesta posição até o final da técnica e com a mão dominante fazer a antissepsia;
22. Usando bolas de algodão/gaze embebido na solução antisséptica e a pinça Cherron ou Pean (sentido púbis/anus na sequência: grandes lábios, pequenos lábios e vestibulo). Usar uma bola de algodão/gaze para cada região e desprezá-la;
23. Limpar a região com soro fisiológico, obedecendo aos mesmos princípios descritos acima
24. Afastar com a mão dominante a cuba redonda e a pinça;
25. Continuar a manter exposto o vestibulo e, com mão não dominante. Introduzir o cateter, com a mão dominante, mais ou menos de 4cm a 5 cm. Colocar a outra extremidade na cuba rim para receber a urina drenada (refluxo);
26. Insuflar o balão e tracionar a sonda até encontrar a resistência;
27. Fixar o cateter na face externa da coxa;
28. Proceder a limpeza concorrente, caso haja contaminação de superfícies;
29. Retirar as luvas e descartar o material conforme POP descarte de resíduos;
30. Higienizar as mãos;
31. Fazer o registro no prontuário da usuária.

Descrição do procedimento **Masculino**

Cateterismo vesical de demora:

1. Higienizar as mãos;
2. Explicar o procedimento ao usuário;
3. Encaminhar o usuário para higiene íntima, caso seja possível o mesmo realizá-lo;
4. Preservar a privacidade do usuário e se necessário, usar biombo;
5. No domicílio: Colocar o saco de lixo próximo ao leito do usuário;
6. Colocar o usuário em decúbito dorsal e com as pernas afastadas protegendo-o com lençol;
7. Colocar o óculos de proteção e calçar as luvas para procedimento;
8. Realizar a higiene íntima com água e sabão ou outro produto para higiene, caso não tenha sido realizada previamente;
9. Retirar as luvas de procedimento;
10. Abrir com técnica asséptica o pacote do cateterismo sobre o leito, entre as pernas do usuário, em posição diagonal com a ponta próxima à região glútea;

11. Colocar sobre o campo, as seringas, agulhas e as gazes/bolas de algodão. Abrir o invólucro do cateter vesical, colocando-o na cuba rim;
 12. Colocar antisséptico na cuba redonda;
 13. Abrir a embalagem do coletor, colocando a ponta da extensão sobre o campo;
 14. Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa de cabeceira;
 15. Colocar lubrificante ou geleia anestésica;
 16. Calçar as luvas estéreis com técnica asséptica;
 17. Aspirar a água destilada com a seringa e agulha com auxílio de outra pessoa se necessário, e colocá-la sobre o campo;
 18. Testar o balão do cateter introduzindo a quantidade de água recomendada pelo fabricante, verificar se não vazava água, após o teste desinsuflar o balão;
 19. Conectar a extensão do coletor à sonda;
 20. Lubrificar a sonda em torno de 7cm, com geleia anestésica e aproximar a cuba rim;
 21. Segurar o pênis com a mão não dominante, mantendo-o perpendicular ao abdome;
 22. Afastar o prepúcio com o polegar e o indicador da mão não dominante;
 23. Com a pinça montada com a solução antisséptica, fazer a antisepsia obrigatoriamente, do meato uretral para a periferia;
 24. Injetar a geleia anestésica na uretra com a seringa e pressionar a glândula de 30 a 60 segundos, a fim de evitar o refluxo da geleia;
 25. Com a mão dominante, inserir suavemente o cateter até sua bifurcação, mantendo o pênis elevado perpendicularmente;
- Diante de resistência, não tentar a inserção forçada do cateter!**
26. Insuflar o balão com água e tracionar delicadamente a sonda até encontrar resistência. Observar o retorno da urina
 27. Remover o excesso de geleia da glândula e recobri-la com o prepúcio, a fim de evitar edema;
 28. Fixar o cateter na parte inferior do abdome com micropore para o lado onde estiver a bolsa coletora, ou na região hipogástrica (profilaxia de fístulas uretrais)
 29. Retirar as luvas e desprezar o material conforme POP de descarte de resíduos;
 30. Higienizar as mãos;
 31. Fazer o registro no prontuário;
 32. Deixar o ambiente limpo e o material em ordem, proceder a limpeza concorrente.

1. No cateterismo de alívio:

- Retirar o cateter (terminada a drenagem) e anotar o volume urinário. Colher amostra da urina, se necessário.

2. No cateterismo de demora:

- Insuflar o balão com água destilada e puxar o cateter até sentir a ancoragem. Conectar o cateter na extensão do sistema coletor e retirar as luvas. Fixar o cateter com uma tira de micropore para o lado de onde estiver a bolsa coletora (deixar uma folga para a movimentação a fim de evitar tensão no cateter);

- Na troca da sonda de demora, clampar a sonda em uso, 20 minutos antes de preparar o material para a retirada da mesma. No caso de não haver retorno da urina: observar bexigoma.

REMOÇÃO - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Materiais:

1 seringa de 20 ml; 1 pacote de gaze; 1 par de luvas para procedimentos.

Técnica para retirada:

1. Explicar ao usuário sobre o procedimento que será realizado;
2. Preparar o material;
3. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
5. Remover a fita de fixação da sonda, cuidadosamente;
6. Desinsuflar totalmente, o balão com auxílio da seringa;
7. Remover lentamente o cateter;
8. Realizar higiene íntima;
9. Organizar o ambiente;
10. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
11. Registrar todo o procedimento executado, bem como tempo de permanência da sonda e alterações existentes;
12. Desprezar o resíduo em local apropriado.

Referências complementares:

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Cateterismo vesical de alívio / intermitente	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução

O cateterismo vesical de alívio tem por objetivo o esvaziamento vesical com segurança, evitando resíduo pós-miccional e conseqüentemente Infecção do Trato Urinário.

Em condições, na qual o paciente não consegue urinar espontaneamente (bexiga neurogênica, detrusor hipoativo, reconstruções vesicais que requeiram cateterismo intermitente etc), este procedimento permite que o usuário esvazie a bexiga a intervalos regulares, de acordo com a necessidade individual.

Pode ser realizado pelo próprio usuário ou, quando o paciente não tiver condições de realizar seu autocuidado, pelo seu familiar cuidador, promovendo a inclusão social, facilitando o manejo das limitações, resgatando a autoestima e a independência.

Materiais:

Cateter uretral com calibre de acordo com a idade; Geleia anestésica; Frasco coletor de urina s/n; Frasco com graduação para medir a urina s/n.

EPI:

Máscara, luvas de procedimento; Jaleco.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiro
---------------------	-------------------

Descrição Técnica:

1. Preparar o material (o cateter, a geleia anestésica ou lubrificante e o recipiente para coletar a urina) em um lugar bem iluminado e limpo.
2. Lavar as mãos e genitais com sabão neutro. Se o paciente for orientado e estiver em condições, peça para que ele realize a higiene íntima;
3. Escolher um local confortável, posicionar o paciente em decúbito dorsal;
4. Lubrificar o cateter;
 - Mulheres: Aplicar uma pequena quantidade de geleia anestésica sobre o cateter e introduzi-lo no meato urinário até o momento em que a urina comece a drenar.

• Homens: Devem lubrificar o cateter com a geleia anestésica, segurar o pênis na posição reta e, em seguida, introduzi-lo.

5. Quando parar de sair urina, puxar lentamente o cateter e aguardar o término da drenagem para, então, retirá-lo totalmente.

Observações:

- Não é necessário o uso de luvas estéreis para o cateterismo intermitente/alívio;
- Se encontrar resistência, não force a passagem do cateter, solicitar avaliação médica;
- Em caso de sangramentos, calafrios, febre, urina turva ou com cheiro forte, procurar atendimento médico;
- Para pacientes com condições crônicas, treine-o para a auto sondagem, ou seu familiar, proporcionando independência e melhor qualidade de vida ao usuário.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Parecer COREN 006/2015.

Sondagem gástrica	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

É a introdução de uma sonda/cateter através do nariz (nasogástrica) ou da boca (orogástrica) até o estômago.

Conforme a Resolução do COFEN 453/2014, este procedimento é de competência do Enfermeiro devido a sua complexidade e cabendo aos técnicos e auxiliares a sua manutenção.

Objetivos:

Tem como principais objetivos prevenir vômitos (após uma cirurgia, por exemplo), aliviar distensão gástrica, administração de medicamentos e alimentação, aspiração de secreção estomacal e realização de lavagem gástrica.

Materiais:

Sonda Gástrica; Máscara descartável; Óculos de proteção; Bandeja; Geléia lubrificante; Seringa de 20ml; Gaze; Estetoscópio; Luvas de procedimento; Micropore; SF 0,9%.

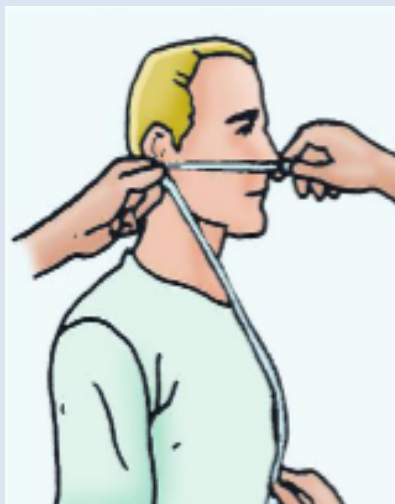
Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiro
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Reunir o material e levar próximo ao usuário; 3. Explicar o procedimento ao usuário e ao familiar; 4. Colocar o usuário em posição de “Fowler” alta, a menos que haja contra-indicação. Caso o usuário não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito lateral esquerdo (DLE) ou decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente; 5. Colocar óculos de proteção e luvas para procedimento; 6. Inspeccionar a sonda verificando possíveis defeitos; 7. Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do usuário; 	

8. Higienizar a narina com S.F. 0,9%, quando necessário;

9. Medir a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide, marcar com micropore (sonda nasogástrica);

No caso de sondagem orogástrica a medição deve ser realizada do canto da boca até o lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide e marcar a sonda com micropore;



10. Lubrificar a extremidade distal da sonda com a geléia lubrificante

11. Com o pescoço em posição neutra, iniciar a introdução da sonda pela narina do usuário (nasogástrica) ou pela boca (orogástrica), após a introdução de aproximadamente 10cm fletir pescoço do usuário. Solicitando que o paciente faça movimentos de deglutição;

12. Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do usuário até o ponto sinalizado com o micropore atingir o ápice do nariz (nasogástrica) ou canto da boca (orogástrica);

Interromper e retirar a sonda caso o mesmo apresente: tosse; dificuldade respiratória; cianose e agitação

13. Realizar teste para assegurar que a sonda está alocada no estômago:

Teste de aspiração: conectar a seringa à sonda e aplicar pressão negativa (aspiração) e observar se há retorno do conteúdo gástrico.

Teste da audição: Injetar de 10 a 20 cc de ar na sonda e verificar a presença de ruídos com auxílio do estetoscópio na altura do epigástrico.

14. Realizar dupla checagem (dois profissionais auscultam);

15. Em seguida fixar a sonda na narina com micropore, sem tracioná-la;

16. Posicionar o paciente de forma confortável;

17. Recolher o material utilizado e desprezar os resíduos conforme POP de Descarte de resíduos;

18. Desparamentar-se e realizar a higienização das mãos;
22. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

Cuidados de enfermagem:

- Sempre testar o posicionamento da sonda antes de administrar nutrientes ou medicações;
- Lavar a sonda antes, durante e após a administração de medicações;
- Sempre observar se a sonda não está exteriorizada;
- Cianose, tosse e dispneia são indicativas de que a sonda está sendo dirigida para o trato respiratório (retirar a sonda imediatamente);
- Trocar a fixação da sonda diariamente ou sempre que estiver solta ou suja.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Resolução COFEN Nº 0453/2014.

Waitzberg D.I.; Dias, M.C.G.; Isosaki, M. Passagem de sonda nasoenteral. In. Manual de boas práticas em terapia nutricional, enteral e parenteral. São Paulo: Atheneu, 2014.

Terapia de reidratação oral em crianças	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Terapia de reidratação oral (TRO) ou solução para reidratar é um tipo de reposição fluida usada para prevenir e tratar desidratação, especialmente devido à diarreia ou suor excessivo. A hidratação oral é eficaz, segura, conveniente e mais barata, comparada à hidratação intravenosa. O soro deve ser ofertado em temperatura ambiente, o que retarda o esvaziamento gástrico. As crianças com desidratação devem permanecer na unidade até a reidratação total.

Objetivos:

Padronizar a Terapia de reidratação oral, permitindo a prevenção e tratamento adequado da desidratação em crianças.

EPI:

Luva de procedimento; Máscara; Jaleco.

Materiais:

Envelope de solução de reidratação oral – SRO; Água filtrada; Jarra de 1 litro com tampa; Copo descartável; Colher de plástico de cabo longo ou seringa; Colher de sopa ou de chá; Balança adulto e infantil.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

1. Higienizar as mãos;
2. Diluir um envelope de Soro de Reidratação Oral (SRO) em 1 litro de água filtrada fria, conforme prescrição médica ou do enfermeiro;
3. Apresentar-se ao paciente ou responsável e explicar o procedimento;
4. Oferecer o SRO, toda vez que a criança desejar, no volume que aceitar e sempre que evacuar;
5. Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar a oferta de SRO, de forma

mais lenta;

6. Observar se os sinais de desidratação permanecem, tais como: criança inquieta e irritada, olhos fundos, boca seca (ausência de saliva), ausência de lágrima e presença do sinal da prega (a pele retorna lentamente ao estado anterior);
7. O enfermeiro deve reavaliar a criança a cada 30 minutos quanto à desidratação;
8. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

Observações:

- Pesar a criança no início da Terapia de Reidratação Oral e a cada hora;
- Para a Terapia de Reidratação Oral (TRO) ser eficaz, a criança deverá receber de 50 a 100 ml/kg em um período de 4 a 6 horas.

Soro Caseiro:

- 1 (um) litro de água filtrada ou fervida e fria;
- 1 (uma) colher de sopa (20gr) de açúcar;
- 1 (uma) colher de café (3,5gr) de sal.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. Normas, rotinas e Técnicas de Enfermagem. 6º ed. Revisada. Iátria. São Paulo, SP. 2011.

Soroterapia	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

É a administração, através de uma veia, de líquido endovenoso. É indicada para repor líquidos nos casos de desidratação; manter acesso venoso para administração de medicamentos, eletrólitos etc.

Soluções mais Utilizadas: Soro glicosado 5%, 10%, 25%, 50%, soro fisiológico, soro glicofisiológico, solução de manitol, solução de bicarbonato de sódio a 3% e 10%. Solução de ringer simples, solução de ringer lactato, solução de aminoácidos, etc.

Locais de Aplicação: Em quaisquer veias do corpo, de acordo com as necessidades e condições clínicas do paciente.



Objetivos:

Fornecer subsídios para administração segura de soroterapia.

EPI:

Luvas de procedimento; Máscara, Jaleco, Óculos de proteção.

Materiais:

Bandeja; Frasco de soro com solução prescrita; Scalp ou Jelco; Algodão; Álcool a 70%; Suporte para frasco de soro; Seringa e agulha; Garrote; Micropore; Equipo de soro; Rótulo de identificação do soro.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem

Descrição Técnica:

1. Conferir a prescrição médica e dados pessoais do paciente e seguir orientações conforme POP Administração segura de medicação;
2. Higienizar as mãos;
3. Dispor o material a ser usado, sobre o balcão da sala de medicação;
4. Abrir o frasco de solução;
5. Acrescentar a medicação prescrita, obedecendo aos princípios de assepsia;
6. Conectar o equipo de soro no frasco;
7. Retirar o ar do equipo, escorrendo o soro até a extremidade do equipo;
8. Proteger a extremidade livre do equipo;
9. Fazer nível no copinho (câmara gotejadora);
10. Clampear o equipo;
11. Colocar a identificação no frasco de soro (nome do paciente, data de nascimento, medicação, volume, data e horário, tempo de infusão, nome do profissional que instalou a medicação);
12. Colocar o frasco na bandeja com o demais material necessário;
14. Explicar o procedimento ao paciente;
15. Pendurar o frasco no suporte de soro, junto ao paciente;
16. Calçar luvas de procedimento;
17. Puncionar acesso venoso conforme POP Administração de medicação endovenosa;
18. Conectar o scalp ou jelco ao equipo de soro, após puncionar veia;
19. Fixar o cateter intravenoso ou scalp, com micropore;
20. Desclampar o equipo de soro;
21. Graduar o número de gotas conforme prescrição;
22. Certificar-se de que o soro está correndo na veia;
23. Deixar o paciente em posição confortável e o ambiente em ordem;
24. Realizar anotação de Enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

Retirada de Soro Endovenoso:

1. Higienizar as mãos;
2. Calçar as luvas de procedimento;
3. Explicar ao paciente o que será feito;
4. Clampear o equipo de soro;
5. Retirar cuidadosamente o micropore que fixa o cateter à pele do paciente, com algodão ou gaze;
6. Colocar outro algodão próximo ao cateter e retire-o aplicando leve pressão;
7. Observar se houve hemostasia;
8. Observar se o local necessita de cuidados especiais;
9. Checar na prescrição, o término da soroterapia;
10. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

COREN. Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento;

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Prova do laço	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A prova do laço é um teste que avalia a fragilidade vascular do paciente com suspeita de dengue. Devendo ser realizado em todos os usuários com suspeita de arboviroses, auxiliando na classificação de gravidade do caso (grupo A, B, C ou D) norteando a conduta e tratamento a ser realizado.

Objetivos:

Fornecer subsídio para realização adequada da prova do laço e através do procedimento identificar precocemente os sinais de agravamento no paciente suspeito de dengue.

EPI:

Jaleco; Máscara.

Materiais:

Esfigmomanômetro; Estetoscópio; Relógio; Caneta; Régua.

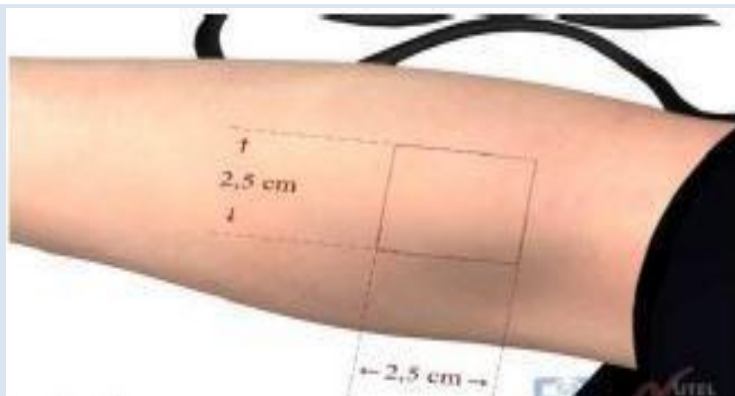
Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem

Descrição Técnica:

1. Higienizar as mãos;
2. Separar os materiais;
3. Orientar o procedimento ao paciente e deixá-lo confortável em posição sentada ou deitada;
4. Desenhar um quadrado de 2,5 cm no antebraço do paciente;



5. Aferir a pressão arterial, usando manguito convencional;
6. Calcular a pressão arterial média PAM: para calcular a PAM, some o valor da Pressão Arterial Sistólica (maior) com a Diastólica (menor) e divida por 2;
7. Insuflar o manguito até o valor obtido pelo cálculo da PAM e mantê-lo insuflado por 5 minutos em adulto e, em criança, 3 minutos ou até o aparecimento de petéquias ou equimoses em ambos;
8. Desinsuflar o ar do manguito após o tempo definido;
9. Contar o número de petéquias no quadrado de 2,5cm desenhado no antebraço do paciente. A prova de laço é positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais petéquias em crianças;
10. Se a prova de laço for positiva antes do tempo preconizado, interromper procedimento;
11. Higienizar as mãos;
12. Manter ambiente organizado;
13. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Dengue: diagnóstico e manejo clínico – Adulto e Criança

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Inalação / Nebulização por oxigenoterapia	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A inalação / nebulização é a administração de medicação nas vias aéreas superiores (VAS) por meio de dispositivos que liberam pequenas partículas de agentes farmacológicos associados ao oxigênio no tecido epitelial mucoso do trato respiratório.

Objetivos:

Oferecer subsídios para a administração segura de nebulização.

Materiais:

Bandeja; Kit de inalação (máscara, reservatório e extensão de látex); Régua ou torpedão de oxigênio; Medicamento prescrito (se houver); 01 seringa 10ml; 01 agulha 40X12; 01 ampola de soro fisiológico 0,9%; Fluxômetro de O₂.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

1. Conferir a prescrição médica e dados pessoais do paciente e seguir orientações conforme POP Administração segura de medicação;
2. Higienizar as mãos;
3. Preparar o material em uma bandeja;
4. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente;
5. Instruir o paciente (se colaborativo) para limpar as vias aéreas antes do procedimento;
6. Colocar o paciente em posição sentada ou em posição de Fowler no leito;
7. Com o uso de uma seringa e agulha, colocar a solução fisiológica 0,9% no reservatório do inalador e a medicação conforme prescrição médica;
8. Verificar o funcionamento da saída de oxigênio ou ar comprimido;
9. Conectar o inalador à extensão e conectá-la ao fluxômetro;
10. Regular o fluxômetro entre 5 a 7 l/min e verificar se há saída de névoa do inalador;
11. Colocar a máscara próxima ao rosto do paciente, de forma a cobrir o nariz e boca;

12. Orientar o paciente a respirar tranquilamente e atentar-se ao posicionamento correto da cabeça e do inalador junto à face;
13. Manter a inalação durante o tempo indicado, observando o paciente;
14. Após o término da solução, desligar o fluxômetro e desconectar a extensão de látex, colocando o kit de inalação na caixa plástica dos artigos que irão para desinfecção;
15. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e passar álcool 70%;
16. Higienizar as mãos;
17. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma - 2012

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

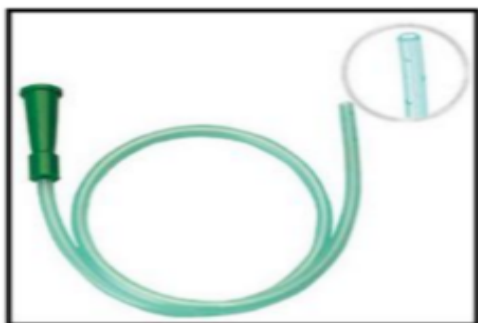
Oxigenoterapia com cateter nasal e/ou máscara facial simples	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio suplementar, com o objetivo de aumentar ou manter a saturação de oxigênio.

Na Unidade Básica de Saúde utilizamos métodos não invasivos e de baixo fluxo, que são: cateter nasal (tipo sonda e óculos) e máscara facial simples.

Cateter nasal tipo sonda: Dispositivo de polietileno maleável e descartável, deve ser introduzido na cavidade nasal (distância= comprimento entre o lóbulo da orelha e o nariz). Deve ser removido a cada 8 horas . Indicado para fluxo de 1 - 5L/min. Tamanho: N° 8 ao 12.



Fonte: imagem do google

Cateter tipo óculos: Indicado para fluxos de 1 a 5L/min. Não há risco de reinalação de CO₂. Confortável por longos períodos, não impede a alimentação e a fala. Provoca irritação de mucosa nasal.



Fonte: imagem do google

Máscara facial simples: Indicada para fluxos de 4 a 15L / min (acima de 8 L deve-se repensar a interface). Abrange nariz e boca.



Fonte: imagem do google

Objetivos:

Fornecer subsídios para administração de oxigenoterapia com segurança, de forma padronizada.

EPI:

Luva de procedimento; Máscara; Jaleco.

Materiais:

01 bandeja; 01 cateter de oxigênio (tipo sonda ou óculos) ou máscara; 01 fluxômetro de O₂; 01 frasco umidificador; 01 frasco de água destilada 250 ml. 01 Extensão de látex; Esparadrapo ou micropore; Gaze com lubrificante; Régua ou torpedão de oxigênio; Álcool a 70%; Soro fisiológico 0,9%.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
---------------------	---

Descrição Técnica:

1. Conferir a prescrição médica e dados pessoais do paciente e seguir orientações conforme POP Administração segura de medicação;
2. Higienizar as mãos;
3. Preparar o material e colocá-lo na bandeja;
4. Apresentar-se e explicar o procedimento ao paciente, deixando-o em posição confortável (sentado ou semi-fowler);

5. Preparar o umidificador, colocando água destilada até o nível indicado no recipiente e conectar à extensão de látex;
6. Conectar o umidificador à rede de oxigênio através do fluxômetro;
7. Abrir a saída de O₂ e regular o fluxômetro de acordo com o volume de O₂ prescrito;
8. Conectar o cateter ou máscara na extensão do umidificador;
9. Calçar as luvas de procedimento;
10. Realizar higienização das cavidades nasais com gaze umedecida em soro fisiológico 0,9%;
11. Este passo depende do dispositivo em uso:
12. **Cateter nasal tipo óculos:** colocar os “pinos” do cateter nas narinas do cliente; passar a extensão do cateter ao redor do ouvido do cliente e sob o queixo; utilizar proteção com algodão entre a extensão e o ouvido.
13. **Cateter nasal tipo sonda:** realizar a medida do comprimento entre lóbulo da orelha e ponta do nariz e marcar com micropore. Introduzir na narina até o ponto demarcado.
14. **Máscara:** colocar a máscara cobrindo o nariz, a boca e o queixo; ajustar a faixa de metal da máscara ao nariz do cliente; puxar a faixa elástica para trás da cabeça e do pescoço e ajustá-la na lateral da face.
15. Limpar suavemente o nariz externamente com álcool a 70% para retirar a oleosidade e fixar o cateter no nariz ou face; no caso do cateter tipo óculos não há fixação com fita, encaixa-se na parte posterior das orelhas;
16. Abrir o fluxômetro regulando a quantidade de oxigênio em litros por minuto (l/min), de acordo com a prescrição médica e verificar se há borbulhamento no frasco umidificador;
17. Observar o paciente por alguns minutos, verificar a pressão arterial, frequência cardíaca e a frequência respiratória (ritmo e amplitude respiratória);
18. Organizar a sala;
19. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e passar álcool a 70%;
20. Retirar as luvas de procedimento;
21. Higienizar as mãos;
22. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

Observação:

- Cateter nasal: remover o cateter a cada 4 a 6 horas, limpando as secreções acumuladas com soro fisiológico 0,9% e avaliando as condições de pele;
- Máscara: remover a máscara a cada 2 a 3 horas, limpando secreções acumuladas com soro fisiológico 0,9% e avaliando as condições da pele.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

POP: Oxigenoterapia Hospitalar em Adultos e Idosos - Unidade de Reabilitação do HC-UFTM - Uberaba: EBSERH

Isolamento respiratório	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

O Isolamento Respiratório destina-se a prevenir a transmissão de micro-organismos que se difundem através do ar contaminado e do contato direto por secreções eliminadas pelas vias aéreas superiores. As medidas de precaução e isolamento visam interromper estes mecanismos de transmissão e prevenir infecções. O uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), a adesão à higienização das mãos e certas características específicas do ambiente onde se encontra o paciente, constituem os meios para atingir este objetivo.

Tipos de precaução:

Precauções padrão - PP: conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento a todos os pacientes, independente do seu estado infeccioso e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação. As PP's deverão ser utilizadas quando existir o risco de contato com: sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções, sem considerar a presença ou não de sangue visível; pele não íntegra e mucosas. São exemplos de PP: higienização das mãos, luvas, avental, óculos, touca.

Precaução de transmissão por gotículas: a transmissão por gotículas ocorre através do contato próximo com o paciente. Gotículas de tamanho grande (>5 micra) eliminadas pela fala, tosse, espirros, respiração e de procedimentos como aspiração, atingem até um metro de distância, e rapidamente se depositam no chão. Portanto, a transmissão não ocorre em distâncias maiores, por períodos prolongados e nem por partículas suspensas no ar. Como exemplo de doenças transmitidas por gotículas, podemos citar: Doença meningocócica, Coqueluche, Difteria, Caxumba e Rubéola.

Precaução de transmissão por aerossóis: na transmissão por aerossóis, algumas partículas eliminadas durante a respiração, fala, tosse ou espirro ficam suspensas no ar, podendo permanecer por horas e atingir ambientes diferentes, pois são carregadas por corrente de ar. Nesses casos são necessárias precauções específicas que incluem cuidados com o ambiente. Como exemplo de microrganismo transmitido por aerossóis podemos citar: M. tuberculosis, Vírus do Sarampo e Vírus Varicela-Zoster.



Fonte: pebmed.com.br

Objetivos

Padronizar as medidas de precaução e isolamento para garantir o controle da ocorrência de infecções.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

Acolhimento ao paciente suspeito:

1. Ao ser identificado paciente com suspeita de doença transmitida por gotículas ou aerossóis, este deve ser direcionado imediatamente para a sala de classificação de risco, devendo ser atendido prioritariamente, aguardando em espaço reservado dos demais pacientes;

2. O enfermeiro deve higienizar as mãos e colocar a máscara N95 ou manter a máscara cirúrgica (de acordo com o tipo de precaução da suspeita: gotículas ou aerossóis);
3. Acolhe o paciente e coloca a máscara cirúrgica nele;
4. Realizar a classificação de risco e acompanhar o paciente até o consultório médico;
5. O médico higieniza as mãos e coloca a máscara N95 ou mantém a cirúrgica (de acordo com o tipo de precaução da suspeita: gotículas ou aerossóis) e examina o paciente;
6. Caso haja necessidade de manter o paciente em observação ou transferi-lo, acomodá-lo em área/consultório de isolamento respiratório, identificar na porta o tipo de isolamento estabelecido, ficando sob os cuidados da enfermagem até a alta ou remoção;
7. Profissional e paciente devem intensificar a higiene das mãos;
8. Antes da alta ou transferência, o enfermeiro deve orientar os cuidados que o paciente deve ter para evitar contágio aos seus contatos;
9. Descartar os resíduos conforme a POP Descarte de resíduos na unidade.

Observações:

- Se houver necessidade de encaminhamento do paciente para outro serviço de saúde, fazer contato e notificar previamente o serviço referenciado.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Recomendações Básicas. Washington, D.C.: OPAS, 2017.

Curativo aberto	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Os curativos abertos são realizados em ferimentos onde não há a necessidade de oclusão. São exemplos, feridas cirúrgicas limpas após 24 horas, escoriações, suturas, pequenos ferimentos e cortes.



Fonte: imagem do google

Objetivos:

Realização de curativo aberto.

EPI:

Luvas de procedimento; Avental; Óculos de proteção; Máscara.

Materiais:

Bandeja; Gazes; Cloreto de Sódio 0,9%.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<p>1 - Higienizar as mãos;</p> <p>2 - Separar os materiais e aproximá-los do paciente;</p> <p>3 - Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado;</p>	

- 4 - Posicionar o paciente e expor o local onde será realizado o curativo, mantendo a privacidade do paciente;
- 5 - Abrir pacotes de gazes;
- 6 - Calçar luvas;
- 7 - Limpar lesão e pele perilesional com Soro Fisiológico 0,9% em jato com leve pressão;
- 8 - Secar ao redor da lesão com gaze estéril suavemente;
- 9 - Não realizar oclusão;
- 10 - Orientar retorno se sinais flogísticos ou quaisquer outras intercorrências;
- 11 - Realizar anotação de Enfermagem na ficha de atendimento do paciente;

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de Padronização de Curativos. Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, 2021

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Curativo compressivo	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Ferida é qualquer lesão que interrompa a continuidade da pele. Pode atingir a epiderme, a derme, o tecido subcutâneo e a fáscia muscular, chegando a expor estruturas profundas do organismo.

O curativo compressivo é realizado quando há necessidade de diminuir o fluxo sanguíneo local, garantir a estase e facilitar a aproximação das extremidades da lesão.

São exemplos de feridas que podem necessitar de curativo compressivo os ferimentos causados por agentes externos como cortes e lacerações, objetivando diminuir sangramento do ferimento.

Objetivos:

Realização de curativo compressivo.

EPI:

Luvas de procedimento; Jaleco; Óculos de proteção; Máscara.

Materiais:

Bandeja; Gazes; Luva de procedimento; Cloreto de sódio 0,9%; Fita crepe; Esparadrapo; Atadura crepe.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

1. Higienizar as mãos;
2. Separar os materiais e aproximá-los do paciente;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado;
4. Posicionar o paciente e expor o local da lesão, mantendo sua privacidade;
5. Abrir os pacotes de gazes;
6. Calçar as luvas de procedimento;

7. Limpar a lesão e pele peri-lesão com SF 0,9%, não utilizar Soro fisiológico morno para feridas sangrantes, pois causam vasodilatação e aumentam o sangramento;
8. Secar a região ao redor da lesão com gazes;
9. Ocluir a ferida com gazes realizando compressão, que deve ser mantida por 5 minutos;
10. Ir acrescentando gazes sobre as gazes, na compressão, conforme necessidade;
11. Fechar com micropore ou atadura crepe;
12. Orientar o paciente;
13. Manter setor em ordem;
14. Retirar as luvas e descartá-las;
15. Higienizar as mãos;
16. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente;

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de Padronização de Curativos. Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, 2021

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Curativo de ferida infectada	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Toda ferida é colonizada por bactérias, essa colonização não retarda o processo de cicatrização. Através de uma boa limpeza no curativo é possível minimizar o risco de infecção.

A ferida infectada é a ferida onde os microorganismos patogênicos se proliferam, é caracterizada pela presença de tecidos desvitalizados, exsudação excessiva, dor, odor, edema, eritema, mudança de cor no leito da ferida. A infecção da ferida atrasa o processo de cicatrização, provoca destruição tecidual, retarda a síntese de colágeno e impede a epitelização.

O tratamento inclui agentes tópicos, porém quando a infecção se estende além das bordas da ferida é necessário o uso de medicações sistêmicas, em geral associadas à terapia tópica. Sintomas como febre, hipotensão, calafrios e tremores indicam infecção sistêmica e necessitam de avaliação médica imediata.

Objetivos:

Padronizar a realização de curativo em ferida infectada, de modo a reduzir a carga microbiana e favorecer a cicatrização.

EPI:

Avental; Luvas de procedimento; Luvas estéreis; Óculos de proteção; Máscara; Gorro.

Materiais:

Gazes; Soro fisiológico 0,9%; Fita micropore; Atadura; Fita crepe; Lixo infectante e comum com acionamento por pedal; Bandeja.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

1. Higienizar as mãos;
2. Chamar o paciente pelo nome, confirmar nome completo e data de nascimento, orientar quanto ao procedimento que será realizado;
3. Preparar o material;
4. Fazer assepsia com algodão umedecido em álcool à 70% no local do frasco onde será feita a perfuração;
5. Realizar perfuração única na parte superior do frasco de SF 0,9% com agulha 40X12;
6. Levantar o material próximo ao paciente e abri-lo com técnica asséptica;
7. Calçar as luvas de procedimento e outros EPI's necessários;
8. Garantir a privacidade do paciente, expondo apenas a área a ser tratada;
9. Proteger a maca das soluções que serão utilizadas na limpeza da lesão, utilizando saco plástico branco entre a superfície da ferida e do colchonete;
10. Acomodar o paciente na maca sentado ou deitado, de acordo com a área da ferida;
11. Caso seja ferida em membros superiores ou inferiores acomodar bacia ou balde de saco plástico branco;
12. Retirar a fita crepe, micropore e faixas que prendem o curativo;
13. Umedecer com soro fisiológico as gazes que estão em contato direto com a ferida antes de removê-las, minimizando a dor e o trauma no local;
14. Remover o curativo e avaliar a ferida, quanto a presença de sinais flogísticos e de infecção (calor, rubor, hiperemia), secreção, odor e sangramento;
15. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
16. Abrir kit curativos e compressas de gaze;
17. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
18. Calçar luvas de procedimento, em caso de ferimento com exposição de tecidos nobres (tendões, ossos, nervos, peritônio, periosteio) calçar luvas estéreis;
19. Limpar primeiramente a pele perilesional com gaze umedecida de SF 0,9%, retirando sujidades. Se necessário, realizar limpeza com água e sabão;
20. Limpar o leito da ferida irrigando com jato morno (aproximadamente 37°Celsius) de SF 0,9%, removendo detritos, microrganismos, exsudatos, corpos estranhos e resíduos de agentes tópicos da superfície da ferida;

21. Secar a pele peri-lesão com gaze;
22. Aplicar cobertura primária, conforme prescrição do enfermeiro, na ficha de evolução do tratamento de feridas (ANEXO 1). A ferida deverá ser avaliada a cada 7 dias pelo enfermeiro, ou antes, se necessário;
23. Aplicar cobertura secundária com gaze e atadura, fixando-a com fita crepe e/ou Micropore, de acordo com a prescrição;
24. Desprezar os líquidos acumulados no saco plástico branco da maca, bacia ou balde;
25. Descartar o saco plástico branco utilizado no curativo, em lixo infectante;
26. Retirar as luvas e higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
27. Calçar luvas de procedimento;
28. Fazer limpeza com água e detergente da maca, mesa auxiliar e bancada, realizar desinfecção com álcool a 70% após a limpeza;
29. Retirar as luvas e higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
30. Calçar novamente luvas de procedimento;
31. Encaminhar o kit curativo e bacia ou balde para o expurgo;
32. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
33. Registrar na ficha de atendimento as características da ferida, se estava limpa ou não, integridade dos pontos e condições do curativo anterior, se havia secreção, características e quantidade;
34. Descrever o procedimento realizado, datar, assinar e carimbar prontuário ou Ficha de Atendimento;
35. Solicitar à equipe de limpeza e higiene que procedam a limpeza terminal da sala;

Observações:

Quando o paciente apresentar mais de uma lesão, a realização dos curativos deve seguir a mesma orientação para o potencial de contaminação: do menos contaminado para o mais contaminado.

ANEXO

CONSULTA DO ENFERMEIRO - TRATAMENTO DE FERIDAS

IDENTIFICAÇÃO

Cartão SUS: _____ DATA: ____/____/____

NOME: _____ Data de nasc: ____/____/____ IDADE: _____

SEXO: _____ NATURALIDADE: _____ OCUPAÇÃO: _____

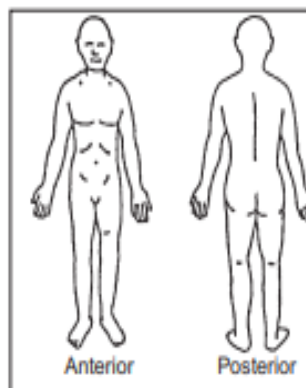
HISTÓRICO

TIPO DE FERIDA CAUSA: _____

TRATAMENTOS ANTERIORES: _____

RECIDIVAS: Sim () Não () Frequência: _____

DOENÇAS SISTÊMICAS ASSOCIADAS: DM () HAS () Neoplasias () Doenças Vasculares () Outras: _____ Compensadas: _____



AVALIANDO FATORES DE RISCO

TABAGISMO: Sim () Não () Obs: _____

ETILISMO: Sim () Não () Obs: _____

DROGAS: Sim () Não () Obs: _____

HIGIENE: Boa () Regular () Ruim () Péssima ()

NUTRIÇÃO: Adequada () Inadequada () Desnutr/ () Desidrat/ ()

MOBILIDADE: Total/dep () Parcial/dep () Independente () Acamado () Cad Rodas ()

ALERGIAS: Sim () Não () Qual: _____

INCONTINÊNCIA: Urinária () Fecal () Controlada () Diarréia () Disúria () Hematúria ()

ESTADO MENTAL: Orientado () Comatoso () Confuso ()

MEDICAÇÃO: Antibióticos () Antihipertensivos () Hipoglicemiantes () Outras: _____

AVALIAÇÃO FÍSICA:

PESO: _____ ALTURA: _____ IMC: _____ CLASSIFICAÇÃO: _____ PA: _____ P: _____ T: _____

CABEÇA/PESCOÇO: _____

TÓRAX/ ABDOMEM: _____

MMSS: _____

MMII: ITB: _____ Edema: () MIE () MID circunferência panturrilha: () MIE () MID

Amputação: sim () não () Local: _____ Tempo: _____

Cuidador: sim () não () Grau de parentesco: _____ Idade: _____

Pulsos Presentes	Perfusão Periférica
MID: () + () -	MID: _____
MIE: () + () -	MIE: _____

FICHA DE EVOLUÇÃO DIÁRIA

NOME				
DATA				
LOCALIZAÇÃO				
C X L X P				
LEITO				
BORDA				
EXSUDATO				
ODOR				
PELE PERI LESIONAL				
DOR				
Terapêutica				
RESPONSÁVEL Nº registro				

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de Padronização de Curativos. Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. 2021

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP. 2017.

Retirada de pontos	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A retirada de pontos consiste no procedimento de remoção (total ou parcial) dos pontos cirúrgicos, através de técnica asséptica.

Objetivos:

Padronização da retirada de pontos cirúrgicos.

EPI:

Avental; Luvas de procedimento; Óculos de proteção; Máscara.

Materiais:

Bandeja; Gazes; Pinça; Tesoura; Soro Fisiológico; Antisséptico.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

1. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado;
2. Realizar a higienização das mãos com água e sabão ou solução alcoólica;
3. Separar o material;
4. Calçar luvas de procedimento;
5. Posicionar o paciente e expor o local da ferida. Avaliar quanto à presença de sinais flogísticos. Em caso de qualquer alteração, comunicar o Enfermeiro;
6. Realizar a antisepsia do local onde será retirado os pontos, com gaze umedecida com antisséptico (clorexidina), fazer limpeza do local a partir da incisão cirúrgica da área menos contaminada para a mais contaminada;
7. Com a mão dominante, utilizar uma pinça para segurar o ponto cirúrgico e com a mão não dominante cortar o ponto (um dos lados) com a tesoura;
8. Puxe o ponto com a pinça;
9. Colocar os fios já cortados sobre a gaze confirmando o número de pontos retirados;

10. Realizar leve compressão no local da incisão com gaze seca;
11. Realize limpeza com SF 0,9%;
12. Despreze o material utilizado em local apropriado;
13. Remover EPI;
14. Higienizar as mãos.
15. Mantenha sala organizada;
16. Realizar a anotação do procedimento no prontuário.

ATENÇÃO

Comunicar o Enfermeiro antes de retirar os pontos se presença de sinais flogísticos, sangramento, deiscência ou qualquer outra alteração.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Aplicação de Bota de Unna (terapia compressiva inelástica)	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A compressão é a terapia indicada para diminuir edema, reduzir a dor e melhorar a hemodinâmica venosa dos membros inferiores - MMII. Dentre essas terapias destaca-se a Bota de Unna, indicada para o tratamento de úlceras venosas e edema linfático de MMII.

A Bota de Unna deve ser prescrita pelo médico (generalista ou especialista), podendo ser aplicada pelo Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem habilitados por treinamento. O Auxiliar e Técnico de Enfermagem devem estar sob supervisão do enfermeiro (Parecer do COREN nº 007/2013).

Objetivos:

Estabelecer os procedimentos a serem seguidos para aplicação de Bota de Unna.

EPI:

Jaleco; Luvas; Óculos de proteção; Máscara.

Materiais:

Bota de Unna; Gaze estéril; Vaselina; AGE - Ácido Graxo Essencial; Soro Fisiológico 0,9%; Fita adesiva; Atadura de crepe.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem treinados para aplicação de Bota de Unna
---------------------	--

Descrição Técnica:

1. Higienizar as mãos;
2. Separar os materiais e aproximá-los do paciente;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado;
4. Posicionar o paciente deitado em decúbito dorsal, elevar o membro que será aplicado a bota, por pelo menos 15 minutos;

5. Expor o local onde será aplicada a bota de unna, manter a privacidade do paciente;
6. Abrir pacotes de gazes;
7. Calçar luvas;
8. Limpar a lesão e pele peri-lesão com Soro Fisiológico 0,9%;
9. Secar região ao redor da lesão com gazes;
10. Aplicar cobertura primária, conforme prescrição do enfermeiro;
11. Realizar hidratação da pele íntegra, em caso de ressecamento, com vaselina ou AGE;
12. Iniciar a aplicação da bota da posição distal para proximal (do pé para o joelho), inicie na região metatársica, deixando dedos para fora da bota, utilizando técnica em que sobreponha em 50% na direção tibial em cada fileira, não estique ou puxe a bota, ela se tornará rígida após a secagem;



Fonte: Curatec.

13. Realizar enfaixamento até chegar a 2 cm abaixo do joelho, na tuberosidade tibial;
14. Após término da passagem da bota realizar enfaixamento com atadura e fixar com fita adesiva ou esparadrapo;
15. Orientar paciente que não poderá molhar a bota, utilizar saco plástico para proteger membro ao tomar banho;
16. Orientar retorno conforme prescrição do enfermeiro (a bota de Unna pode permanecer por até 7 dias) e retorno se sinais de alerta como: aumento importante da dor, edema do membro, dedos pálidos ou azulados ou perda de sensibilidade nos dedos dos pés.
17. Programar trocas do curativo secundário conforme necessidade pela quantidade de exsudato;
18. Organizar o setor;
19. Higienizar as mãos;
20. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

Importante: nunca volte o enfaixamento da Bota para a região distal (para baixo), corte o restante da Bota ao chegar a 2 cm abaixo do joelho. Em caso de ferida exsudativa, colocar gazes no local da ferida por cima da bota.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de Padronização de Curativos. Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, 2021

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Uso de Almotolias	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Almotolias são recipientes plásticos para armazenamento temporário (7 dias) de soluções de produtos médico-hospitalares (álcool 70%, clorexidina aquosa, degermantes e outros). Para essas soluções se faz necessário o controle para que a estabilidade e a validade sejam preservadas, assim como os cuidados para evitar a contaminação, por isso, é muito importante que almotolias estejam sempre bem tampadas para evitar a contaminação do conteúdo dos frascos e a evaporação do álcool, bem como, observar a validade das soluções.

Objetivos:

Padronizar o uso das almotolias na Unidade de Saúde.

EPI:

Avental; Jaleco; Máscara.

Materiais:

Almotolias; Etiquetas.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

1. O técnico de farmácia entrega as almotolias para a equipe de Enfermagem;
2. A enfermagem registra na etiqueta, de forma legível, a data da abertura do frasco, data de validade, carimba e assina. A validade do produto na almotolia é de 7 dias;
3. A equipe deverá manter as almotolias fechadas, evitando contaminação e evaporação alcoólica;
4. Quando as almotolias atingirem a data de validade, seu conteúdo deve ser desprezado;

5. Em caso de almotolias reutilizáveis, as mesmas deverão passar por processo de limpeza e desinfecção (ver POP [Desinfecção](#)).

Observação:

A validade das almotolias é de 7 dias após a abertura, de acordo com a [NR 32](#).

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2ª ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Norma Regulamentadora nº32

Conferência dos equipamentos de emergência	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A checagem **diária** dos equipamentos de emergência garante que os materiais estarão preparados e funcionando adequadamente no momento do atendimento.

Objetivos:

Padronizar a checagem diária dos equipamentos de urgência e emergência.

EPI:

Máscara; Jaleco.

Materiais:

Check list sala de emergência.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

1. Realizar a conferência da rede de gases (fluxômetro, frasco aspirador, extensão e sonda);
2. Realizar o teste do laringoscópio, checar as pilhas, testar o funcionamento de todas as lâminas do laringo (se a luz das lâminas não acenderem, realizar troca das pilhas e, se mesmo após a troca, a lâmina continuar sem funcionar, comunicar o Enfermeiro responsável e registrar em planilha específica e livro de ocorrências);
3. Registrar o teste de funcionamento do laringoscópio na planilha específica;
4. Realizar a conferência do lacre do material de emergência (carro ou caixa de emergência), caso esteja rompido, conferir todos os itens e fazer anotação no livro de registro sobre o que foi encontrado e realizado, bem como comunicar o Enfermeiro Responsável;
5. Registrar o número do novo lacre no livro de intercorrências;

6. Verificar funcionamento do Desfibrilador Externo Automático (DEA) e registrar no impresso específico);
7. Conferir se os ambus estão funcionando adequadamente;
8. Verificar armários e gavetas da sala se não há falta ou excesso de materiais;
9. Realizar a reposição dos materiais de emergência se necessário;

Observação: A conferência do laringoscópio deverá ocorrer diariamente, é necessário sempre deixar duas pilhas reservas junto ao laringoscópio.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., 2017.

Conferência do carro de emergência	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

É a verificação de todos os medicamentos e materiais existentes no Carro/Caixa de emergência.

Objetivos:

Conferir mensalmente e sempre que necessário, a validade dos medicamentos e materiais de emergência, assim como providenciar a substituição dos mesmos.

EPI:

Máscara; Jaleco.

Materiais:

Checklist do carro de emergência.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar mensalmente a presença e o número do lacre antes de abrir o carro/caixa de emergência para conferência; 2. Verificar mensalmente a data de validade dos materiais e medicações (ou após atendimento de urgência/emergência), repondo o que foi utilizado; 3. Retirar mensalmente todos os itens e limpar o carro/caixa com compressa ou pano limpo umedecido com álcool a 70%; 4. Verificar a data de validade da desinfecção do circuito respiratório, laringoscópios e Ambús. Após a desinfecção, alocar no mesmo local de guarda; 5. Observar a validade dos medicamentos e materiais e retirar aqueles com data de validade a vencer em até 30 dias, a contar da data que a inspeção/reposição está sendo realizada. Na planilha de controle do carro de emergência deverá constar em destaque os medicamentos e materiais com data de validade a vencer em até 90 dias, 	

e se estiver em falta, escrever em negrito “NTF” (não tem na farmácia) e comunicar o Enfermeiro Responsável;

6. Repor todos os itens, lacrar o carro/caixa de emergência, preencher e assinar a planilha “Conferência do carro de emergência”, conforme anexo 1.

Observações:

- Após a utilização do carro/caixa de emergência, a reposição dos medicamentos e materiais deve ser realizada **imediatamente**;
- Na falta de qualquer item o carro/caixa deve ser lacrado normalmente, realizar registro da falta do item na planilha e comunicar o Enfermeiro responsável;
- A Conferência deve ser realizada mensalmente e sempre que o lacre for rompido.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., 2017.

Pasti, M.J.; Vendruscolo, A.C.S. Carro de emergência: ferramenta para qualidade assistencial segura em parada cardiorrespiratória. Revista Qualidade HC, Ribeirão Preto, 2011.

Pontes V.O., et al. Atualização bibliográfica sobre protocolos para instituição dos carros de emergência. FIEP BULLETIN., v.80, n.2, Natal/RN, 2010.

Anexo 1 - Modelo para checklist do carro de emergência:

Modelo - Checklist do Carro de Emergência

MEDICAMENTOS	Qtidade padrão	Qtidade disponível	Validade	Data da conferência	Qtidade disponível	Validade	Data da conferência
Ácido acetilsalicílico 100 mg cp	10						
Adenosina 3mg/mL- 2 mL	2						
Água para injeção 10 mL	5						
Amiodarona, cloridrato	6						
Atropina, sulfato 0.25 mg/mL	30						
Captopril 25mg	10						
Clopidogrel 75 mg cp	10						
Cloreto de sódio 0.9% 10 ml	5						
Cloreto de sódio 0.9% 250 ml	2						
Cloreto de sódio 0.9% 500 ml	2						
Dexametasona, 4.5 mg/mL	1						
Diazepam 5mg/mL - 2 mL	2						
Dimenidrinato + piridoxina, cloridrato+glicose+frutose- amp	2						
Dipirona sódica - 500 mg/mL amp. 2 mL	4						
Epinefrina, clor.hemitartarato 1mg/mL amp. 1 mL	25						
Fenitoína sódica - 50 mg/mL amp. 5mL	4						
Fenobarbital sódico 100 mg/mL amp. 2mL	2						
Fenoterol - 5 mg/mL (gotas) frasco	1						
Flumazenil 0.1 mg/mL amp. 5 mL	2						
Furosemida -10 mg/mL amp. 2mL	4						
Glicose 5% 500 mL	1						
Glicose 50% (500mg/mL)amp. 10 mL	10						
Haloperidol 5 mg/mL amp. 1mL	2						
Hidralazina 20 mg/mL. amp. 1mL	2						
Hidrocortisona 500 mg fr-amp	2						
Isossorbida, dinitrato sublingual 5 mg	10						
Lidocaína, cloridrato 20 mg/mL (2%) fr-amp. 20 mL	2						
Metoclopramida, cloridrato 5mg/mL amp 2mL	2						
Metoprolol, tartarato 1 mg/mL amp. 5 mL	2						
Midazolam, cloridrato 5 mg/mL amp. 3 mL	2						
Morfina, sulfato 10 mg/mL amp. 1 mL	2						
Naloxona, cloridrato 0.4 mg/mL amp. 1 mL	2						
Prometazina, cloridrato 25 mg/mL amp 2mL	2						
Ranitidina, cloridrato 25 mg/mL amp. 2 mL	2						
Salbutamol, sulfato 100 µg/dose frasco	1						
Sulfato de magnésio 50% (500 mg/mL)	3						
Suxametônio, cloreto 100mg fr-amp. 5 mL	1						
Vasopressina 20 UI/mL amp 1mL	2						

MATERIAIS	Qtidade padrão	Qtidade disponível	Validade	Data da conferência	Qtidade disponível	Validade	Data da conferência
Agulha 13x4,5	5						
Agulha 25x7	5						
Agulha 25x8	5						
Agulha 30x7	5						
Agulha 30x8	5						
Agulha 40x12	5						
Ambú Com Máscara Adulto	1						
Ambú Com Máscara Pediátrico	1						
Bisturi Nº 11	2						
Bisturi Nº 15	2						
Bisturi Nº 22	2						
Cadavêrco	2						
Cânula Endotraqueal Com Cuff Nº 6,0	2						
Cânula Endotraqueal Com Cuff Nº 6,5	2						
Cânula Endotraqueal Com Cuff Nº 7,0	2						
Cânula Endotraqueal Com Cuff Nº 7,5	2						
Cânula Endotraqueal Com Cuff Nº 8,0	2						
Cânula Endotraqueal Com Cuff Nº 8,5	2						
Cânula Endotraqueal Sem Cuff Nº 2,0	2						
Cânula Endotraqueal Sem Cuff Nº 2,5	2						
Cânula Endotraqueal Sem Cuff Nº 3,0	2						
Cânula Endotraqueal Sem Cuff Nº 3,5	2						
Cânula Endotraqueal Sem Cuff Nº 4,0	2						
Cânula Endotraqueal Sem Cuff Nº 4,5	2						
Cânula Endotraqueal Sem Cuff Nº 5,0	2						
Cânula Endotraqueal Sem Cuff Nº 5,5	2						
Cânula Endotraqueal Sem Cuff Nº 6,0	2						
Cateter De Oxigênio Nº 6 E 8	3						
Equipo Macrogotas	5						
Equipo Microgotas	2						
Fio Guia	1						
Frasco De Dextro	1						
Garrote	3						
Gazes 7,5 x 7,5 Env.C/10 Unidades	5						
Jelco Nº 14	5						
Jelco Nº 16	5						
Jelco Nº 18	5						
Jelco Nº 20	5						
Jelco Nº 22	5						
Jelco Nº 24	5						
Laringoscópio com Lâmina Nº 3 E 4 (Ad. E							

Contenção mecânica	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A restrição mecânica consiste em conter o paciente ao leito, através do uso de faixas de tecido.

É utilizado em pacientes com risco de auto ou hetero agressão, risco de queda e intensa agitação psicomotora, que não respondem ao manejo verbal, ambiental e medicamentoso. Deve ser sempre o último recurso a ser utilizado e **jamais pode ser usado como forma de castigo ou de reprimir comportamentos indesejados.**

A Resolução do COFEN N° 427/2012, normatizou os procedimentos da enfermagem na contenção mecânica. Segue a citação desta resolução:

Art. 1º Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde.

Art. 2º A contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais. Em nenhum caso, a contenção será prolongada além do período estritamente necessário.

Art. 3º É vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde.

Art. 4º Todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de Enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente.

Objetivos:

Descrever procedimento para realização de contenção mecânica de maneira segura para os profissionais e pacientes.

EPI:

Máscara cirúrgica; Avental; Luvas de procedimento.

Materiais:

Kit para contenção composto por faixas individuais para os membros superiores e inferiores e faixa para o tórax.

Conteúdo:

Responsável: Equipe de Enfermagem, Médico, Equipe Multiprofissional treinada

Descrição Técnica:

SEQUÊNCIA ORGANIZATIVA DA CONTENÇÃO

1. Manejo verbal: onde os profissionais conduzem a situação por meio do acolhimento e da conversa. Se houver prescrição e o paciente colaborar, pode-se administrar medicação, denominada contenção química/farmacológica.

2. Restrição espacial: realizada idealmente por cinco profissionais em volta do paciente, em posição de semicírculo, de forma a impedir que este circule livremente, minimizando os riscos para os envolvidos.



Restrição espacial: Posição de semicírculo

3. Contenção física: Na medida que as ações se mostrarem ineficientes, um dos cinco profissionais, previamente definido, deve dar o comando para a contenção física, que é a restrição dos movimentos do paciente segurando-o, sem o uso de outros objetos ou faixas. No momento do comando do coordenador da ação, cada profissional deve segurar um membro do paciente simultaneamente (um profissional segura o braço direito, outro o braço esquerdo, outro a perna direita e outro a perna esquerda). Imediatamente após os membros contidos, o coordenador segura a cabeça e o tórax pela parte de trás do paciente (região posterior), conforme imagens abaixo. Se houver prescrição medicamentosa, aplicá-la nesse momento.



Contenção física de membro superior



Contenção física de membro inferior



Contenção física do tórax e cabeça

4. Contenção mecânica: Caso o paciente permaneça agitado, colocando em risco a si e a outros, será necessário realizar a contenção mecânica no leito.

4.1. Transportar o usuário suspenso até o leito, no qual será contido mecanicamente.

4.2. Posicioná-lo em posição anatômica, com os membros inferiores levemente afastados, os membros superiores ao lado do corpo e com as palmas das mãos voltadas para cima



4.3. Cada profissional que segura um membro específico do paciente deverá manter o mesmo membro fixado ao leito;

4.4. O profissional que está livre (coordenador) deve iniciar a colocação das faixas pelo membro que apresenta o maior risco de ser solto;

4.5. Imobilizar os membros separadamente (uma faixa por membro), sendo o tórax contido por meio de faixa torácica. O tórax deve ser a última área a ser contida por faixa, após todos os membros já estarem contidos, devido à necessidade prévia de se ter um adequado posicionamento dos membros superiores. Fixar as faixas na parte inferior do leito/cama/maca, de maneira que as grades não tracionem as faixas causando lesões ao abaixá-las.



Cuidados a serem tomados:

- Manter a elevação da cabeça do paciente, diminuindo o risco de broncoaspiração, pode-se usar travesseiro ou coxim para esse fim;
- Observar perfusão sanguínea e pulsos periféricos dos quatro membros;
- Observar os efeitos colaterais e a ação específica dos fármacos. Verificar sinais vitais antes que as medicações façam efeito e repetir após, possibilitando comparação adequada e intervenções, se necessário;
- Cuidados gerais como hidratação, alimentação, higiene corporal, eliminações e mudança de decúbito;
- Nos casos em que a contenção mecânica precise permanecer por mais de duas horas o paciente deverá ser reavaliado pelo médico;
- O enfermeiro deverá realizar avaliação sistemática durante a contenção a cada 30 minutos e registrar o procedimento em prontuário. Deve-se destacar a situação e motivos

que determinaram o procedimento, a equipe que o conduziu e o realizou, o tempo de manutenção da contenção, especificar os membros contidos, bem como todos os detalhes relativos ao monitoramento clínico do paciente.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Resolução COFEN nº 427/2012 Conselho Federal de Enfermagem

Procedimento Operacional Padrão: Contenção mecânica. p.358. HU/UFSC - EBSERH.

UFTM. Contenção mecânica do cliente no leito. Minas Gerais, 2016.

Aspiração de vias aéreas	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

É uma técnica para a remoção de secreções respiratórias e manutenção da ventilação e oxigenação em usuários com dificuldade para expelir secreções voluntariamente. Pacientes com DPOC, paralisia cerebral, doenças degenerativas, entre outras, podem necessitar de aspiração de vias aéreas superiores com certa regularidade.

O procedimento em pacientes graves deve ser realizado privativamente pelo Enfermeiro, os pacientes não graves podem ser submetidos à aspiração pelo Técnico de Enfermagem, desde que avaliado e prescrito pelo Enfermeiro (artigo 3º e 4º da Resolução do COFEN nº 557/2017):

Art. 3º. Os pacientes atendidos em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência, ou demais unidades da assistência, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, deverão ser aspirados pelo profissional Enfermeiro, exceto em situação de emergência, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Código de Ética do Profissional de Enfermagem – CEPE.

Art. 4º. Os pacientes em unidades de repouso/observação, unidades de internação e em atendimento domiciliar, considerados não graves, poderão ter esse procedimento realizado por Técnico de Enfermagem, desde que avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

Qualquer alteração no padrão respiratório observada, como cianose, dispneia, taquipneia, dessaturação, tosse de início súbito, desconforto referido, uso de musculatura acessória, batimento de asa de nariz, entre outras, deve ser comunicada imediatamente ao Enfermeiro para avaliação.

A aspiração de secreções pode ser oronasofaríngea (vias aéreas superiores) e traqueal para pacientes traqueostomizados (vias aéreas inferiores).

Objetivos:

Padronizar o procedimento de aspiração de vias aéreas, de maneira segura.

EPI:

Luvas de procedimento; Luva estéril; Máscara N95; Óculos; Avental de proteção.

Materiais:

Sonda de aspiração; Fonte de ar comprimido ou vácuo; Ampola de água destilada; Extensão de látex; Sistema de aspiração.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

Descrição Técnica:

1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
2. Preparar o material: bandeja, máscara, óculos de proteção, sonda de aspiração, luva de procedimento, luva estéril (para aspiração de vias aéreas inferiores), frasco de água destilada de 10 ml, pacotes de gaze, aspirador e frasco coletor de secreção com extensão de látex ou de silicone;
3. Conferir a identificação do paciente;
4. Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante;
5. Aferir sinais vitais (frequência respiratória; frequência cardíaca e saturação de oxigênio, se oxímetro disponível) antes e depois do procedimento;
6. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
7. Calçar luvas de procedimento e paramentar-se com os EPIs;
8. Posicionar o paciente em decúbito elevado (fowler ou semi-fowler);
9. Utilizar sonda de aspiração compatível com o número da sonda endotraqueal/traqueostomia ou vias aéreas do paciente;
10. Abrir o invólucro da sonda e adaptar a extremidade na extensão, sem retirá-la da embalagem;
11. Calçar a luva estéril (para aspiração de cânula traqueal e traqueostomia);
12. Calçar luva de procedimento (para aspiração de vias aéreas superiores);
13. Regular a pressão do aspirador;
14. Retirar a sonda da embalagem, com auxílio, e introduzi-la na cânula mantendo o látex pressionado. Não aspirar enquanto estiver introduzindo a sonda;
15. Segurar a face do paciente com a mão não dominante, seguir a sequência de aspiração:
16. 1º traqueostomia/cânula orotraqueal, 2º narinas e 3º cavidade oral;
17. Introduza a sonda de aspiração clampeada na traquéia certificando-se que não está aspirando até encontrar resistência ou ocorrer tosse por estimulação, realize a aspiração retirando a sonda devagar realizando movimentos circulares. Essa etapa não deverá exceder 15 segundos. Se necessário, oxigenar o paciente antes de iniciar nova

aspiração, aguardar por pelo menos 30 segundos antes de aspirar novamente. Realizar, no máximo, 4 aspirações por sessão.

18. Lavar a sonda no frasco de água destilada sempre que necessário;
19. Introduzir sonda de aspiração na narina do paciente, com látex clampeado, certificando-se que não está aspirando. Após a introdução desclampear a sonda e realizar a aspiração realizando movimentos circulares enquanto retira a sonda lentamente. Deixar o paciente respirar pelo menos 10 vezes, antes de iniciar nova aspiração. Repita o mesmo procedimento na outra narina;
20. Realizar aspiração da cavidade oral do paciente, introduzindo a sonda pela lateral da boca, vasculhando toda a cavidade a procura de secreções;
21. Ao término do procedimento aspirar, no mínimo, 20 ml de água destilada;
22. Fechar a válvula de aspiração;
23. Retirar luvas estéreis; avental descartável e o óculos de proteção;
24. Desprezar o material utilizado em local próprio e encaminhá-lo ao expurgo;
25. Realizar as anotações no prontuário do paciente. Anotar aspectos observados: cor, odor, quantidade e aspecto da secreção. Datar, assinar e carimbar.

Observações:

Sequência para aspiração:

- 1º Aspiração endotraqueal (se paciente traqueostomizado);
- 2º Aspiração nasofaríngea;
- 3º Aspiração orofaríngea.

Para aspiração de vias aéreas inferiores é necessário a utilização de luvas estéreis.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Modalidade de Cuidados Respiratórios. In: Bruneer & Suddarth: Tratado de enfermagem Médico Cirúrgica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

COFEN - Resolução nº 0557/2017, normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de aspiração de vias aéreas.

COREN - Código de Ética e Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem.

Teste Imunológico de Gravidez - TIG	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A gonadotrofina coriônica humana (hCG) é uma glicoproteína hormonal produzida pelas células trofoblásticas sinciciais nos líquidos maternos que começa ser secretado no momento da implantação do embrião no útero. No início da gravidez, a concentração de hcg na urina aumenta rapidamente, sendo um bom marcador para teste de gravidez.

O teste deve ser realizado a partir do 10º dia de atraso menstrual, ou de acordo com especificações do fabricante. Para realização do teste a mulher não poderá estar apresentando sangramento nem estar fazendo uso de pomadas ou cremes vaginais.

Objetivos:

Identificar precocemente a gestação.

EPI:

Luvas de procedimento; Jaleco; Máscara.

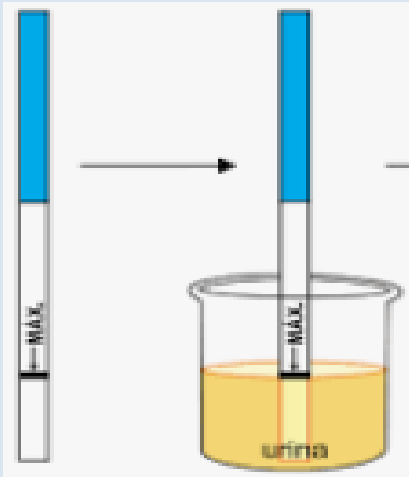
Materiais:

Frasco coletor ou copo descartável; Tira reagente.

Conteúdo:

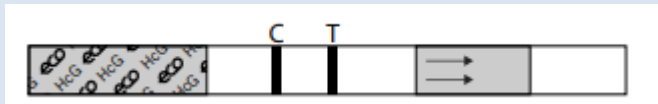
Responsável:	Enfermagem
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Perguntar à paciente a data da última menstruação; 3. Se período maior ou igual a 10 dias, explicar o procedimento, se período menor orientar a retornar para realização de TIG a partir de 10 dias de atraso menstrual; 4. Entregar o copo descartável para coleta da amostra de urina; 5. Encaminhar para o banheiro desacompanhada; 6. Orientar realizar higiene íntima, desprezar o primeiro e o último jato e a coletar aproximadamente dois dedos de urina; 	

7. Calçar luvas;
8. Receber o material;
9. Abrir a embalagem e retirar a tira teste que deve ser utilizada de imediato
10. Mergulhar a extremidade da tira na urina conforme indicado nas setas;

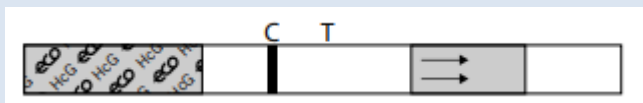


11. Após 08 segundos retire a tira da urina e coloque em um superfície plana;
12. Realizar leitura do resultado entre 5 e 7 minutos (NÃO ler após 7 minutos);

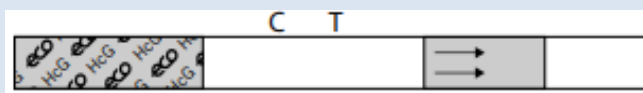
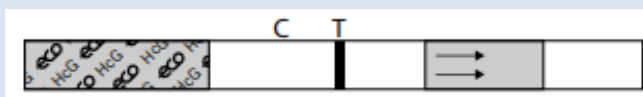
RESULTADO POSITIVO: Linha Controle e linha teste presentes, independente se tonalidade forte ou fraca



RESULTADO NEGATIVO: Linha Controle presente e linha teste ausente



RESULTADO INVÁLIDO: Se não aparecer linha Controle o teste será considerado inválido, necessário repetir o teste



13. Auxiliar / Técnico de Enfermagem anota resultado do teste em prontuário e encaminha para atendimento do Enfermeiro;
14. Se resultado positivo, o Enfermeiro deverá realizar a primeira consulta de pré-natal, em caso de teste negativo orientar repetir teste em 07 dias, persistindo teste negativo solicitar BHCG sanguíneo, persistindo amenorréia e teste negativo solicitar agendamento de Consulta Médica.

Observações:

- A presença da linha Teste, mesmo em coloração fraca indica resultado reagente;
- Seguir sempre as orientações do fabricante das tiras consultando seu manual, pois pode haver diferença na realização do teste de um fabricante para o outro;
- A urina da manhã é a melhor para a realização do teste, pois tem uma maior concentração de hormônio HCG, porém os testes podem ser feitos durante todo o dia, desde que pelo menos após 3 horas da última micção.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., 2017.

Coleta de Papanicolau (citologia oncótica)	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

O câncer do colo do útero, é uma neoplasia maligna da mucosa cervical uterina relacionada à infecção persistente por alguns tipos do Papiloma Vírus Humano (HPV).

A detecção das alterações celulares pode ser descoberta pelo exame de papanicolaou e são curáveis, se detectadas precocemente.

Com a coleta de citologia oncótica é obtido o material cérvico vaginal, cujo objetivo é a detecção de células neoplásicas ou pré-neoplásicas.

A faixa etária para rastreamento através do exame é de 25 a 64 anos, para mulheres que iniciaram a vida sexual.

Objetivos:

Padronizar o procedimento de coleta de material citopatológico de colo uterino.

EPI:

Luvas de procedimento; Óculos de proteção; Avental de mangas longas; Máscara.

Materiais:

Maca ginecológica; Lençol descartável; Lâmina de vidro com extremidade fosca; Caixa para acomodar o material coletado; Etiqueta para identificar amostra; Espátula de Ayres; Escova cervical; Espéculo descartável; Solução fixadora spray; Luva de procedimento; Lápis grafite; Ficha de solicitação de CO; Caderno de controle de coleta; Foco de luz.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiro

Descrição Técnica:

1. Orientar a mulher sobre o procedimento que será realizado, esclarecer dúvidas diminuindo a ansiedade e o medo da usuária;
2. Certificar-se de que a mulher realizou o preparo adequado para a coleta do exame;

Preparo para coleta da citologia oncótica:

Abstinência sexual idealmente por 72 horas antes da coleta, mas pelo menos 24 horas sem relação sexual;

Não estar menstruada, o ideal é coletar após 5 dias do término da menstruação;

Não ter feito uso de medicações vaginais por pelo menos 48 antes da coleta.

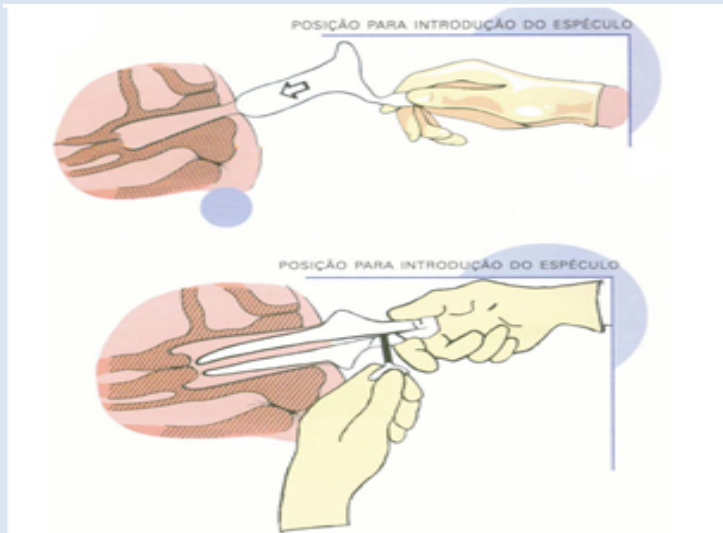
1. Realizar a anamnese e preencher o formulário do exame citopatológico;
2. Registrar os dados no prontuário;
3. Registrar dados da coleta no livro digital ou caderno de controle de CO;
4. Identificar na parte fosca da lâmina, com lápis, as iniciais da paciente e o número da etiqueta;
5. Identificar a caixa da lâmina com a etiqueta e dados da paciente;
6. Identificar com a etiqueta a ficha de solicitação do exame de CO;
7. Encaminhar paciente ao banheiro, solicitar que esvazie a bexiga, retire a parte de baixo da roupa e vista avental descartável;
8. Acomodar paciente na maca em posição ginecológica;



Fonte: Manual de Enfermagem - SMS, 2017.

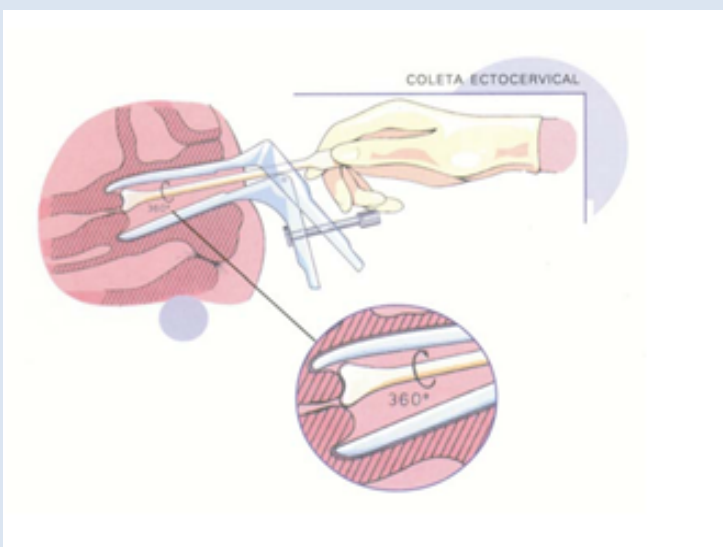
9. Higienizar as mãos;
10. Calçar as luvas;
11. Posicionar o foco de luz;
12. Inspeccionar genitália externa;
13. Escolher o tamanho do espéculo adequado ao tamanho da vagina da paciente;

14. Introduzir o espéculo, na posição vertical, inclinado levemente a um ângulo de 15 graus e após iniciada a introdução realizar rotação de 90 graus, em posição transversa, para que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal;



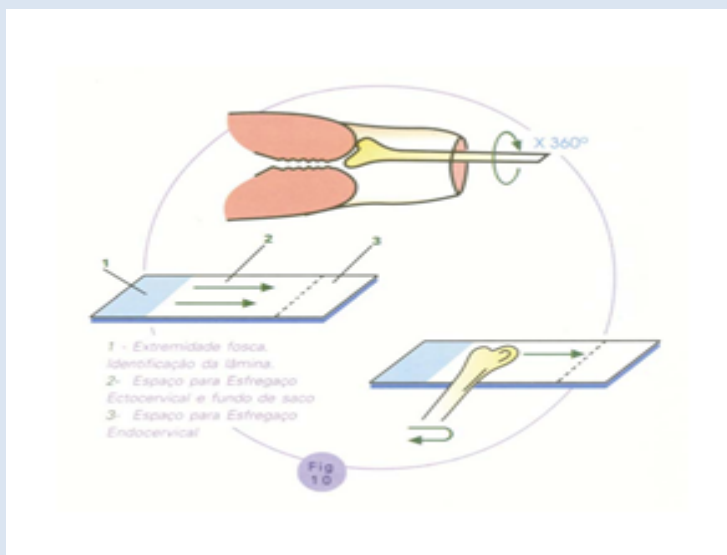
Fonte: Protocolo de Enfermagem SMS-SP, 2007.

15. Após terminar de introduzir o espéculo abrir lentamente e com delicadeza o mesmo para que o colo do útero fique exposto;
16. Coletar o material da ectocérvice utilizando espátula de Ayres. Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem em movimento rotativo de 360° em torno de todo o orifício cervical, para que toda superfície do colo seja raspada;



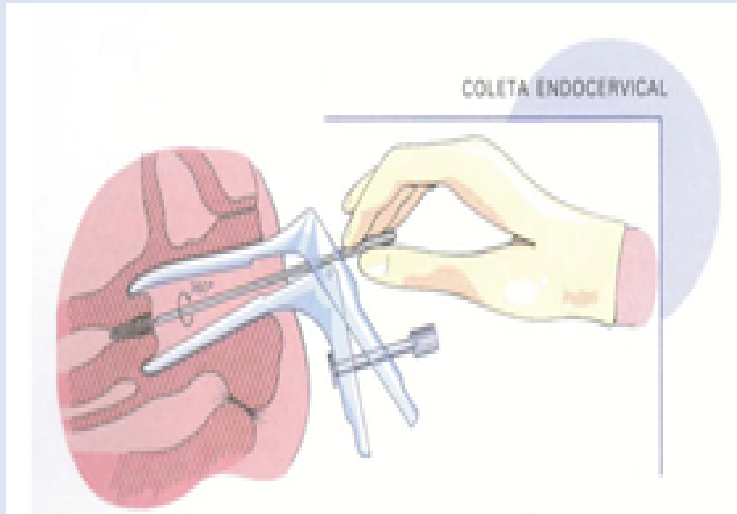
Fonte: Protocolo de Enfermagem - SMS/SP, 2007.

17. Realizar esfregação utilizando 2 terços do espaço disponível na lâmina;



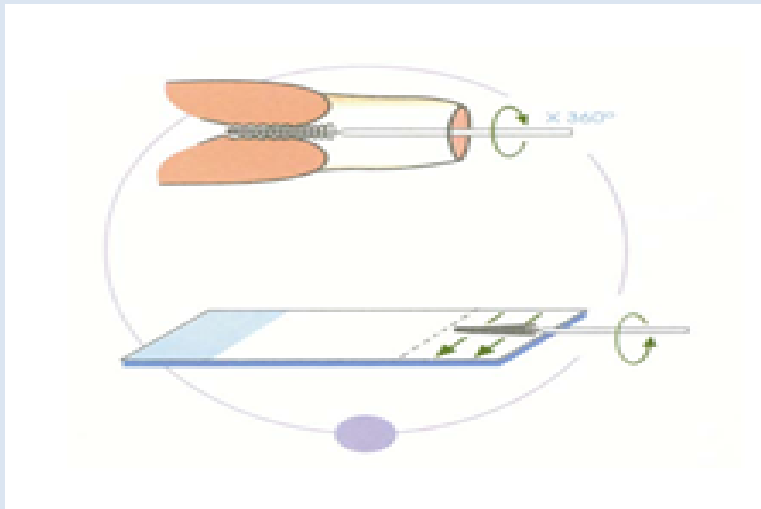
Fonte: Protocolo de Enfermagem - SMS/SP, 2007.

18. Realizar coleta da endocérvice introduzindo a escova e fazendo movimento giratório de 360° percorrendo todo o contorno do orifício cervical;



Fonte: Protocolo de Enfermagem - SMS/SP, 2007.

19. Realizar esfregaço utilizando um terço do espaço disponível da lâmina;



Fonte: Protocolo de Enfermagem - SMS-SP, 2007.

20. Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20 cm, acondicionar a lâmina na caixa porta lâminas e armazenar no flyer;

21. Fechar o espéculo, retirá-lo, auxiliar paciente a descer da maca, solicitar que a mesma se troque, orientar entrega de resultado de exame e concluir a consulta;

22. Higienizar as mãos;

23. Realizar registro de produção.

Observações:

- O preenchimento da requisição pode ser feito pelo Auxiliar/Técnico de Enfermagem, a coleta da citologia oncótica é um procedimento privativo do Enfermeiro;
- A coleta em gestantes pode ser realizada, a rotina de rastreamento é a mesma das mulheres não grávidas. Na coleta de gestantes não se utiliza a escova endocervical, realizado exclusivamente coleta de ectocérvice com espátula de Ayres;
- A coleta em mulheres que nunca tiveram relação sexual deve ser realizada pelo médico.

Referências complementares

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de enfermagem - Saúde da Mulher - SMS/SP, 2016.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., 2017.

Abertura de Pré-Natal	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Objetivos:

Realizar a captação precoce da gestante para abertura do Pré-Natal em tempo oportuno para inclusão no Programa Mãe Paulistana da SMS-SP.

EPI:

Máscara; Avental.

Materiais:

Teste de Pregnosticon com resultado positivo; Documentação de Abertura do SIS Pré Natal; Carteira de Gestante.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiro
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Usuária com Teste Imunológico de gravidez positivo é direcionada para abertura de Pré-Natal. Auxiliar / Técnico de Enfermagem realiza aferição de pressão arterial, verifica peso e estatura, direciona usuária para primeira consulta de Pré-Natal com enfermeiro no mesmo dia; 2. Enfermeiro deve solicitar a realização, no mesmo dia, de Testes Rápidos de HIV e Sífilis; solicitar a Carteira de Vacina e checar o esquema vacinal, se a gestante não tiver no momento com o documento, pedir que traga na próxima consulta, ou se ela não tiver carteira de vacinação, encaminha para a sala de vacina para providenciar; 3. Solicitar os exames necessários para o Pré Natal conforme protocolo da SMS-SP do 1º trimestre de Gestação, explicando sobre o jejum necessário para a coleta; quais 	

documentos deverão trazer e a impressão do número do Cartão do SUS no verso do exame (a recepção fará esta impressão);

4. No caso de gestante que necessite de atualização da caderneta de vacina, orientá-la que realize a atualização vacinal após a coleta de exames do primeiro trimestre;
5. Calcular a Data Provável do Parto (DPP) e Idade Gestacional de acordo com a Data da Última Menstruação (DUM);
6. Realizar a prescrição de suplementação de vitaminas conforme protocolo de saúde da mulher da SMS-SP, explicando o horário e a dosagem à usuária; preencher o Impresso Abertura de SIS Pré Natal da SMS-SP, com a maior quantidade de dados possíveis sobre a gestante; preencher a Carteirinha da Gestante com a maior quantidade de informações possíveis e entregar à paciente; orientar sobre o Plano de Parto na hora da Abertura da SIS e seu preenchimento; Preencher a Solicitação do Bilhete Único da Gestante da Prefeitura de São Paulo e orientar sobre o procedimento de recebimento do Cartão;
7. Orientar a gestante sobre: cuidados alimentares; ingesta hídrica adequada; cuidados gerais com a pele e o corpo; orientar estimular caminhada e outras atividades físicas leves, sanar dúvidas que a gestante possa ter;
8. Convidar para o grupo de gestantes;
9. Estimular parceiro a participar do Pré-Natal, se esse for o desejo da gestante;
10. Oferecer Testes Rápidos de HIV e Sífilis para o parceiro;
11. Encaminhar para Avaliação Odontológica;
12. Agendar retorno para a próxima consulta;
13. Encaminhar prontuário de Sis prenatal devidamente preenchido para o ATA inserir no Programa Mãe Paulistana.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual técnico: Saúde da mulher nas UBS. SMS/SP, 2016

Protocolos da Atenção Básica_ Saúde Mulheres. 2016

<p>Pesquisa de <i>Streptococcus agalactiae</i> ou Estreptococos do grupo B anal e vaginal em gestantes</p>	<p>POP Procedimento Operacional Padrão</p>
<p>Área de Responsabilidade Técnica Assistencial</p>	<p>Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)</p>
<p>Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves</p>	

Introdução:

O Streptococcus é uma bactéria que pode colonizar a vagina, o intestino e o reto. Normalmente não causa nenhum tipo de sintoma, mas no caso da gestante pode ser transmitida ao bebê na hora do parto, podendo causar infecções no Recém Nascido como Pneumonia, Meningite e Septicemia.

O exame consiste na coleta de secreção vaginal e anal, devendo ser realizado entre 35 e 37 semanas de gestação. A mulher deverá vir para coleta sem ter tomado banho e sem ter evacuado no dia do exame, caso a gestante tenha tomado banho pela manhã, pode-se proceder à coleta do exame no final da tarde.

Objetivos:

Padronizar a coleta de exame de pesquisa de Streptococcus em gestantes.

EPI:

Avental; Óculos de proteção; Luvas de procedimento; Máscara cirúrgica.

Materiais:

Maca ginecológica; Lençol de maca; Luva de procedimento; Swab estéril.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
---------------------	---

Descrição Técnica:

Coleta de exame - secreção vaginal

1. Explicar para a paciente como será realizado a coleta do exame;
2. Separar o material;
3. Posicionar a gestante em posição ginecológica;
4. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
5. Realizar a inspeção da região perianal;

6. Afastar os grandes e pequenos lábios com uma das mãos e introduzir o swab (2,0cm) no intróito vaginal com a outra mão, fazer movimentos rotatórios por toda a parede vaginal;
7. Introduzir o swab no meio de cultura (amies).

Coleta de exame - secreção anal:

1. Introduzir o swab em região anal, cerca de 0,5 cm;
2. Realizar movimentos rotatórios;
3. Introduzir o swab no meio de cultura (amies).

Rotina na UBS:

1. A Paciente deve comparecer na recepção para impressão do sus no verso da guia do exame e, posteriormente, dirigir-se à enfermagem para orientação da coleta;
2. No dia da coleta, auxiliar verifica se o pedido está com o sus impresso e confere o nome da paciente na guia do exame;
4. Realiza o registro no livro do laboratório;
5. Etiqueta o swab e a guia do exame;
6. Realiza a coleta;
7. Cola etiqueta do laboratório no cartão de Pré-Natal da gestante para consulta caso a mulher entre em trabalho de parto antes da chegada do exame impresso;

Observação: Não refrigerar amostra após a coleta

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Assistência Laboratorial - SMS/SP

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., 2017.

Administração segura de medicação	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Administração de medicamentos trata-se da aplicação de fármacos no organismo através de uma das várias vias possíveis de acordo com a proposta terapêutica. Para administrar medicamentos é necessário formação e capacitação específica; e é importante lembrar que nem todos os profissionais da área de saúde estão habilitados para fazê-lo.

Responsabilidades e Legislação

- O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - CEPE destaca no artigo 12: “Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”.
- O artigo 38 do CEPE destaca que o profissional deve: “Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe”.
- Quanto à execução das prescrições médicas pela equipe de enfermagem, especialmente a medicamentosa, o artigo 10 do CEPE atribui ao profissional o direito de: “...recusar-se a executar prescrição em caso de identificação de erro ou ilegibilidade, ou quando não constar a assinatura e o número de registro do prescritor, exceto em situações de urgência e emergência”.

Objetivos:

Fornecer subsídios para administração segura de medicamentos com segurança para o paciente e profissional, de forma padronizada.

Materiais:

Prescrição (médica, enfermagem, odontológica); Materiais conforme via de administração; Caneta; Medicação prescrita; Bandeja.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem

Descrição Técnica:

O profissional de enfermagem deve SEMPRE se atentar aos “13 certos” na administração de medicamentos:

1° Prescrição correta: Nome completo do paciente, data de nascimento, data e carimbo na prescrição.

2° Paciente certo: Conferir a identificação do paciente, documento de identidade e prontuário.

3° Medicamento certo: Verificar atentamente qual medicamento está prescrito e se o paciente não possui algum tipo de alergia ao composto.

4° Validade certa: Observar a data de validade antes de administrar o medicamento.

5° Forma / Apresentação certa: Verificar se o medicamento está na sua forma de apresentação correta. Por exemplo: Cloreto de sódio 0,9% ou cloreto de sódio 20%.

6° Dose certa: Observar com atenção a dose prescrita.

7° Compatibilidade certa: Verificar se a medicação administrada é compatível com outra que o paciente já recebe, pois existem drogas que não podem ser administradas juntas.

8° Orientação ao paciente: Comunicar ao paciente quando você for medicá-lo, informando qual o medicamento e a via, pois é direito do usuário saber o que está recebendo.

9° Via de administração certa: Observar atentamente qual a via de administração do medicamento conforme a prescrição.

10° Horário certo: Deve-se administrar o medicamento no horário correto, para que o tratamento seja mais eficaz.

11° Tempo de administração certo: é de extrema importância que o medicamento seja infundido no tempo certo, pois existem alguns medicamentos que precisam de determinado tempo para fazer o efeito esperado, como por exemplo, os antibióticos.

12° Ação certa: Devemos observar se o paciente não irá apresentar reação adversa ao medicamento durante a sua administração, para que seja atendido o mais rápido possível.

13° Registro certo: É obrigatório que seja registrado no prontuário do paciente o medicamento administrado, com hora, dose e via e se o paciente apresentou alguma reação durante o tratamento.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

CEPE - Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem.

COREN - Código de Ética e Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem.

COREN - Uso seguro de medicamentos.

Administração de medicamentos por via oral	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Consiste na administração de medicamentos pela boca para serem absorvidos no trato gastrointestinal sob a forma de comprimidos, drágeas, cápsulas, líquidos, suspensão, óleos, granulados e pós.

Objetivos:

Subsidiar a administração de medicação via oral com segurança de forma padronizada.

EPI:

Luva de procedimento; Jaleco; Máscara.

Materiais:

Bandeja ou cuba rim; Copo graduado; Material acessório: seringa, conta-gotas ou copo dosador; Receita ou prontuário com a prescrição; Medicação prescrita; Água filtrada; Copo descartável; Papel toalha; Álcool 70%.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem

Descrição Técnica:

1. Conferir a prescrição e dados pessoais do paciente e seguir orientações conforme POP [Administração segura de medicação](#);
2. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
3. Separar a medicação evitando tocar com as mãos no medicamento. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar;
4. Reunir o material em uma bandeja;
5. Posicionar o paciente em uma posição favorável à deglutição. No caso do paciente estar deitado, elevar o decúbito;
6. Explicar o procedimento ao paciente;

7. Etiquetar o copo descartável com o nome do paciente, nome do medicamento, dose, via de administração e horário;
8. **Solução oral, xarope ou suspensão:** diluir, agitar se necessário o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio de copo graduado ou seringa;
9. **Drágeas ou comprimidos:** abrir a cartela ou frasco, retirar a quantidade necessária, colocar em copo descartável identificado sem tocar com o comprimido/drágea com as mãos. Caso a pessoa tenha dificuldade em engolir uma fórmula sólida, deve-se colocar o medicamento na parte posterior da língua para estimular o reflexo de deglutição;
10. **Gotas:** abrir o frasco, observar a forma de contagem das gotas oferecida pelo fabricante;
11. **Pastilhas/ comprimidos para mastigar:** devem ser dissolvidas na boca;
12. Oriente e assista o usuário deglutir o medicamento. Ofereça água ao paciente;
13. Permanecer na presença do paciente até que tenha certeza da deglutição do medicamento;
14. Descartar o material utilizado, lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%;
15. Organizar a sala;
16. Higienizar as mãos;
17. Realizar anotação de enfermagem no prontuário.

Observações: Não deve ser administrada medicação oral em pacientes com vômitos, inconscientes ou incapacidade de deglutir.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

BOWDEN VR, Greenberg CS. Procedimentos de enfermagem pediátrica. 765p. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

COREN - Uso seguro de medicamentos

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., 2017.

Administração de medicamentos por via sublingual	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Medicamentos com administração sublingual são comprimidos que se desintegram ao serem colocados sob a língua. Após dissolverem, são rapidamente transferidos à corrente sanguínea diretamente das membranas mucosas da boca, permitindo a rápida absorção dos componentes e evitando que a potência do remédio seja diminuída. Os médicos podem recomendar os medicamentos sublinguais para o tratamento de certas condições emergenciais ou se o paciente tiver dificuldades em engolir ou digerir os comprimidos.

Objetivos:

Fornecer subsídios para administração da medicação via sublingual com segurança de forma padronizada.

EPI:

Luva de procedimento; Jaleco; Máscara.

Materiais:

Bandeja ou cuba rim; Prescrição; Copo descartável; Papel toalha; Álcool 70%.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
---------------------	---

Descrição Técnica:

1. Conferir a prescrição e os dados pessoais do paciente e seguir orientações conforme POP [Administração segura de medicação](#);
2. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
3. Reunir o material em uma bandeja;
4. Etiquetar o copo descartável com o nome do paciente, nome do medicamento, dose, via e horário;
5. Explicar o procedimento ao paciente e colocá-lo, preferencialmente, sentado;
6. Orientar o paciente a não comer ou beber líquidos durante a tomada do medicamento;
7. Abrir a cartela ou frasco, retirar a quantidade necessária de comprimidos e colocar em copo descartável identificado sem tocar com as mãos;

8. Entregar o medicamento ao paciente, orientando-o a colocar sob a língua e não mastigar ou deglutir; caso o paciente tenha dificuldade em colocar o medicamento embaixo da língua, auxilia-lo com as mãos enluvadas;
9. Orientar ao paciente para que aguarde a absorção sem conversar;
10. Descartar o material;
11. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%;
12. Organizar a sala;
13. Higienizar as mãos;
14. Realizar anotação de enfermagem no prontuário.

Observação: Não se deve oferecer líquidos com a medicação sublingual.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

COREN. Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., 2017.

MOTTA, Ana Leticia Carnevalli. Normas, rotinas e técnicas de enfermagem. 133p. 6ª ed. revisada. Iátria. São Paulo-SP, 2011.

Administração de medicamentos por via subcutânea	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

É a administração de medicamentos no tecido subcutâneo, cuja absorção é mais lenta do que a via intramuscular. Doses pequenas são recomendadas, variando entre 0,5 ml a 1ml.

Considerações importantes:

Os locais indicados para administração da medicação subcutânea são: face anterior do braço, deltóide, face externa da coxa, parede abdominal e região subescapular. Utilizar esta via para administração de insulina, heparina e algumas vacinas.

Objetivos:

Fornecer subsídios para administração segura de medicação via subcutânea.

EPI:

Jaleco; Máscara; Luvas de procedimento.

Para injeções intramusculares, subcutâneas e intradérmicas, luvas não são recomendadas, a menos que haja risco do profissional entrar em contato com secreções potencialmente infectadas ou se a pele do paciente não estiver íntegra (eczema, queimaduras ou infecções de pele).

Materiais:

Seringas (1, 3 e 5ml); Agulha 13x4,5mm; Agulha 25x7mm; Agulha 40x12mm; Medicação/ Vacina; Algodão; Álcool 70%; Bandeja ou cuba rim.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferir a prescrição médica e dados pessoais do paciente e seguir orientações conforme POP Administração segura de medicação; 2. Higienizar as mãos; 3. Separar material a ser utilizado na bandeja; 	

4. Explicar o procedimento ao paciente;
5. Fazer a desinfecção da ampola ou do frasco com algodão embebido em álcool à 70%;
6. Quebrar a ampola envolvendo-a com gaze ou algodão para evitar acidentes, pressionando-a com o dedo indicador e polegar da mão dominante;
7. Preparar o medicamento utilizando a agulha de aspiração 40x12mm e a seringa de 1ml;
8. Trocar a agulha de aspiração por agulha de aplicação 13x4,5mm ou 25x7mm;
9. Escolher o local de aplicação e colocar o cliente em posição adequada. Sentado se for na coxa; em pé para região glútea e lombar; com os cotovelos flexionados para a região dos braços;
10. Proceder à antisepsia no local com algodão embebido em álcool a 70%, em sentido único;
11. Fazer uma prega na pele com o polegar e indicador da mão esquerda e introduzir a agulha no ângulo de 90 ou 45°, de maneira que a medicação seja administrada no tecido subcutâneo, sem atingir o músculo. O bisel deve seguir a fibra do músculo;
12. Aspirar lentamente o êmbolo da seringa para certificar-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo; se ocorrer essa situação, trocar o local de aplicação e a medicação;
13. Injetar lentamente o medicamento com a mão oposta que segura a seringa;
14. Retirar a agulha com um movimento rápido e único, aplicando um pouco de pressão no local com bola de algodão seco;
15. Observar o local da aplicação;
16. Colocar o curativo ou micropore com algodão seco;
17. Recolher o material e descartar os resíduos em recipientes adequados (sem desconectar a agulha da seringa);
18. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%;
19. Higienizar as mãos;
20. Descartar os materiais conforme POP [descarte de resíduos](#);
21. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente (Ver POP [Anotação de enfermagem](#)), realizar registro em produção.

Observação:

O ângulo de aplicação dependerá do tamanho e diâmetro da agulha:

Ângulo de 90°: agulha 13 x 4,5 ou 13 x 3,8.

Ângulo de 45°: agulha 20 x 6, 20 x 7 ou 25 x 7.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

COREN - Uso seguro de medicamentos.

Câmara Técnica COREN. Parecer 10/2018. Técnica de administração de injeção/vacina por via subcutânea. São Paulo, 2018

Bowden, V.R.; Greenberg, C.S. Procedimentos de enfermagem pediátrica. 765p. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Potter, Patricia A. *et al.* Fundamentos da enfermagem. Tradução da 9ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

Administração de medicamentos por via tópica	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Consiste na aplicação do medicamento na pele, por meio do uso de pomadas ou cremes.

Objetivos:

Fornecer subsídios para administração segura da medicação via tópica.

EPI:

Luva de procedimento; Máscara; Avental.

Materiais:

Espátula; Gaze não estéril; Medicamento prescrito.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

1. Conferir a prescrição médica e dados pessoais do paciente e seguir orientações conforme POP [Administração segura de medicação](#);
2. Realize a higienização das mãos;
3. Separe os materiais;
4. Oriente o paciente sobre o procedimento que será realizado;
5. Calce as luvas;
6. Aplique o medicamento na gaze ou direto na pele, com espátula, disperse o medicamento;
7. Recolha os materiais e despreze-os conforme POP [Descarte de Resíduos](#);
8. Higienize as mãos e realize anotação de enfermagem no prontuário do paciente.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

COREN - Uso seguro de medicamentos

Potter, Patricia A. *et al.* Fundamentos da enfermagem. Tradução da 9ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

Administração de medicamentos por via intramuscular (IM)	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A administração de medicamentos por via intramuscular é uma prática frequentemente realizada pela enfermagem, onde para sua realização são necessárias as seguintes avaliações: volume a ser injetado, tipo de medicação a ser injetada, técnica da administração, local da aplicação, tipos de dispositivos e idade do paciente.

Local de aplicação e volume máximo a ser administrado, segundo faixa etária:

IDADE	DELTÓIDE	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

Fontes: Malkin B. Are techniques used for intramuscular injection based on research evidence. Nursing times 2008. 105 (50/51): 48-51. Bork AMT. Enfermagem baseada em evidência - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

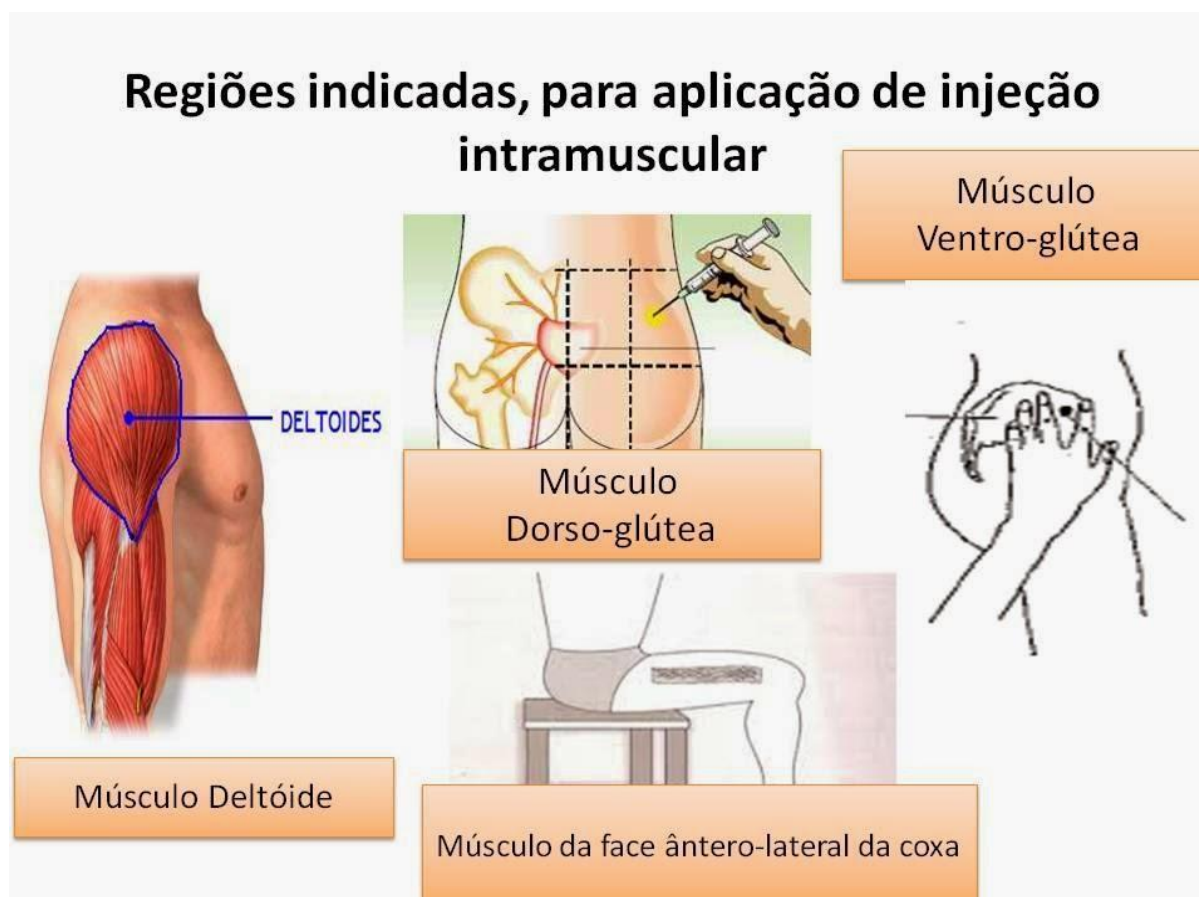
Observação: em adultos com boa musculatura, pode-se aplicar volume intramuscular de até 05 ml, exceto deltóide. Ressalta-se que o volume máximo de acordo com o músculo selecionado para administração de medicamento por via IM profunda, deve ser determinado pelo enfermeiro, após avaliação criteriosa das condições individuais de cada paciente.

Local de aplicação e calibre da agulha, segundo características do paciente:

Calibre da agulha	Local	Características do paciente
30 x 7mm	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ventroglúteo ▪ Dorsoglúteo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes adultos. ▪ Homens com peso corpóreo entre 60 e 118 Kg. ▪ Mulheres entre 60 e 90 Kg.
25 x 7mm	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deltóide ▪ Vasto lateral da coxa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes adultos. ▪ Mulheres com peso superior a 90 Kg, indicam-se agulhas com pelo menos 3,8 cm de comprimento
25 x 6mm	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vasto lateral da coxa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crianças - a avaliação clínica é imprescindível para tomada de decisão

Fonte: Administração de medicamentos. Adaptado - COREN-SP, fev.2010.

Regiões indicadas para aplicação via intramuscular:



Fonte: portalenf.com - 2015.

Objetivos:

Fornecer subsídios para administração segura da medicação via intramuscular.

EPI:

Máscara; Jaleco; Luvas de procedimento (no caso de pele não íntegra ou risco de contato com fluídos corpóreos).

Materiais:

Bandeja; Seringa de 3 ou 5 ml; Agulha 40 x 12mm (para aspiração); Agulha 25x7mm, 25x8mm, 30x7mm ou 30x8mm (para aplicação); Micropore; Algodão ou Swab; Álcool a 70%; Material para curativo ou bloodstop; Caixa de perfurocortante.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Descrição Técnica:	

Aplicação intramuscular em região ventroglútea

1. Conferir a prescrição médica e dados pessoais do paciente. seguir orientações conforme POP [Administração segura de medicação](#);
2. Apresente-se ao paciente e explique o procedimento que será realizado;
3. Pergunte ao paciente sobre alergias relacionadas ao medicamento ou a substâncias similares;
4. Avalie a quantidade de medicamento e o local de administração, bem como a agulha indicada para o indivíduo;
5. Verifique se a ampola do medicamento está em perfeito estado, inclusive se o medicamento está na validade;
6. Higienizar as mãos
7. Oriente o usuário sobre o procedimento
8. Localizar a via de administração
9. Calçar luvas de procedimento em caso de pele não íntegra;
10. Delimitar a região de aplicação, seguindo a técnica:

Com a mão não dominante coloque o indicador sobre a crista ilíaca do paciente e a palma da mão sobre a cabeça do fêmur, abra os dedos indicadores e médios, formando um “V”, indicando o local para a aplicação, conforme imagem abaixo:



Fonte: Procedimentos de Enfermagem - Guia prático. RJ: Guanabara Koogan.

11. Realizar antissepsia no local da aplicação com algodão com álcool a 70% e deixar secar;
12. Injetar a agulha no ângulo de 90° no centro da área limitada pelos dedos abertos em “V”.
Recomenda-se que a agulha seja dirigida ligeiramente para a crista ilíaca;
13. Puxe o êmbolo discretamente para trás e observe se há refluxo de sangue. Caso isso não ocorra, faça a aplicação;
14. Ocluir com curativo próprio
15. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente;

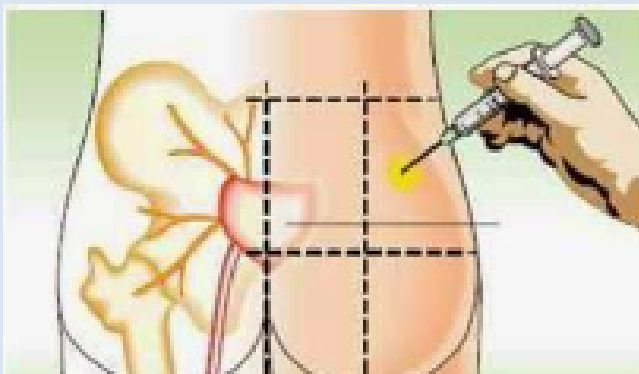
IMPORTANTE:

- Ressalta-se que esta área tem sido considerada a opção mais segura para injeção na região glútea, sendo recomendada como local de primeira escolha para injeções IM, uma vez que evita a punção acidental de vasos sanguíneos e nervos, havendo poucos relatos de complicações associadas (Parecer do COREN, nº10 de 2020);
- Para pacientes com silicone na região glútea, deve-se utilizar a técnica da administração ventroglútea.

Aplicação intramuscular em região dorsoglútea:

1. Conferir a prescrição médica e dados pessoais do paciente. seguir orientações conforme POP [Administração segura de medicação](#);
2. Apresente-se ao paciente e explique o procedimento que será realizado;

3. Pergunte ao paciente sobre alergias relacionadas ao medicamento ou a substâncias similares;
4. Avalie a quantidade de medicamento e o local de administração, bem como a agulha indicada para o indivíduo;
5. Verifique se a ampola do medicamento está em perfeito estado, inclusive se o medicamento está na validade;
6. Faça higienização adequada das mãos e reúna o material na bandeja;
7. Calce a luva de procedimento, caso necessário;
8. Solicite ao paciente expor a região glútea. Divida mentalmente o glúteo em 4 partes conforme imagem abaixo:



9. O local para aplicação é o quadrante superior externo do glúteo;
10. Realizar antisepsia no local da aplicação com algodão com álcool 70%;
11. Segure a bola de algodão entre o terceiro e quarto dedos da mão dominante;
12. Retire a capa da agulha, sempre puxando em linha reta na direção contrária;
13. Segure a seringa entre o polegar e o indicador, com a mão dominante;
14. Posicione a mão não dominante abaixo do local que será administrado o medicamento;
15. Puxe a pele para baixo ou para lateral, mantendo-o dessa forma até o que a agulha seja totalmente introduzida;
16. Introduza a agulha no ângulo de 90° com a mão dominante;
17. Puxe o êmbolo da seringa para verificar se há retorno venoso. Caso retorne sangue, retire a agulha e prepare nova medicação;
18. Injete o medicamento de maneira lenta;
19. A agulha deve permanecer por 10 segundos para permitir que o medicamento seja disperso de maneira correta;
20. Retire a agulha e rapidamente, aplique a bola de algodão ou gaze no local da aplicação;
21. Faça pequena pressão, mas não massageie a região;
22. Descarte o material utilizado no local correto;

23. Descarte a agulha sempre desencapada no local de materiais cortantes e perfurantes;
24. Oriente o paciente a utilizar compressa de água fria no local em caso de dor;
25. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%;
26. Retire a luva e realize a higiene das mãos;
27. Organizar a sala;
28. Realizar anotação de enfermagem no prontuário do paciente.

Observação:

- Se o paciente tem necessidade de administração de medicação intramuscular frequente, realizar rodízio do local de aplicação;
- Para pacientes com prótese de silicone em glúteo, realizar a técnica de aplicação ventroglútea para a aplicação de medicações intramusculares.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Câmara Técnica - Parecer COREN-SP nº 010/2020: Administração de medicamento via intramuscular

Câmara Técnica - Parecer COFEN nº 09/2016/CTAS/COFEN

COREN - Uso seguro de medicamentos

Potter, Patricia A. *et al.* Fundamentos da enfermagem. Tradução da 9ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

Administração de medicamentos por via intramuscular no vasto lateral da coxa em crianças	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

O músculo vasto lateral está localizado na região anterolateral da coxa, local onde não há grandes nervos e vasos sanguíneos, sendo indicado assim, para administração de medicamentos intramusculares em lactentes, visto que é a região com maior massa muscular.

Objetivos:

Fornecer subsídios para administração segura da medicação intramuscular no vasto lateral da coxa em crianças.

EPI:

Máscara; Jaleco; Luvas de procedimento (no caso de pele não íntegra).

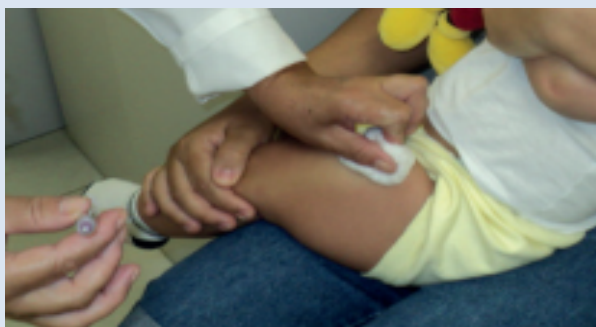
Materiais:

Bandeja; Algodão; Álcool 70%; Seringa de 3 ou 5 ml; Agulha 40x12; Agulha 30x6 ou 20x5,5 para aplicação (comprimento, calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado); Micropore, esparadrapo ou blood stop; Caixa de perfurocortante.

Conteúdo:

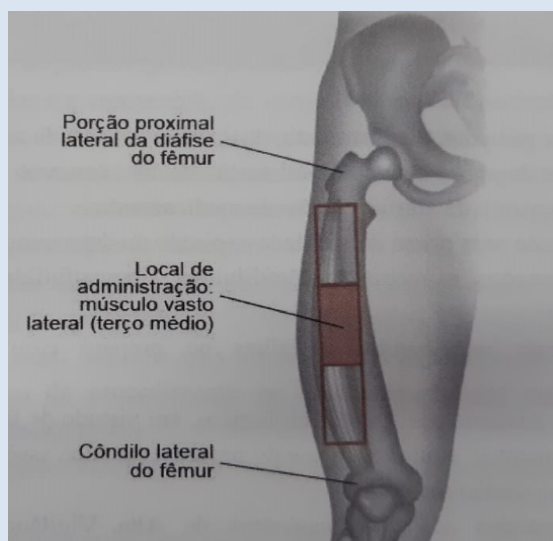
Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferir a prescrição e dados pessoais do paciente. Seguir orientações conforme POP Administração segura de medicação; 2. Higienizar as mãos; 3. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 4. Separar o medicamento conferindo nome, data de validade e apresentação do fármaco; 5. Realizar assepsia do frasco/ampola com álcool a 70%; 	

6. Abrir a embalagem da seringa e conectar a agulha para aspirar o medicamento, observando a técnica asséptica e protegendo em sua embalagem original;
7. Aspirar o medicamento (se necessário diluir);
8. Higienizar as mãos;
9. Reunir o material em uma bandeja;
10. Identificar-se para o responsável e explicar o procedimento;
11. Perguntar ao responsável se a criança possui alergia ao medicamento;
12. Avaliar e delimitar a área de aplicação;
13. Colocar o paciente em decúbito dorsal ou sentado com os MMII fletidos;



Fonte: Manual de normas e rotinas de enfermagem - SMS, 2017.

14. Realizar a antissepsia da pele com álcool a 70% com movimento em sentido único;
15. Firmar o músculo utilizando dedo indicador e polegar da mão não dominante, com a mão dominante segurar o corpo da seringa;
16. Introduzir a agulha lentamente, num só movimento, em ângulo de 90°, com bisel posicionado em lateral, seguindo anatomicamente as fibras musculares na região do terço médio do músculo vasto lateral da coxa;



Fonte: Guia prático - procedimentos de Enfermagem - Guanabara Koogan.

17. Aspirar lentamente, se refluir sangue, retirar a agulha do local, desprezar o material e reiniciar o procedimento. Se não houver refluxo de sangue continuar o procedimento;
18. Soltar a prega;
19. Injetar a medicação lentamente;
20. Ao término da introdução do líquido, retirar a agulha/seringa com movimento rápido e preciso, comprimindo o local com algodão. Não massagear e observar a presença de edema, hematoma ou sangramento no local;
21. Realizar curativo oclusivo local com algodão e micropore / esparadrapo ou blood stop;
22. Orientar o responsável quanto a possíveis reações;
23. Deixar o ambiente em ordem;
24. Checar prescrição médica com data, horário, assinar e carimbar;
25. Realizar anotação de enfermagem no prontuário ou ficha de atendimento do paciente (ver POP [Anotação de enfermagem](#)), realizar registro em produção.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Câmara Técnica - Parecer COREN-SP nº 010/2020: Administração de medicamento via intramuscular

Câmara Técnica - Parecer COFEN nº 09/2016/CTAS/COFEN

COREN - Uso seguro de medicamentos

Hospital de Base. Administração de medicação via intramuscular em pediatria. São José do Rio Preto, 2015.

Paz, Adriana A. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Organizado por Emiliane N. de Souza. - Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2016.

Potter, Patricia A. *et al.* Fundamentos da enfermagem. Tradução da 9ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

Procedimentos de enfermagem - Guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

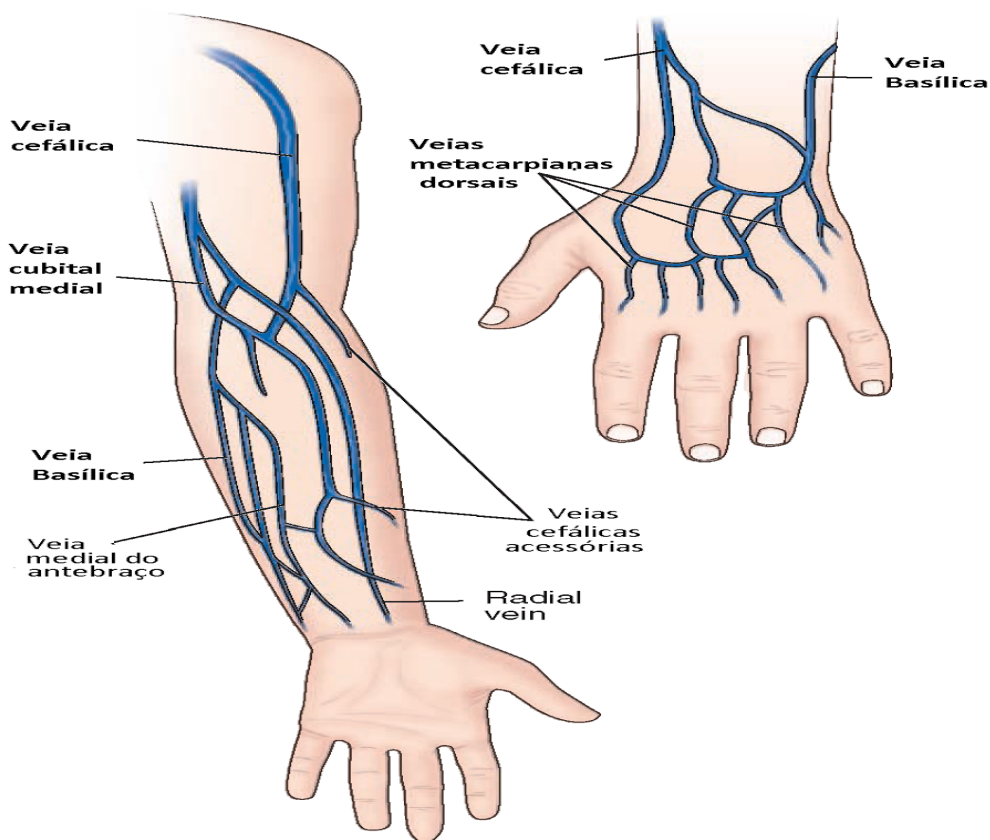
<p align="center">Administração de medicamentos por via endovenosa periférica</p>	<p align="center">POP Procedimento Operacional Padrão</p>
<p align="center">Área de Responsabilidade Técnica Assistencial</p>	<p>Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)</p>
<p>Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves</p>	

Introdução:

Administração de medicamento via endovenosa é a administração do medicamento diretamente na corrente sanguínea, por meio de acesso venoso periférico. A via intravenosa é utilizada quando se deseja uma ação imediata do medicamento ou quando outras vias não são propícias. As soluções administradas por essa via devem ser cristalinas, não oleosas e sem flocos em suspensão.

O procedimento necessita de avaliação quanto ao local a ser puncionado (escolha da veia) e qual o dispositivo é melhor indicado.

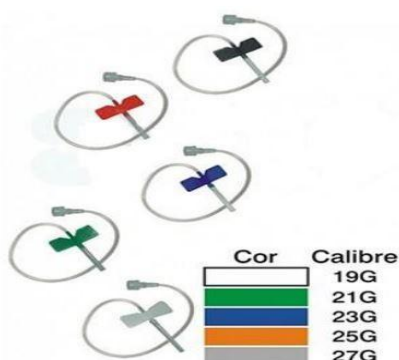
Locais indicados: Veia Basílica, Cubital Mediana, Antebraquial, entre outras.



Tipos de dispositivo:

A técnica para a realização do acesso venoso periférico pode ser realizada, principalmente, com a utilização de dois tipos de dispositivos endovenosos. O primeiro deles, o scalp, é indicado para a infusão de baixos volumes e realização de medicações. Possui calibres variados que vão do 19 (maior calibre) ao 27 (menor calibre).

Indica-se a utilização deste quando não há a necessidade de manter-se o paciente com infusão contínua, já que este tipo de dispositivo favorece a transfixação da veia pelo cateter, bem como apresenta maior risco de infiltração no espaço extravascular.



Os **jelcos** são dispositivos flexíveis onde a agulha é envolvida por um mandril flexível, após a punção, a agulha é retirada ficando na luz da veia apenas o mandril. Possuem tempo de permanência maior, permitindo também a infusão de grandes volumes de forma rápida, além de favorecer a movimentação do membro.

São numerados em números pares do 14 (maior e mais calibroso) até o 24 (menor e mais fino):

Jelco 14 e 16: Adolescentes e adultos, cirurgias importantes, sempre que se devem infundir grandes quantidades de líquidos. Inserção mais dolorosa, exige veia calibrosa.

Jelco 18: Crianças mais velhas, adolescentes e adultos. Administrar sangue, hemoderivados e outras infusões viscosas. Inserção mais dolorosa exige veia calibrosa.

Jelco 20: Crianças, adolescentes e adultos. Adequado para a maioria das infusões venosas de sangue e outras infusões venosas (hemoderivados).

Jelco 22: Bebês, crianças, adolescentes e adultos (em especial, idosos). Adequado para a maioria das infusões. É mais fácil de inserir em veias pequenas e frágeis, deve ser mantida uma velocidade de infusão menor. Inserção difícil, no caso de pele resistente.

Jelco 24: Recém nascidos, bebês, crianças, adolescentes e adultos (em especial, idosos). Adequado para a maioria das infusões, mas a velocidade de infusão deve ser menor. É ideal

para veias muito estreitas, por exemplo, pequenas veias digitais ou veias internas do antebraço em idosos.



Objetivos:

Fornecer subsídios para administração da medicação via endovenosa periférica com segurança de forma padronizada.

EPI:

Luvas de procedimento; Máscara; Jaleco, Óculos de proteção.

Materiais:

Braçadeira; Bandeja; Algodão; Álcool 70%; Micropore ou blood stop.; Garrote; Seringas; Agulha 40x12mm; Suporte de soro s/n; Cateter (scalp ou jelco); Caixa de perfurocortante.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

1. Conferir a prescrição e os dados pessoais do paciente e seguir orientações conforme POP [administração segura de medicação](#);
2. Higienizar as mãos;
3. Separar frasco/ampola de medicação e fazer a assepsia com algodão com álcool 70%;
4. Escolher a seringa conforme a necessidade do volume da medicação a ser administrada;

5. Abrir a embalagem da seringa e conectar a agulha 40 x 12mm para aspirar o medicamento, observando técnica asséptica, protegendo-a em sua embalagem original;
6. Quebrar a ampola, envolvendo-a com algodão ou gaze, pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante;
7. Aspirar o medicamento (se for necessário diluir, homogeneizar);
8. Desprezar a ampola ou frasco ampola na caixa de perfurocortante;
9. Fazer o rótulo do medicamento contendo nome do paciente, nome do medicamento, dose, via, horário de início e término;
10. Reunir o material em uma bandeja;
11. Higienizar as mãos;
12. Calçar as luvas de procedimento;
13. Identificar-se para o paciente ou acompanhante e explicar o procedimento que será realizado;
14. Colocar o paciente em posição confortável (sentado ou deitado);
15. Perguntar ao paciente se ele tem alergia à algum medicamento;
16. Escolher a veia ideal, garrotear, sem compressão exagerada, acima do local escolhido (aproximadamente 10 cm);
17. Pedir ao paciente para fechar a mão e manter o braço imóvel;
18. Realizar a antisepsia do local em sentido único com algodão embebido em álcool a 70%;
19. Com a mão não dominante, esticar a pele abaixo do local de aplicação, fixar a veia e segurar o algodão;
20. Introduzir a agulha na veia com o bisel voltado para cima, num ângulo de 25° a 45° e, após o refluxo de sangue na seringa, pedir para o paciente abrir a mão e com a mão não dominante retirar o garrote;
21. Administrar a medicação lentamente, observando possíveis reações do paciente;
22. Retirar o cateter após o término da medicação. Comprimir o local com algodão seco, sem massagear;
23. Observar o local da aplicação e colocar o curativo;
24. Descartar a agulha na caixa de perfurocortante (sem desconectar a agulha da seringa);
25. Orientar o paciente quanto aos efeitos colaterais, cuidados pós aplicação e liberá-lo;
26. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%;
27. Retirar as luvas de procedimento;
28. Higienizar as mãos;

29. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

Observações:

- Orientar o paciente a não realizar esforços com o membro em que recebeu a aplicação, por pelo menos uma hora.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

COREN. Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., 2017.

Procedimentos de enfermagem. Guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Administração de medicamentos por via retal	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Via de administração de medicamentos, que consiste na absorção de fármacos pela mucosa anal. É indicada quando há intolerância do usuário à medicação por via oral ou por outras impossibilidades (sondagem oral, presença de ferimentos na boca etc.). A medicação é formulada na forma de supositório e ou enema retal e aplicada no esfíncter anal interno ou reto.

Supositórios - são preparações farmacêuticas sólidas, que se fundem pelo calor natural do corpo, para ser introduzidas no reto, gerando amolecimento ou dissolução do fármaco.

Objetivos:

Padronizar a administração de medicamentos por via retal.

Materiais:

Luvas de procedimento; óculos; máscara; medicamento prescrito; avental descartável.

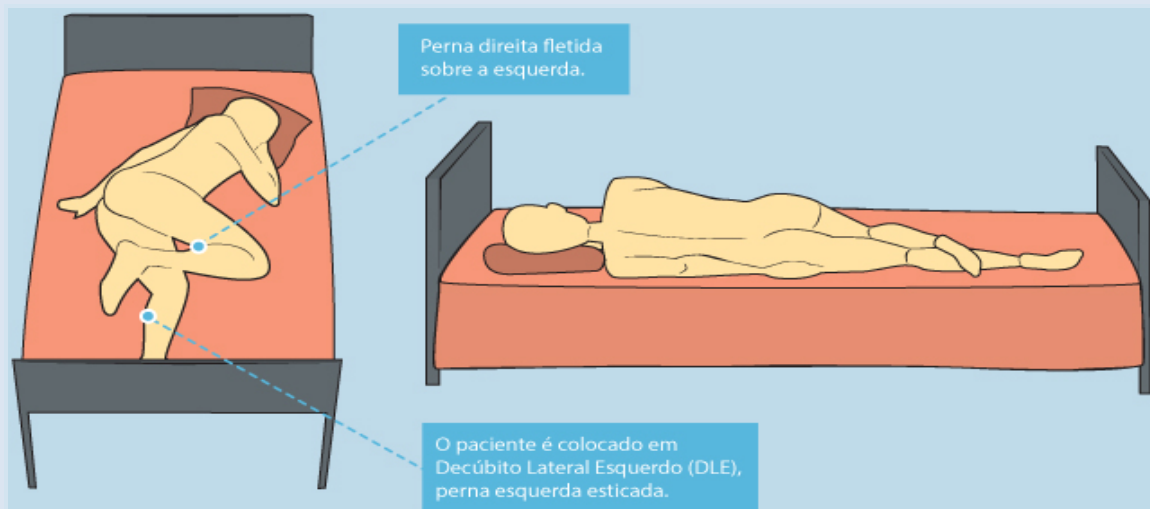
Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem
---------------------	---

Descrição Técnica:

1. Higienizar as mãos com água e sabão ou solução alcoólica;
2. Reunir material;
3. Separar medicamento do paciente, conferir: validade, dose e apresentação; Ler atentamente os medicamentos que devem ser administrados por via retal;
4. Explicar o procedimento ao paciente e/ou cuidador;
5. Calçar luvas de procedimento;
6. Solicitar ou auxiliar o paciente a se colocar em posição de SIMS;

POSIÇÃO DE SIMS



Fonte: (UNA-SUS UFPE, 2014)

7. Separar as nádegas com a mão não dominante e introduzir a extremidade afilada do medicamento prescrito no ânus do paciente com a mão dominante introduzindo o medicamento até a sua totalidade. Seguir as orientações da bula da medicação.
8. Orientar o usuário que respire lenta e profundamente pela boca, para facilitar o relaxamento da musculatura
9. Solicitar ao paciente que permaneça deitado por no mínimo cinco minutos para o efeito do medicamento;
10. Desprezar material em local adequado;
11. Descalçar as luvas desprezando em lixo;
12. Higienizar as mãos;
13. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

Observações:

- Em caso de resistência da aplicação interromper o procedimento e comunicar ao médico ou enfermeiro responsável.
- No caso de supositórios, orientar o paciente a aguardar o máximo de tempo que ele conseguir reter o medicamento, manter no ânus compressa de gaze, se necessário.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., 2017.

Limpeza de artigos médico-hospitalares	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

O processo de limpeza consiste na remoção de sujidade visível aderida nas superfícies, nas fendas, serrilhas, nas articulações e nos lumens de instrumentos, dispositivos e equipamentos, por meio de processo manual e mecânico utilizando detergente enzimático ou detergente neutro e água. A limpeza de artigos tem como finalidade reduzir o número de microrganismos e remover os resíduos (químicos, proteínas, sangue e endotoxinas) e outros fragmentos orgânicos que aderem ao lúmen e na superfície externa dos artigos. Após o processo de limpeza os artigos devem ser encaminhados para guarda, desinfecção ou esterilização de acordo com a sua classificação.

Classificação dos artigos:

Artigos Críticos: São aqueles que penetram em tecidos estéreis e possuem alto risco para infecção. Esses artigos devem ser esterilizados para uso. Nesta categoria estão incluídos os instrumentais cirúrgicos e odontológicos.

Artigos Semicríticos: São aqueles que entram em contato com membrana íntegra ou pele não íntegra, exigem desinfecção de alto nível. Exemplos: nebulizadores, umidificadores, inaladores, circuitos respiratórios e endoscópios.

Artigos Não Críticos: São artigos ou produtos destinados ao contato com pele íntegra e mesmo aqueles que não entram em contato com o paciente. Exigem processo de limpeza e/ou desinfecção de baixo nível entre um uso e outro. Exemplos: termômetro axilar, esfigmomanômetro, garrotes e comadres.

Objetivos:

- Padronizar a limpeza de todos os artigos médico hospitalares;
- Garantir o manuseio e utilização segura dos insumos para a saúde dos profissionais e para os pacientes diminuindo o risco de contaminação.

EPI:

Avental impermeável de manga longa; Luva grossa de borracha antiderrapante de cano longo; Luva de procedimento; Máscara; Óculos protetor; Gorro; Sapatos fechados.

Materiais:

Esponja não abrasiva; Escovas com cerdas macias de tamanhos diferentes; Baldes; Papel toalha; Recipiente plástico resistente a solução de detergente enzimático; Falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas; Lixeira com tampa acionada por pedal; Detergente enzimático ou detergente com PH neutro; Álcool 70%; Papel grau cirúrgico ou crepado; Seringa; Seladora; Saco plástico de lixo branco e preto; Caixa coletora de perfurocortante.

Conteúdo:**Responsável:**

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem

Descrição Técnica:

1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
2. Paramentar-se com os EPIs;
3. Iniciar a primeira lavagem com água fria;
4. Separar os artigos por tipo de instrumental, material plástico e borracha;
5. Diluir o detergente enzimático em quantidade suficiente para o banho de imersão dos produtos, conforme orientação do fabricante. A solução deve ser utilizada imediatamente após o preparo e não deve ser reutilizada, pois pode perder eficiência. Na falta de detergente enzimático, utilizar detergente com PH neutro. (Ver POP [Uso do detergente enzimático](#));
6. Desmontar todos os artigos e proceder à sua imersão em recipiente plástico transparente com detergente enzimático para evitar incrustação de matéria orgânica;
7. Imergir todo instrumental e outros materiais na solução detergente e injetar essa solução dentro dos lúmens com seringa, mantendo a solução em contato com os materiais;
8. Após o tempo de imersão (recomendado pelo fabricante) realizar limpeza mecânica manual por meio de escovas de cerdas macias (ex.: escovas tipo degermação da pele; escovas tipo dental);

9. Realizar limpeza e desinfecção das escovas e trocá-las quando estiverem em más condições;
10. Enxaguar abundantemente com água potável corrente, inclusive o lúmen do extensor do inalador, “chicote”;
11. Enxugar com falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas, inclusive externamente o extensor do inalador. Secar o lúmen do extensor, com fluxo de ar;
12. Verificar a presença de sujidade, separando os que não estiverem em condições de uso;
13. Embalar individualmente em grau cirúrgico ou papel crepado e selar as embalagens conforme POP [Preparo de materiais](#);
14. Não utilizar elástico para segurar as embalagens, pelo risco de comprometimento do processo de esterilização;
15. Guardar o material não crítico em local fechado, limpo e seco;
16. Encaminhar o material semi crítico para fazer desinfecção;
17. Encaminhar o material crítico para esterilização;
18. Descartar a solução de detergente enzimático, limpar as caixas e baldes de plástico com água e detergente e depois fazer desinfecção por fricção com álcool a 70%;
19. A bancada após a lavagem do material deve ser lavada com detergente e desinfetada por fricção com álcool a 70%;
20. Os resíduos devem ser segregados e acondicionados corretamente em sacos plásticos de acordo com os materiais, se infectante ou não, nunca ultrapassando 2/3 da capacidade, fechados com nó e levados ao local de guarda estipulado pela instituição;
21. O descarte do material biológico e perfurocortante deve ser realizado conforme POP [descarte de resíduos](#);
22. Após realizar limpeza dos materiais, anotar em planilha e livro próprio o procedimento realizado, carimbar e assinar.

Observação:

- Os materiais novos devem ser limpos antes do primeiro uso, obedecendo o mesmo rigor de limpeza e desinfecção;

- O material sujo precisa ser coberto durante o transporte para evitar contaminação do ambiente.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde. Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Produtos para Saúde (PPS). 4^a. ed. São Paulo: APECIH, 2021.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2^aed.. 2017.

Norma Regulamentadora nº32.

Uso do detergente enzimático	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

O detergente enzimático é um produto à base de enzimas, não esterilizante. É utilizado para limpeza, desincrustação e remoção de resíduos orgânicos através de imersão dos instrumentais e materiais ou utensílios.

Objetivos:

Padronizar os procedimentos de limpeza com o uso de detergente enzimático.

EPI:

Avental impermeável de mangas compridas; Luvas grossas de borracha de cano longo; Luvas de procedimento; Máscara; Óculos protetor; Gorro; Sapatos fechados.

Materiais:

Recipiente de plástico (preferencialmente transparente) com tampa; Papel toalha; Fita adesiva; Detergente enzimático; Escovas de acordo com o tipo de material.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Identificar o recipiente com fita adesiva com o nome do produto, data de validade, horário, nome e assinatura do profissional que fez o procedimento; 3. Paramentar-se com os EPIs; 4. Higienizar as mãos; 5. Colocar o detergente enzimático em recipiente de plástico; 6. Adicionar o detergente enzimático na quantidade orientada pelo fabricante para cada litro de água. A solução (água mais detergente enzimático) deve ser suficiente para cobrir o material a ser limpo; 7. O tempo de imersão varia conforme o fabricante para a remoção integral da carga orgânica; 	

8. Após a remoção da matéria orgânica de qualquer artigo com detergente enzimático, empregar o processo de limpeza mecânica e depois desinfecção ou esterilização conforme o artigo (crítico ou semicrítico).

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde. Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Produtos para Saúde (PPS). 4ª. ed. São Paulo: APECIH, 2021.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., 2017.

Norma Regulamentadora nº32.

Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de Práticas em Enfermagem Perioperatória e Processamento de Produtos para Saúde. 8ª ed. São Paulo-SP: SOBECC, 2021.

Desinfecção de artigos médico-hospitalares	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e</u>
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	<u>revisores</u> (pág.285)

Introdução

Desinfecção: é o processo de eliminação de microrganismos presentes em artigos e superfícies, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos. Possui um menor poder letal que a esterilização, pois não destrói esporos. A desinfecção é classificada em três níveis de ação: alto, intermediário e baixo.

A desinfecção pode ser:

Por meios físicos: A desinfecção pelo calor é considerada de alto nível, podendo ser utilizada em acessórios de assistência respiratória e outros utensílios, tais como: comadre, papagaio, bacias e jarros.

Por meio químico: A desinfecção por meio químico é realizada em materiais termossensíveis, que não suportam a exposição a temperaturas acima de 60 °C.

Classificação dos artigos:

Artigos Críticos: São aqueles que penetram em tecidos estéreis e possuem alto risco para infecção. Esses artigos devem ser esterilizados para uso. Nesta categoria estão incluídos, instrumentais cirúrgicos e odontológicos.

Artigos Semicríticos: São aqueles que entram em contato com membrana íntegra ou pele não íntegra; exigem desinfecção de alto nível. Exemplos: nebulizadores, umidificadores, inaladores, circuitos respiratórios e endoscópios.

Artigos Não Críticos: São artigos ou produtos destinados ao contato com pele íntegra e mesmo aqueles que não entram em contato com o paciente. Exigem processo de limpeza e/ou desinfecção de baixo nível entre um uso e outro. Exemplos: termômetro axilar, esfigmomanômetro, garrotes e comadres.

Soluções para desinfecção:

- **Ácido peracético 0,2%:** Imersão conforme a recomendação do fabricante.
- **Hipoclorito de sódio a 1%:** Imersão conforme recomendação do fabricante do produto; não diluir a solução e descartar a cada período de 6 horas;
- **Álcool a 70%:** Para artigos não críticos e para superfícies.

Objetivos:

Padronizar o procedimento de desinfecção, garantindo o manuseio e utilização segura dos insumos para a saúde dos profissionais e pacientes, diminuindo o risco de contaminação.

EPI:

Avental impermeável de manga longa; Luva grossa de borracha de cano longo; Luva de procedimento; Máscara; Óculos protetor; Gorro; Sapatos fechados.

Materiais:

- Recipiente plástico opaco resistente com tampa quando uso de hipoclorito a 1%;
- Recipiente plástico resistente com tampa para cada tipo de solução;
- Recipientes plásticos com tampa para armazenamento de materiais;
- Seringa;
- Solução química de ácido peracético 0,2%;
- Solução química de Hipoclorito de sódio à 1%;
- Falso tecido descartável e/ou papel absorvente;
- Fita reagente para controle da solução de ácido peracético;
- Falso tecido descartável ou papel absorvente;
- Caderno de controle do registro da fita reagente;
- Fita adesiva para identificação dos recipientes com soluções;
- Lixeira com tampa acionada por pedal.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos;2. Paramentar-se com os EPI;3. Utilizar recipiente plástico resistente, transparente e com tampa para as soluções. No caso de hipoclorito de sódio a 1% o recipiente deve ser opaco;4. Identificar os recipientes com rótulo com nome da solução (hipoclorito de sódio 1% ou ácido peracético 0,2%), data e horário do preparo, prazo de validade e assinatura do responsável pela diluição do produto;5. Após a limpeza mecânica, imergir o material na solução desinfetante (hipoclorito de sódio 1% ou ácido peracético 0,2%), acondicionando os materiais leves embaixo dos materiais mais pesados;	

6. Quando houver lúmen nos materiais, este deve ser preenchido com a solução desinfetante; recomenda-se utilizar uma seringa para este fim;
7. Após a desinfecção, enxaguar abundantemente os artigos com água corrente;
8. Secar utilizando ar comprimido os materiais com lúmen, falso tecido descartável ou papel absorvente e encaminhar para área limpa;
9. Inspecionar o material quanto à integridade, limpeza e funcionalidade separando os que não estiverem em condições de uso;
10. Transferir o material desinfetado para a área limpa (sala de preparo de materiais e esterilização), para ser embalado, rotulado e armazenado (Ver POP [Transporte, guarda e armazenagem de materiais e instrumentais limpos, desinfetados e esterilizados](#));
11. Limpar e desinfetar os baldes e caixas de plástico com água e sabão e depois fazer fricção com álcool a 70%;
12. Registrar o processo de desinfecção em documento específico, carimbar e assinar.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde. Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Produtos para Saúde (PPS). 4ª. ed. São Paulo: APECIH, 2021.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., 2017.

Norma Regulamentadora nº32.

ANVISA - RDC nº 306/2004.

Informe Técnico nº 40, COVISA. Central de Material, Limpeza, Desinfecção e Esterilização.

Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de Práticas em Enfermagem Perioperatória e Processamento de Produtos para Saúde. 8ª ed. São Paulo-SP: SOBECC, 2021.

Uso do hipoclorito de sódio 1%	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução

O hipoclorito a 1% é um desinfetante à base de cloro. Possui ação bactericida, atuando como elemento oxidativo em cadeias proteicas de microrganismos.

É indicado para desinfecção de artigos não críticos como: plásticos, borracha, máscara de inalação e chicotes, nebulizadores com traqueias e superfícies fixas não metálicas.

Objetivos:

Padronizar a utilização do Hipoclorito no processo de desinfecção.

EPI:

Avental impermeável de mangas compridas; Luvas grossas de borracha de cano longo; Luvas de procedimento; Máscara; Óculos protetor; Gorro; Sapatos fechados.

Materiais:

- Recipiente de plástico opaco com tampa para a solução de hipoclorito de sódio 1%;
- Fita adesiva para identificação dos recipientes plásticos.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Paramentar-se com os EPIs; 3. Colocar a solução de hipoclorito de sódio a 1% em recipiente grande de plástico opaco; 4. Não diluir a solução quando for à 1%; 5. Identificar o recipiente com etiqueta contendo o nome do produto, data da validade, horário da diluição/ativação, nome, carimbo e assinatura do profissional que fez o procedimento; 6. A solução de hipoclorito de sódio a 1% deve ser descartada a cada 6 horas; 7. Ler sempre as instruções do fabricante antes do uso de cada solução. 	

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde. Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Produtos para Saúde (PPS). 4^a. ed. São Paulo: APECIH, 2021.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2^aed., 2017.

Uso do ácido peracético 0,2%	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

É uma solução para desinfecção química de alto nível, de ação rápida de artigos médico-hospitalares semi críticos (aqueles que entram em contato com pele não íntegra ou com mucosas), por meio de imersão.

Objetivos:

Proceder à desinfecção de materiais de saúde prevenindo infecções.

EPI:

Avental impermeável longo de mangas compridas; Luvas grossas de borracha de cano longo; Luvas de procedimentos; Máscara; Óculos protetor; Gorro; Sapatos fechados.

Materiais:

Recipiente grande de plástico com tampa de uso exclusivo para essa solução química; Solução de ácido peracético 0,2%; Falso tecido descartável; Fita reagente para controle da solução; Fita adesiva para identificação dos recipientes plásticos; Planilha de controle do registro da fita reagente.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Paramentação com os EPI; 3. Abrir o frasco do produto e adicione o sachê inibidor de corrosão, homogeneizar até que desapareçam todos os grumos, transferir a solução para o recipiente plástico transparente com tampa em quantidade suficiente para cobrir todo material a ser desinfetado; 4. O tempo de imersão dos artigos é de 10 a 30 minutos ou de acordo com a orientação do fabricante; 	

5. Identificar o recipiente com etiqueta com nome do produto, data do preparo, validade do produto ativo (conforme orientação do fabricante), nome do profissional (carimbo e assinatura) de quem fez o procedimento;

[Modelo de etiqueta para o recipiente](#)

6. Monitorar e validar a concentração do ácido peracético diariamente, por meio da fita teste específica, conforme orientações do fabricante;
7. Imergir a fita teste na solução de ácido peracético, aguardar 30 segundos (ou conforme orientação do fabricante) e após fazer a validação com a legenda contida no frasco e anotar na planilha de controle diária do ácido peracético;

[Modelo de controle diário do Ácido Peracético](#)

8. Trocar a solução ao término da validade (30 dias ou conforme orientação do fabricante), ou antes, se o controle diário do ácido peracético der não conforme (concentração de ácido peracético estiver menor que 0,2%), medida por meio de fita teste específica. Caso ocorra essa necessidade de troca, comunicar ao enfermeiro responsável;
9. Antes do uso leia atentamente as instruções no rótulo do produto;
10. Descartar a solução conforme a indicação da fita reagente e a recomendação do fabricante.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde. Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Produtos para Saúde (PPS). 4^a. ed. São Paulo: APECIH, 2021.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2^aed., 2017.

Limpeza e desinfecção de material respiratório	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A limpeza de materiais consiste em reduzir a carga microbiana, remover a sujidade visível aderida à superfície dos materiais, fendas, lumens, dispositivos e equipamentos, por meio de processo manual ou mecânico utilizando água e detergente.

A desinfecção é o processo de eliminação de microrganismos presentes em artigos e superfícies, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos, com menor poder letal que a esterilização, pois não destrói esporos.

Objetivos:

- Padronizar a limpeza e desinfecção dos materiais respiratórios, garantindo o manuseio e utilização segura dos insumos para a saúde dos profissionais e pacientes.

EPI:

Avental impermeável longo e de mangas compridas; Luvas grossas de borracha de cano longo; Luva de procedimento; Máscara; Óculos protetor; Gorro; Sapatos fechados.

Materiais:

- Recipiente plástico grande transparente com tampa para o material limpo;
- Recipiente plástico grande transparente com tampa para o detergente enzimático;
- Recipiente plástico grande transparente com tampa para ácido peracético a 0,2%;
- Recipiente plástico grande opaco com tampa para o hipoclorito de sódio a 1%;
- Álcool a 70%;
- Solução de hipoclorito de sódio a 1%;
- Solução de ácido peracético a 0,2%;
- Detergente enzimático ou detergente com PH neutro;
- Falso tecido descartável ou papel toalha absorvente que não solte partículas;
- Esponja não abrasiva;
- Escovas de tamanhos diferentes.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

Limpeza:

1. Separar todos os materiais a serem desinfectados em seu respectivo recipiente fechado e encaminhá-los à área suja (expurgo);
2. Higienizar as mãos;
3. Paramentar-se com os EPI;
4. Identificar o recipiente com o nome da solução que será utilizada (detergente enzimático ou detergente com PH neutro), data de validade, carimbo e assinatura;
5. Imergir o material respiratório no detergente enzimático e deixar por tempo determinado, conforme orientação do fabricante;
6. Na falta do detergente enzimático, utilizar o detergente com PH neutro e realizar a lavagem minuciosa do equipamento;
7. Após o tempo de imersão, lavar o material com esponjas ou escovas macias;
8. Enxaguar os materiais respiratórios em água corrente;
9. Realizar secagem rigorosa com tecido absorvente ou papel toalha dos materiais para não diluir o desinfetante.
10. Encaminhar os materiais para a desinfecção.

Obs.: Os materiais devem estar totalmente limpos e secos antes de serem imersos na solução desinfetante.

Desinfecção:

1. Identificar o recipiente com o nome da solução que será utilizada (ácido peracético ou hipoclorito), data de validade, carimbo e assinatura;
2. Inspeccionar o material quanto à integridade, limpeza e funcionalidade;
3. Imergir o material na solução química:
 - Hipoclorito de sódio 1% por 30 minutos. Não diluir a solução de hipoclorito de sódio a 1% e descartar a cada 6 horas (Ver POP [Uso do hipoclorito de sódio 1%](#));
 - Ácido peracético, imergi-lo de 10 a 30 minutos, conforme recomendação do fabricante. A solução deve ser desprezada a cada 30 dias ou quando o teste de eficácia mostrar níveis de concentrações abaixo do indicado na fita teste (Ver POP [Uso do ácido peracético 0,2%](#));

4. Controlar os horários de início e término do processo;
5. Enxaguar abundantemente, inclusive o lúmen do extensor do inalador;
6. Imergir em água potável por 30 minutos com objetivo de amenizar a impregnação do odor característico do agente químico;
7. Enxugar com falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas;
8. Depois de limpo e seco, embalar em saco plástico e selar;
9. Identificar a embalagem com rótulo (etiqueta) contendo as seguintes informações: data da desinfecção, nome do material, nome do profissional que realizou o processamento do material, data de validade (até 6 meses), conforme modelo abaixo:

Modelo de rótulo material desinfectado

10. Encaminhar os materiais para os setores;
11. Descartar as soluções químicas, limpar e desinfetar os baldes ou recipientes de plástico após o término do período com água e detergente e depois fazer fricção com álcool a 70%;
12. A bancada após lavagem e desinfecção do material deve ser lavada com detergente e desinfetada com álcool a 70%;
13. Registrar o processo de desinfecção em livro / planilha específica.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde. Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Produtos para Saúde (PPS). 4ª. ed. São Paulo: APECIH, 2021.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., 2017.

Norma Regulamentadora nº32.

Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de Práticas em Enfermagem Perioperatória e Processamento de Produtos para Saúde. 8ª ed. São Paulo-SP: SOBECC, 2021.

Limpeza, desinfecção e troca de escovas na CME	POP Procedimento Operacional Padrão	
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Elaboração: Gabriel Aparecido de Paula	Validação: Juliana Cajado Gabriel

Introdução:

Um adequado controle das escovas e esponjas utilizadas na Central de Material e Esterilização (expurgo) visa manter a efetividade do processo de limpeza dos produtos para a saúde

Objetivos:

Padronizar a realização do controle, limpeza, inspeção e troca das escovas e esponjas na CME

EPI:

Luvas de borracha (cano longo); Avental impermeável; Máscara; Gorro; Óculos de proteção ou máscara facial.

Materiais:

Escova para limpeza de escovas; Recipiente para imergir as escovas; Detergente enzimático ou neutro; Ácido Peracético.

Conteúdo:

Responsável: Enfermeiros, Técnicos, Auxiliares de Enfermagem, Odontólogos, Técnicos de Saúde Bucal e Auxiliares de Saúde Bucal.

Descrição Técnica:

1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou solução alcoólica;
2. Paramentar-se com os EPIs - Máscara, óculos de proteção ou máscara facial, gorro, luva de borracha (cano longo), avental impermeável manga longa;
3. Inspeccione visualmente as escova, observando o desgaste e o estado de conservação das cerdas das escovas.
4. Se as cerdas estiverem desgastadas, deformadas ou danificadas, substitua a escova por nova, garantindo a efetividade do atrito para a remoção de sujidades.
5. Separe as escovas usadas em recipiente adequado;

6. Coloque as escovas na solução de detergente enzimático, submergindo-as completamente, deixe pelo tempo recomendado (POP [uso de detergente enzimático](#));
7. Com luvas, retire as escovas da solução e segure-as sob água corrente para remover o excesso de detergente e sujidades soltas;
8. Utilize escova própria para limpeza de escovas com cerdas macias para escovar suavemente as cerdas das escovas, removendo quaisquer resíduos remanescentes. Certifique-se de limpar todas as áreas das cerdas, incluindo a base.
9. Enxague as escovas sob água corrente para remover o detergente e os resíduos soltos.
10. Submerja as escovas em Ácido Peracético pelo tempo recomendado pelo fabricante.
11. Retire as escovas, enxague em água corrente e seque-as.
11. Após a limpeza, coloque as escovas em um local limpo e seco para secarem completamente antes de serem armazenadas. Certifique-se de que as escovas estejam suspensas para permitir que o ar circule livremente ao redor delas.
12. Após a secagem completa, armazene as escovas em recipiente limpo e protegido contra poeira e contaminação até o próximo uso.
13. Higienize suas mãos com gel alcoólico ou com água e sabão líquido;
14. Registre a lavagem das escovas em planilha de higienização das escovas;

Planilha de limpeza e desinfecção das escovas

15. Quando substituir escovas, registre em planilha específica.

Observações:

- As escovas devem ser substituídas, mesmo quando visivelmente conservadas, a cada 30 dias ou conforme recomendação do fabricante.

Referências complementares:

ANVISA. RDC nº 15, de 15 de março de 2012.

Manual Técnico: procedimento e legislação para risco biológico - Biossegurança na saúde nas UBS. 2a. ed. SMS-SP, atualizado em 2017.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2a ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

<p>Limpeza e desinfecção das caixas da Central de Material e Esterilização (CME)</p>	<p>POP Procedimento Operacional Padrão</p>	
<p>Área de Responsabilidade Técnica Assistencial</p>	<p>Elaboração: Gabriel Aparecido de Paula</p>	<p>Validação: Juliana Cajado Gabriel</p>

1. Introdução

As caixas utilizadas na CME devem ser limpas e desinfetadas rotineiramente, de acordo com estabelecido neste Procedimento Operacional Padrão, garantindo a segurança do processo.

2. Objetivo:

Orientar a limpeza e desinfecção das caixas utilizadas na CME

3. EPI:

Luvas de procedimento; Jaleco; Máscara; Óculos de proteção S/N.

4. Materiais:

Solução de Álcool 70%; Solução desinfetante disponível (ex.: Labseptic); Papel toalha; Sacos de lixo; Panos; Sabão líquido.

5. Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

As caixas usadas no transporte de materiais sujos/contaminados até o expurgo devem ser limpas após o uso. As caixas utilizadas para armazenamento dos materiais processados/limpos, devem ser limpas semanalmente, quando ocorrer a limpeza terminal da enfermagem.

Lavagem da caixa

- 1- Reunir todo o material necessário para o procedimento;
- 2- Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
- 3- Calçar as luvas de procedimento;
- 4- Certifique-se de que a caixa esteja vazia, sem nenhum material em seu interior;

5- Realizar a lavagem da caixa com água corrente e sabão ou detergente neutro. Use a escova para retirar as sujidades visíveis;

6- Seque a caixa com uso de papel toalha ou TNT (tecido não tecido);

Desinfecção

7- Após a Lavagem, realizar a desinfecção com papel toalha umedecido em álcool à 70% em toda a caixa, obedecendo a técnica do mais limpo para o mais sujo.

8- Realizar a fricção mecânica com álcool 70%, no mínimo três vezes, deixando secar entre uma fricção e outra, executando a técnica com movimentos firmes e em uma só direção;

9- Retirar as luvas e descartar no lixo infectante;

10- Higienizar as mãos;

11- Organizar o ambiente.

Limpeza e desinfecção concomitantes das caixas

Existem desinfetantes que realizam **limpeza e desinfecção** concomitantemente, como é o caso dos limpadores e desinfetantes quaternários de Amônio, Biguanida e EDTA (exemplo: Labseptic). Nesses casos não há a necessidade de se realizar a limpeza e a desinfecção em momentos distintos.

1- Reunir todo o material necessário para o procedimento;

2- Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;

3- Calçar as luvas de procedimento;

4- Umedecer pano com o produto saneante;

5- Realizar a limpeza/desinfecção interna da caixa, seguindo a técnica do mais limpo para o mais sujo em movimento unidirecional;

6- Realiza a limpeza/desinfecção externa da caixa, seguindo a técnica do mais limpo para o mais sujo em movimento unidirecional;

7- Retirar as luvas e descartar no lixo infectante;

8- Higienizar as mãos;

9- Organizar o ambiente.

Observações:

- Na presença de matéria orgânica em grande quantidade ou ressecada, repetir a operação até remoção completa da carga orgânica.
- Seguir as recomendações do fabricante do produto saneante.

Referências complementares:

Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies da ANVISA. Atualizado em 26/10/2020.

BASSO, M; ABREU, E.S. Limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares e antisepsia. p.18-33. 2a. ed. São Paulo: APECIH, 2004.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2a ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Manual Técnico: procedimento e legislação para risco biológico - Biossegurança na saúde nas UBS. 2aed. SMS-SP, atualizado em 2017.

LabNews. Labseptic Spray Espuma. disponível em <https://www.labnews.ind.br/produtos/labseptic-spray-espuma.html>

Preparo de material após limpeza para esterilização	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

O preparo, que é constituído por uma inspeção criteriosa da limpeza e da funcionalidade dos materiais, é um dos pontos críticos para que o material possa ser reutilizado, pois resíduos orgânicos e inorgânicos podem impedir o contato do agente esterilizante. Após a inspeção, os materiais precisam ser embalados para garantir a manutenção da esterilidade ao usuário final.

Objetivos:

Padronizar a disponibilização de artigos prontos para a esterilização.

EPI:

Luvas de procedimento; Gorro; Avental; Máscara; Sapatos fechados.

Materiais:

Papel grau cirúrgico; Papel crepado (plano de contingência para falta de papel cirúrgico); Indicador químico externo (fita adesiva “zebrada”); Indicador químico interno (integrador químico); Seladora, Recipiente plástico com tampa.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Odontólogos, Técnicos de Saúde Bucal e Auxiliares de Saúde Bucal.

Descrição Técnica:

Técnica De Empacotamento em Papel Grau Cirúrgico:


1. Utilizar o papel grau cirúrgico em tamanho adequado ao material, observando a data de validade (data de limite de uso) do mesmo;
2. Colocar o material a ser esterilizado dentro do papel grau cirúrgico;



3. Colocar integrador químico interno nos pacotes;
4. Realizar a selagem. A selagem de embalagens tipo envelope ou rolo deve ser feita por termo selador, no selamento deverá ser deixada uma borda livre (no mínimo 3cm da borda) com uma largura de 1cm de selagem, para facilitar a abertura, assim como deve ser íntegra, contínua, sem pregas e rugas;



5. Em caso de material que apresente risco de perfuração ou rasgo da embalagem, usar embalagem secundária (grau cirúrgico) para proteção do material. Colocar a embalagem primária (menor) de forma que a face plástica esteja voltada para a face plástica da embalagem secundária, permitindo a visualização do produto. Manter na dupla embalagem, ambos os invólucros com o mesmo sentido da indicação da seta de abertura, para não comprometer abertura asséptica e ocasionar liberação de fibras no material estéril;
6. Identificar o material na borda livre (etiqueta ou carimbo com tinta atóxica) contendo as informações: nome do material, lote, data de esterilização, prazo de validade e nome do responsável;

	Unidade:
	ESTERILIZAÇÃO A VAPOR
Material	
Lote	
Data	
Data limite de uso	
Assinatura e carimbo do responsável pelo preparo	

A identificação poderá ser feita de duas maneiras:

A - **com etiqueta** contendo o nome do material, lote, data da esterilização, prazo de validade e nome do responsável.

B - **com carimbo** com tinta atóxica contendo o nome do material, lote, data da esterilização, prazo de validade e nome do responsável.

A identificação com carimbo ou etiqueta deve ser feita na área livre do pacote (borda), de modo a não colocar em risco a integridade da embalagem onde o produto esterilizado está acondicionado.

6. Encaminhar os artigos para autoclavagem em recipiente plástico com tampa (Ver POP [Esterilização de artigos médico-hospitalares](#)).

IMPORTANTE:

- O prazo de validade deverá ser de até 30 dias para o uso do papel grau cirúrgico e de 7 dias para papel crepado (plano de contingência).
- A validade dos materiais esterilizados está diretamente ligada à integridade da embalagem, devendo-se acondicioná-los em local limpo, seco, protegido da luz solar direta e sem compactar os materiais.

ORIENTAÇÕES PARA O USO DO LOTE PARA MATERIAIS DA ESTERILIZAÇÃO

O lote deverá seguir a seguinte estrutura/ordem:

- A primeira letra é a inicial da Regional (S - SUL, O - Oeste, N - Norte);
- Seguida pelas iniciais do nome da UBS;
- Seguido pela data da esterilização, com seis dígitos (ex.: 060723).
- Finalizando com o número do ciclo daquele dia, com dois dígitos.

Exemplo: material esterilizado na Regional **Sul**, na UBS **Vila Linda**, no dia **06.07.23**, no **01**º ciclo do dia - lote **SVL06072301**

Rastreo dos Materiais Esterilizados Utilizados nos Atendimentos aos Pacientes

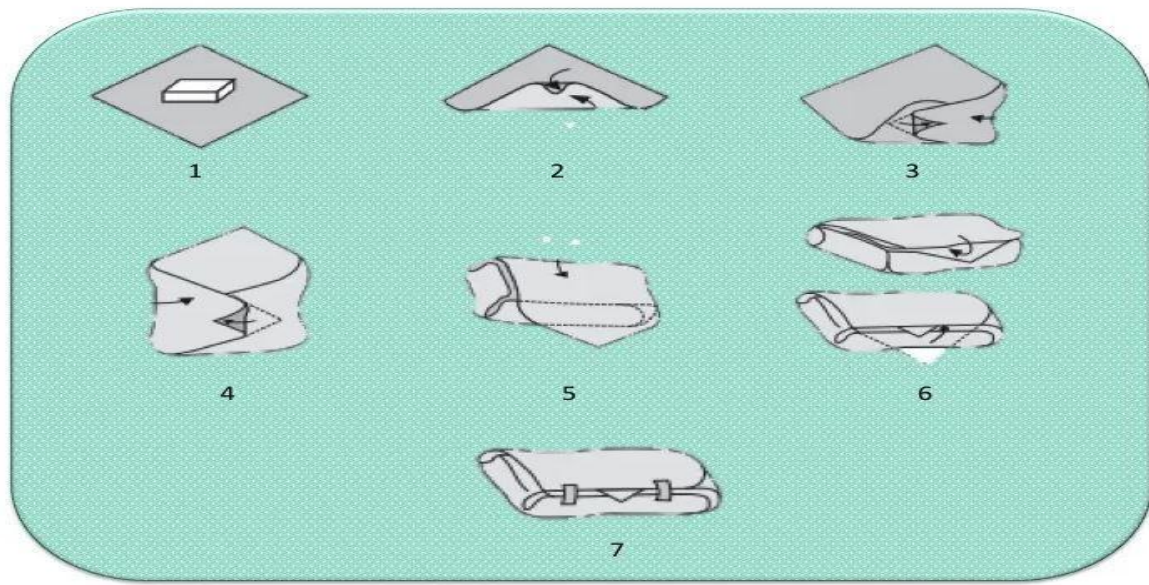
Todo material esterilizado utilizado deve ser rastreável, devendo-se registrar em planilha específica seu uso, garantindo, em caso de necessidade, o rastreo do processo de esterilização do material. Portanto, ao utilizar uma pinça esterilizada para a realização de curativo, o profissional deverá registrar em planilha específica:

- [Planilha de controle de materiais utilizados \(Enfermagem, Médicos\)](#)
- [Planilha de controle de materiais utilizados - Odontologia](#)

PLANO DE CONTINGÊNCIA - FALTA DE PAPEL GRAU CIRÚRGICO

Na falta do papel grau cirúrgico, utilizar papel crepado, seguindo os passos:

1. Colocar o campo de papel crepado em posição diagonal sobre a bancada, colocando o material no centro do campo;
2. Colocar integrador químico interno nos pacotes;
3. Pegar a ponta voltada para o operador e cobrir o material, fazendo uma dobra externa na ponta;
4. Pegar uma das laterais do campo e trazer sobre o objeto a ser empacotado, fazendo uma dobra externa na ponta;
5. Repetir o procedimento com a outra lateral;
6. Completar o pacote trazendo a ponta restante sobre o objeto, finalizando o envelope, fazendo uma prega na ponta;
7. Fechar o pacote com Indicador químico externo (fita adesiva “zebrada”);
8. Identificar a fita da embalagem com nome do produto, número do lote, data de esterilização, prazo de validade e assinatura.
9. Encaminhar os artigos para autoclavagem em recipiente plástico com tampa (Ver POP [Esterilização de artigos médico-hospitalares](#)).



A validade dos materiais esterilizados com a utilização do papel crepado é de 07 dias.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., 2017.

Norma Regulamentadora nº32.

Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de Práticas em Enfermagem Perioperatória e Processamento de Produtos para Saúde. 8ª ed. São Paulo-SP: SOBECC, 2021.

Esterilização de artigos médico-hospitalares	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e</u>
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	<u>revisores</u> (pág.285)

Introdução:

A esterilização é o processo que promove a completa destruição de toda a forma de vida: vírus, bactérias, fungos, protozoários e esporos.

A esterilização por vapor saturado é o procedimento de esterilização de artigos realizados em autoclaves que oferece maior segurança.

Autoclave a vapor: o processo baseia-se na transformação das partículas de água em vapor. A atividade esterilizante tem como princípio a morte celular pela coagulação das proteínas por meio do calor, de modo que os microrganismos percam suas funções.

Monitoramento da Autoclave:

- Utilizar o integrador químico em todos os pacotes a serem esterilizados. No caso de falta desse insumo, realizar o monitoramento através de **1 pacote por carga**;
- Uma vez ao dia, na primeira carga, realizar o monitoramento biológico em pacote desafio com Indicador Biológico (Ver POP uso do indicador biológico);
- Realizar o monitoramento físico da autoclave, registrando a temperatura atingida, na primeira carga do dia.

Objetivos:

Padronizar o processo de esterilização dos artigos médico hospitalares.

EPI:

Luvas de procedimento; Gorro; Avental; Máscara; Sapatos fechados.

Materiais:

Detergente neutro; Artigos empacotados; Indicador biológico; Caderno de registro do controle de esterilização.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Odontólogos, Técnicos de Saúde Bucal e Auxiliares de Saúde Bucal.

Descrição Técnica:

1. Checar a autoclave quanto ao funcionamento elétrico e reservatório de água;
2. Higienizar as mãos e paramentar-se com os EPI;
3. Proceder a limpeza interna e externa da câmara com água e detergente neutro, removendo o resíduo do detergente com pano umedecido com água;
4. Verificar as condições das embalagens: não devem apresentar umidade, manchas, sujidade, selagem inadequada ou rompida, rasgos, dobras ou amassamentos;
5. Dispor os pacotes dentro da câmara, deixando espaço entre eles para facilitar a circulação do vapor;
6. Ordenar os pacotes mais pesados embaixo;
7. Utilizar até 70% da capacidade da autoclave, deixando as paredes da câmara livres;
8. Colocar o pacote desafio com indicador biológico diariamente no 1º ciclo do dia (Ver POP Uso do indicador biológico), nas demais cargas, fazer um pacote desafio com integrador químico;
9. Ligar o aparelho e escolher o ciclo conforme instruções do fabricante, que devem estar afixadas em local de fácil acesso;
10. Aguardar o ciclo de esterilização, observando se a temperatura e pressão corretas foram atingidas;
11. Ao término do ciclo, após o manômetro ter indicado ausência total de pressão, entreabrir a porta da autoclave e esperar por 10 minutos para a saída do vapor;
12. Após este período retirar o material e higienizar as mãos;
13. Não colocar os pacotes quentes em superfícies frias, para evitar a condensação do vapor que ainda resta dentro deles;
14. Aguardar o total resfriamento dos materiais, checar a integridade das embalagens, presença de manchas e ausência de umidade nos pacotes;
15. Registrar na planilha de controle de materiais esterilizados: os produtos esterilizados, a data, horário e o lote.
16. Grampear o integrador químico do pacote desafio na planilha de controle de materiais. Carimbar e assinar.

[Planilha de controle dos materiais esterilizados](#)

17. Encaminhar os materiais para seus devidos setores.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde. Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Produtos para Saúde (PPS). 4^a. ed. São Paulo: APECIH, 2021.

Informe Técnico nº 40, COVISA. Central de Material, Limpeza, Desinfecção e Esterilização.

Norma Regulamentadora nº32.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2^aed., 2017.

Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de Práticas em Enfermagem Perioperatória e Processamento de Produtos para Saúde. 8^a ed. São Paulo-SP: SOBECC, 2021.

Transporte, guarda e armazenagem de materiais e instrumentais limpos, desinfetados e esterilizados	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

O transporte, guarda e armazenagem de materiais e instrumentais limpos, desinfetados e esterilizados é parte fundamental do processo. Qualquer falha nesta etapa pode tornar o material inadequado para uso.

Objetivos:

Padronizar a guarda, armazenagem e transporte dos materiais.

EPI:

Luva de procedimento; Avental; Máscara.

Materiais:

Caixas plásticas com tampa; Álcool 70%; Mesa auxiliar; Compressas.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Odontólogos, Técnicos de Saúde Bucal e Auxiliares de Saúde Bucal.
---------------------	---

Descrição Técnica:

1. Higienizar as mãos;
2. Realizar desinfecção da caixa de transporte e mesa auxiliar com álcool 70% e aguardar secagem;
3. Acondicionar os materiais e instrumentais limpos, desinfetados e esterilizados na caixa de transporte de forma organizada e tampá-la;
4. Sempre que possível utilizar mesa auxiliar para realizar o transporte dos materiais processados na sala de esterilização até o local destinado ao uso;
5. Fazer a distribuição dos artigos aos setores de destino: sala de procedimentos, curativo, sala de inalação, odontologia etc.;
6. Realizar a transferência dos materiais para os armários de armazenamento, certificando as condições do armário, verificando as condições de integridade da embalagem dos

produtos previamente estocados, removendo para reesterilização os que estiverem inadequados ou com data de validade vencida;

7. A limpeza terminal dos armários deverá ser realizada semanalmente no mesmo dia de limpeza terminal da sala e setor onde estão localizados;

Observações:

- Itens embalados e estocados adequadamente mantêm-se com a esterilidade preservada pelo período de validade, desde que nenhum evento afete a condição da integridade (ex. cair no chão, ser apertado com elástico, molhar etc.).
- A validade dos materiais esterilizados é de:
 - Até 30 dias para embalagem **papel grau cirúrgico**
 - Até 07 dias para embalagem **papel crepado**

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., 2017.

Monitoramento químico, físico e biológico da Autoclave	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

O monitoramento da autoclave deve ser realizado diariamente, na primeira carga do dia, garantindo a efetividade do processo de esterilização.

Na Unidade Básica de Saúde esse monitoramento é feito por meio de pacote desafio, com uso do integrador químico, do indicador biológico e do registro do pico de temperatura atingido no ciclo da autoclave (monitoramento físico).

O monitoramento biológico é realizado através de indicador biológico - IB que tem forma de tubete contendo uma tira de papel com uma população microbiana mínima de cem mil esporos secos de *Geobacillus stearothermophilus*. Este processo é indispensável para garantia da qualidade do processamento do material esterilizado, além de ser um dado valioso porque é um indicador direto da letalidade do ciclo de esterilização.

Objetivos:

Padronizar o monitoramento da funcionalidade plena da autoclave e da incubadora, validando biologicamente o processo de esterilização.

EPI:

Luvas de procedimento; Gorro; Avental; Máscara; Sapatos fechados.

Materiais:

Incubadora; 1 ampola teste (ampola que será autoclavada) e 2 ampolas controles (ampolas que não serão autoclavadas); Papel grau cirúrgico ou papel crepado; Seladora; Indicador químico externo (fita zebrada); Integrador químico; Fita crepe; Caderno de registro de monitoramento químico, físico e biológico.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Odontólogos, Técnicos de Saúde Bucal e Auxiliares de Saúde Bucal.

Descrição Técnica:

1. Higienizar as mãos;
2. Paramentar-se com os EPIs;
3. Ligar a incubadora com antecedência mínima de 1 hora;
4. Identificar o indicador biológico (ampola teste), com data, hora do processamento e lote;
5. Montar o pacote desafio, ou seja, embalar a ampola teste com grau cirúrgico ou papel crepado e colocar o integrador químico no pacote. Lacrar com fita zebra se embalado com papel crepado ou selar se embalado em papel grau cirúrgico;
6. Colocar o pacote desafio entre a carga que será esterilizada;
7. Iniciar o ciclo de esterilização;
8. Ao final do ciclo, abrir a autoclave e esperar esfriar por 10 minutos. Retirar o pacote desafio e observar se a fita da etiqueta do indicador biológico (ampola teste) mudou da cor rosa para marrom;
9. Abrir o pacote, retirar o integrador químico e grampear no livro de registro de controle de resultados do indicador biológico;
10. Colocar o indicador biológico (ampola teste) **autoclavado** no compartimento específico da incubadora para quebrar a ampola interna. Esta permanecerá por 48 horas para validação do processo;



11. Separar uma segunda ampola (**não processada**). Identificar com data, número do ciclo, hora e assinatura, quebrar a ampola no local indicado e deixar na incubadora por 24 horas, como controle positivo;
12. No dia seguinte, após 24 horas, repita o procedimento para outra ampola (2º ampola não processada com controle positivo para as 24 horas restantes);

13. Manter a incubadora com a tampa fechada para garantir a temperatura do processo de incubação.

12 e 24 horas após o início da incubação:

A leitura da ampola teste e controle devem ser simultâneas. Mas até chegar às 48h as ampolas devem ser supervisionadas, verificando em 12h, 24h e 48h se houve crescimento bacteriano.

48 horas após o início da incubação:

1. Retirar a ampola autoclavada da incubadora e observar se mantém a cor roxa. Isto significa que não ocorreu crescimento bacteriano (resultado negativo). Retirar a etiqueta do tubete e colar no caderno de registro - resultado negativo;
2. Retirar a ampola não autoclavada (ampola controle) da incubadora e observar a evolução para cor amarela. Isto significa que houve crescimento bacteriano (resultado positivo). Retirar a etiqueta do tubete e colar no caderno de registro – resultado positivo;
3. Registrar os resultados no livro de controle de indicador biológico (as etiquetas das ampolas teste e controle deverão ser retiradas dos tubetes e coladas no livro);
4. Os indicadores biológicos utilizados deverão ser descartados em caixas perfuro cortantes;

Observação: O tempo de leitura do indicador biológico pode ser diferente, de acordo com o fabricante. Consultar e seguir as orientações do manual.

Atenção:

- Não deixe de fazer a anotação na ampola antes de colocá-la na incubadora.



- Observe sempre a mudança da cor rosa para marrom na etiqueta da ampola auto clavada.



- É imprescindível que a ampola seja quebrada no momento exato do início da incubação.



- Antes de finalizar o processo, observe se a coloração está adequada.



- O registro deve ser realizado no impresso de controle específico, preenchendo todos os campos e indicando teste positivo e/ou negativo.

Modelo para monitoramento da Autoclave

Associação Saúde da Família		MONITORAMENTO DA AUTOCLAVE (QUÍMICO, FÍSICO E BIOLÓGICO)								CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE	
Data	Nome do operador	Temperatura da autoclave	Nº do ciclo	Hora de início da incubação	Rótulo da ampola Attest piloto	Resultado +/-	Rótulo da ampola Attest processada	Resultado +/-	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Integrador químico	
					1	24hrs ()		24hrs ()			
					2	48hrs ()		48hrs ()			
					1	24hrs ()		24hrs ()			
					2	48hrs ()		48hrs ()			

Atenção:

Os materiais esterilizados devem ficar segregados até a leitura final dos indicadores biológicos, podendo serem utilizados após leitura final negativa da ampola processada e positiva das ampolas não processadas. Qualquer alteração nas cores dos tubetes impedirá a utilização do material e deverá ser comunicada imediatamente ao enfermeiro responsável, para que medidas cabíveis sejam adotadas.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

ATTEST. Controle de resultados e manual de procedimentos do indicador biológico Attest 1262 - 3M®.

ANVISA. Resolução RDC 15.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ªed., 2017.

Autoclave inoperante	POP Procedimento Operacional Padrão	
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Elaboração: Gabriel Aparecido de Paula	Validação: Juliana Cajado Gabriel

Objetivo:

Garantir o fornecimento de instrumentais esterilizados para a continuidade da assistência à saúde do usuário.

Conteúdo:

Responsável	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Dentistas, Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal
--------------------	--

Descrição Técnica:

- Registrar a inoperância da autoclave em livro de ocorrência;
- Seguir fluxo de solicitação de manutenção corretiva com abertura de ordem de serviço;
- Fazer contato com o escritório ASF Regional no telefone _____ e falar com o apoiador responsável que definirá o serviço para qual os materiais serão encaminhados para esterilização;
- Definido o local, encaminhar e-mail para _____, com cópia para o apoiador de referência da unidade, agendando o carro para a retirada do material e seu retorno;
- Lavar, secar, embalar e rotular todo material a ser encaminhado.

Observação:

- A data da esterilização e validade deve ser colocada na Unidade que realizará a esterilização, no momento de carregar a autoclave;
- Relacionar os materiais em formulário de controle.

Controle de materiais enviados para esterilização externa

- Acondicionar o material em caixa plástica fechada, identificada com o nome da UBS;
- Encaminhar para o serviço indicado, com o acompanhamento de um profissional responsável da equipe de enfermagem ou odontologia;
- Segregar o material na Unidade que realizou a esterilização até a liberação para uso, após leitura final do Indicador Biológico;

- Após a liberação para uso, retornar o material para a unidade que solicitou a esterilização, em caixa fechada e identificada, com o controle de materiais preenchido e a cópia do processo de validação da autoclave (controle biológico, químico e físico);
- O profissional da unidade solicitante ao receber os materiais esterilizados faz a conferência, de acordo com a lista enviada;
- Anexar a cópia ao controle e arquivá-la na unidade.

Observações:

- No caso da Unidade que realizou a esterilização possuir o IB de leitura rápida (3 horas) e a leitura já tiver sido realizada, trazer cópia do processo de validação (controle da autoclave) e liberar o material para uso.

Referências complementares:

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2a ed. - Atenção Básica/SMS-SP. 2017.

Descarte de resíduos	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Resíduo hospitalar é todo tipo de lixo proveniente do atendimento a pacientes, materiais descartados por farmácias, hospitais, clínicas, postos de saúde, estúdios de tatuagem, laboratórios de análises clínicas e demais organizações que produzem quaisquer tipos de resíduos contendo secreções ou contaminações com restos cirúrgicos humanos ou animais ou de qualquer estabelecimento de saúde.

De acordo com a RDC nº 222/2018, os resíduos hospitalares são classificados como:

Grupo A (potencialmente infectantes): resíduos com possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou conservação, pode apresentar risco de infecção. É subdividido em 5 subgrupos: A1, A2, A3, A4 e A5.

Grupo B (químicos): resíduos contendo substâncias químicas capazes de causar risco à saúde pública e ao meio ambiente.

Grupo C (radioativos): qualquer material resultante de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da comissão nacional de energia nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

Grupo D (resíduos comuns): qualquer lixo hospitalar que não tenha sido contaminado ou possa provocar acidentes, como gesso, luvas, gazes, materiais passíveis de reciclagem etc.

Grupo E (perfurocortantes): objetos e instrumentos que possam furar ou cortar, como lâminas, bisturis, agulhas, lancetas,, ampolas de vidro, brocas e limas endodônticas.

Os resíduos dos grupos A, D e E fazem parte do dia a dia da enfermagem na atenção básica.

Objetivos:

Separar, acondicionar e identificar resíduos em embalagens adequadas para coleta, transporte, armazenamento e disposição final.

EPI:

Luvas de procedimentos; Jaleco; Máscara; Óculos.

Materiais:

Saco plástico branco com sinal de infectante; Caixa de perfurocortante; Saco plástico preto; Lixeira.

Conteúdo:**Responsável:****Equipe multiprofissional****Descrição Técnica:****Grupo A (potencialmente infectantes):**

1. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
2. Desprezar os resíduos em lixeira com saco plástico branco leitoso, identificado com simbologia de infectante. É proibido o esvaziamento dos sacos ou seu reaproveitamento;
3. Utilizando o pedal da lixeira para abertura da tampa, o profissional deve desprezar o material de forma que os mesmos preencham até 2/3 do volume da embalagem, possibilitando que esta seja amarrada com um nó acima do conteúdo, para evitar o transbordamento na hora da coleta.

Grupo D (resíduos comuns):

1. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
2. O profissional deve descartar os resíduos em lixeira com saco de lixo preto, respeitando o limite do saco para evitar o transbordamento na hora da coleta.

Grupo E (perfurocortantes):

1. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
2. Descartar os materiais perfurocortantes (agulhas, escalpes, ampolas etc) na caixa de perfurocortantes;
3. As agulhas não devem ser desconectadas das seringas, a fim de evitar acidente biológico, respeitar o limite da caixa para descarte de material);
4. Os recipientes que acondicionam os materiais perfurocortantes devem ser utilizados até o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade, indicado pela linha pontilhada da caixa, sendo proibido o seu esvaziamento e reaproveitamento. Após isso, a caixa deve ser substituída por nova (ver POP [Montagem de caixa de perfurocortante](#));
5. Todos os resíduos devem estar corretamente acondicionados e identificados oferecendo condições adequadas para manuseio;
6. Retirar a caixa do suporte e fechar com fita crepe;

7. Acondicionar a caixa no saco branco leitoso com símbolo de biossegurança;
8. As caixas são recolhidas pela equipe de limpeza e transportadas até o espaço adequado na área externa da unidade.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Santos, C.B. Resíduos de Serviço de Saúde. In: APECIH. Higiene, Desinfecção Ambiental e Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde. – 3ª ed. São Paulo: APECIH, 2013.

ANVISA - RDC nº 222/2018

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Brasília-DF: ANVISA, 2006.

Coleta de exame de sangue	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A coleta de sangue é realizada através de dispositivo intravenoso para posterior envio ao laboratório.

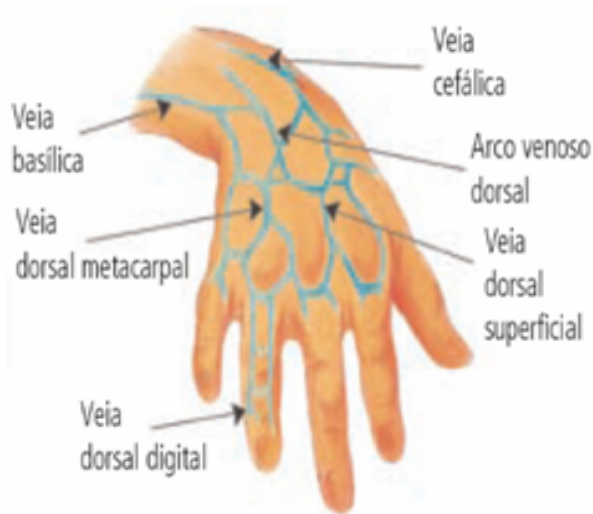
Para a coleta de exame de sangue é necessário avaliar a idade do paciente e as condições das veias do usuário. Devendo seguir a seguinte ordem para a escolha do local da punção venosa:

1º Fossa antecubital:



Fonte: Caderno de Apoio - Coleta de Exames Laboratoriais/SMS SP

2º Veias do dorso da mão:

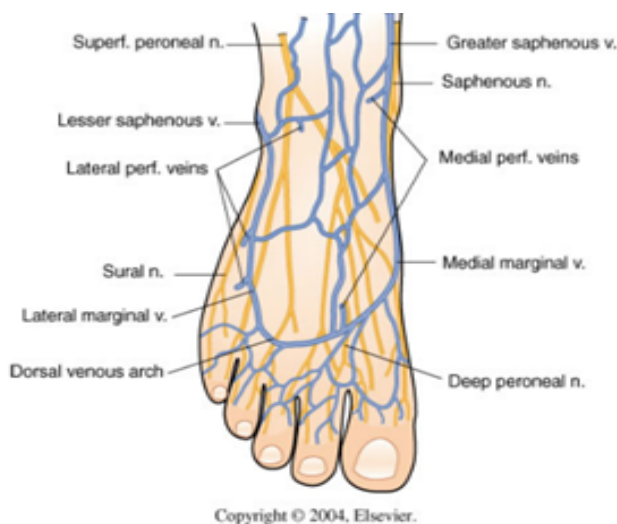


Fonte: Caderno de Apoio - Coleta de Exames Laboratoriais/SMS SP

Observação: a rede venosa na região inferior do punho não deve ser usada, pois é uma região com nervos e tendões próximos da pele.

3º Membros inferiores:

Não deve ser utilizada, ao menos que seja extremamente necessário, devido ao risco de complicações tais como embolias, tromboflebite e necrose tissular. Somente realizar a punção com autorização do enfermeiro.



Copyright © 2004, Elsevier.

Fonte: Caderno de Apoio - Coleta de Exames Laboratoriais/SMS SP

Atenção: não realizar punção em membros com instalação de terapia intravenosa, membro afetado por sequela de AVC, locais com área extensa de cicatrizes por queimadura ou com hematomas e equimoses, no membro do mesmo lado onde foi realizada mastectomia, fístulas arteriovenosas e veias trombosadas.

Sequência dos tubos para coleta de exames:

- 1º Tubo seco (vermelho e/ou amarelo);
- 2º Tubo roxo;
- 3º Tubo cinza.

Instruções em caso de intercorrências na coleta:

Formação de hematomas:

Realizar compressão local por 10 minutos, manter membro em repouso e solicitar avaliação médica se necessário.

Se o hematoma for relatado dias após a coleta orientar a realização de compressa de água morna, manter membro em repouso e avaliação médica se necessário.

Objetivos:

Padronizar o procedimento para coleta de exames de sangue laboratoriais.

EPI:

Avental; Luvas de procedimento; Óculos; Máscara.

Materiais:

Bandeja; Agulha a vácuo ou escalpe a vácuo; Algodão; Swab alcoólico; Garrote; Tubos de coleta de acordo com o pedido; Jogo de etiquetas; Curativo estéril; Grade para acondicionamento das amostras; Caixa de perfurocortantes.

Conteúdo:

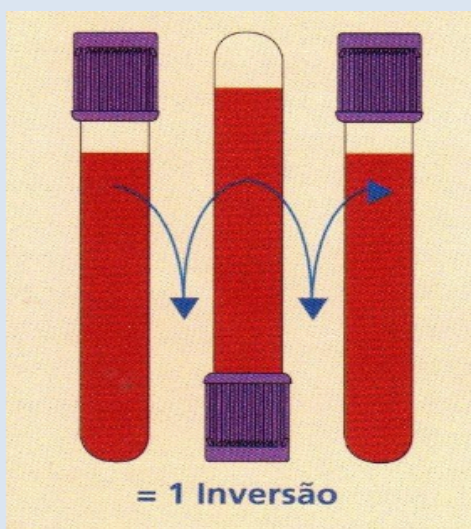
Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

1. Conferir o nome completo do paciente com a SADT e separar o material para a coleta, de acordo com os exames solicitados;
2. Etiquetar o material adequadamente;

3. Verifique a data de validade de todos os tubos e insumos utilizados na coleta;
4. A SADT deverá ser identificada com a etiqueta CONTROLE do jogo de etiquetas, e utilizar somente um jogo de etiqueta por paciente;
5. Colar etiqueta no livro de registro de coleta para eventuais consultas no sistema;
6. A etiqueta deverá ser colada no tubo, em cima da etiqueta que ele já contém, para deixar a parte de visualização da amostra disponível ao técnico do laboratório e nunca sobre a tampa;
7. Chamar o paciente, confirmar nome e data de nascimento. Certificar-se de que o nome na frente da SADT é o mesmo que está impresso no verso com o Cartão SUS;
8. Confirmar o tempo de jejum e medicações que faz uso e anotar no verso do pedido;
9. Orientar o paciente sobre o procedimento;
10. Posicionar o braço do paciente, inclinando-o para baixo na altura do ombro;
11. Fazer a palpação do vaso;
12. Garrotear o braço do paciente e realizar a antissepsia utilizando movimentos de dentro para fora, (nunca bater com os dedos sobre os vasos);
13. Retirar a proteção que recobre a agulha de coleta e fazer a punção numa angulação oblíqua de 30°, com o bisel da agulha voltado para cima;
14. Inserir o primeiro tubo a vácuo, e soltar o garrote assim que o sangue começar a fluir dentro do tubo;
15. Realizar as trocas dos tubos obedecendo a sequência (VERMELHO, ROXO E CINZA);
16. Realizar a homogeneização suavemente de 5 a 8 vezes (total inversão do tubo), de qualquer tipo de tubo coletado;



17. Após retirar o último tubo, remover a agulha e fazer a compressão no local da punção, com algodão ou gaze seca. Em geral de 1 a 2 minutos para evitar a formação de

hematomas e sangramentos. Se o paciente estiver em condições, oriente-o para fazê-lo até que pare de sangrar;

18. Descartar a agulha imediatamente após a remoção do braço do paciente em recipiente de material perfurocortante;
19. Oriente-o a não dobrar o braço nem pegar peso na próxima meia hora para evitar extravasamento de sangue e hematoma;
20. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
21. Caso haja dificuldade com a coleta, anotar no verso do pedido;
22. Anotar data, hora, assinar e carimbar;
23. Organizar o ambiente.

Observações:

- O Número do cartão do SUS deverá estar impresso no verso do pedido. Se caso estiver com problemas para a impressão, avisar os responsáveis para as medidas cabíveis;
- Conferir se o SUS impresso no verso é o mesmo nome do paciente que está na frente do pedido;
- O pedido deve conter o carimbo com o nome da unidade;
- A fase pré-analítica é muito importante, cerca de 70% dos erros ocorridos em laboratórios são decorrentes desta fase;
- Importante lembrar que nos tubos contém a informação do volume correto de material para cada tubo, e existe uma marca que delimita este volume;
- Após a coleta, o profissional de enfermagem deverá anotar no verso do pedido: Data, Hora da Coleta (sangue ou urina), Assinatura e carimbo;
- As amostras serão transportadas em caixas isotérmicas, impermeáveis e higienizáveis, de forma a garantir a estabilidade das amostras da coleta até a realização da análise.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos. SMS-SP, atualizado em 16/06/2023.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. 4º Caderno de Apoio à Coleta de Exames Laboratoriais. 282p. Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Atenção Básica. Assistência Laboratorial. São Paulo: SMS, 2023.

CientificaLab. Capacitação das Equipes de Apoio à Coleta de Amostras Biológicas Unidades da Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo – 2º Semestre, 2018.

Coleta de exame de urina	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A urina fornece informações sobre muitas das principais funções metabólicas do organismo, permite analisar a função renal, analisar presença de glicose, sangue, proteínas, avaliar ph, infecções etc.

Objetivos:

Padronizar a conduta referente à técnica da coleta de urina, diminuindo erros.

EPI:

Luvas; Jaleco; Máscara.

Materiais:

Frasco coletor; Frasco Coletor universal estéril (infantil); Etiquetas; Gazes.

Tipos de amostra

Amostra de jato médio: É a primeira amostra da manhã, o paciente colhe a amostra de urina, devendo desprezar o primeiro jato e colher o restante, é a amostra ideal para realização do exame Urina I.

Amostra de 24 horas: É a amostra de urina coletada por 24 horas, o usuário deve desprezar a primeira urina do dia, coletar toda a urina pelo período de 24 horas.

Amostra coletada por cateter: Obtenção de urina obtida por meio da introdução de cateter na bexiga pela uretra. Procedimento realizado por médico ou enfermeiro.

Amostra de Urocultura: obtido por meio de técnica estéril, sendo realizada a cultura de microorganismos pelo laboratório. Deve-se dar ao paciente material apropriado para antisepsia e um recipiente estéril para coleta.

Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

- Entregar ao paciente frasco coletor e kit para realização de higiene íntima;
- Orientar lavar as mãos antes da realização da coleta;
- Orientar quanto à higiene íntima a ser realizada;
- Orientar desprezar primeiro jato de urina e coletar urina sempre em jato, no caso dos homens é necessário retraindo o prepúcio, nas mulheres orientar afastar grandes lábios com uma das mãos e com a outra segurar o frasco, colher urina em jato evitando que esorra pelo órgão genital. Tampar o frasco imediatamente após coletar a urina.

Coleta de Urina em Crianças com Coletor

- Realizar antissepsia da região genital e anal com água, gaze e sabão neutro;
- Remover o papel com a parte adesiva;
- Ajustar o orifício do coletor com a região genital próximo a uretra;
- Aguardar, no máximo, por 30 minutos até criança urinar, caso não urine, repetir higiene íntima e trocar saco coletor;
- Após a presença de urina, retirar o saco coletor e transferir a urina para o frasco do exame, tomando cuidado para não contaminar a amostra.

Entrega da amostra

- Conferir o preparo;
- Identificar o pedido de exame e a planilha de registro de coleta;
- Solicitar ao paciente que cole a etiqueta no corpo do frasco, na posição vertical e armazenar na geladeira do laboratório;
- Carimbar, assinar, anotar data e horário no verso da SADT.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos. SMS-SP, atualizado em 16/06/2023.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. 4º Caderno de Apoio à Coleta de Exames Laboratoriais. 282p. Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Atenção Básica. Assistência Laboratorial. São Paulo: SMS, 2023.

CientificaLab. Capacitação das Equipes de Apoio à Coleta de Amostras Biológicas Unidades da Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo – 2º Semestre, 2018.

Coleta de exame de fezes	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

O exame de fezes consiste na avaliação macroscópica, microscópica e bioquímica das fezes. Pode ter como finalidade detectar sangramentos, distúrbios gastrointestinais, hepáticos e microrganismos patogênicos. De acordo com a finalidade, a coleta do exame possui orientações específicas.

Objetivos:

Padronizar a conduta relacionada à técnica de coleta de exame de fezes.

EPI:

Luvas de procedimento; Jaleco; Máscara.

Materiais:

Frasco coletor específico de fezes com espátula; Etiquetas.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
---------------------	---

Descrição Técnica:

1. Ler o pedido do exame do paciente;
2. Entregar frasco coletor de fezes de acordo com a quantidade de amostras solicitadas no pedido do exame;
3. Orientar que antes da coleta, se houver necessidade, urinar no vaso sanitário para evitar contaminação do material e a defecar em recipiente limpo e seco;
4. Orientar que se na solicitação de exame constar mais de uma amostra, a coleta deverá ocorrer em dias alternados;
5. Orientar coleta domiciliar: evacuar em recipiente limpo e seco, transferir uma parte das fezes no frasco coletor com auxílio da espátula, tampar o frasco em seguida. Conservar amostra refrigerada. Entregar no dia seguinte na rotina do laboratório, juntamente com o pedido médico;

6. O profissional da enfermagem deverá checar o pedido do exame, identificá-lo com etiqueta e registrar no livro da coleta;
7. Solicitar ao paciente que cole a etiqueta no corpo do frasco, na posição horizontal e a depositar a amostra na geladeira do laboratório.

Cultura de fezes

O material fornecido pelo Laboratório consiste em um kit cary blair: 1 tubo com gel para meio de cultura, 1 cotonete e 1 frasco universal com pá.

1. Ler o pedido do exame do paciente;
2. Entregar frasco coletor de fezes de acordo ao pedido do exame;
3. Orientar que antes da coleta, se houver necessidade, urinar no vaso sanitário para evitar contaminação do material e a defecar em recipiente limpo e seco;
4. Orientar conservar a amostra refrigerada, em casa, não congelar e entregar até 12h após a coleta;
5. Orientar a não usar laxantes ou supositórios;
6. Orientar coleta domiciliar: evacuar em recipiente limpo e seco, transferir uma parte das fezes no frasco coletor com auxílio da espátula, tampar o frasco em seguida. Conservar amostra refrigerada. Entregar no dia seguinte na rotina do laboratório, juntamente com o pedido médico;
7. O profissional da enfermagem deverá checar o pedido do exame, identificar com etiqueta e registrar no livro da coleta;
8. O profissional da enfermagem, com uso de EPI, deverá abrir a embalagem do kit e remover o cotonete, colocar o cotonete nas fezes e esperar por cerca de um minuto. Em seguida, retirar o cotonete das fezes, abrir a tampa do tubo com conservante e colocá-lo dentro, vedando-o adequadamente em seguida;
9. O profissional deverá etiquetar o material;
10. Registrar no verso do pedido do exame, a data e horário da coleta;
11. Manter o material em geladeira até ser encaminhado ao laboratório no prazo máximo de 12h após a coleta.

Pesquisa de sangue oculto nas fezes

1. Ler o pedido do exame do paciente;
2. Entregar frasco coletor de fezes;
3. Orientar que antes da coleta, se houver necessidade, urinar no vaso sanitário para evitar contaminação do material e a defecar em recipiente limpo e seco;
4. Orientar conservar a amostra refrigerada, em casa, não congelar e entregar até 24h após a coleta;
5. Orientar a não usar laxantes, supositórios ou medicamentos irritantes da mucosa gástrica;
6. Orientar que se ocorrer sangramento gengival, nasal ou hemorroidal a coleta deve ser adiada;
7. Orientar o paciente que deverá realizar dieta restritiva 03 dias antes do exame, dos seguintes alimentos: carnes e derivados, alimentos coloridos e com alta atividade de peroxidase tais como, espinafre, beterraba, rabanete, nabo, brócolis, banana, melão, couve-flor e maçã.
8. Orientar coleta domiciliar: evacuar em recipiente limpo e seco, transferir uma parte das fezes no frasco coletor com auxílio da espátula, tampar o frasco em seguida. Conservar amostra refrigerada. Entregar no dia seguinte na rotina do laboratório, juntamente com o pedido do exame;
9. O profissional da enfermagem deverá checar, identificá-lo com etiqueta e registrar no livro da coleta;
10. Solicitar ao paciente a colar a etiqueta no corpo do frasco na posição horizontal e a depositar a amostra na geladeira do laboratório.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos. SMS-SP, atualizado em 16/06/2023.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. 4º Caderno de Apoio à Coleta de Exames Laboratoriais. 282p. Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Atenção Básica. Assistência Laboratorial. São Paulo: SMS, 2023.

CientificaLab. Capacitação das Equipes de Apoio à Coleta de Amostras Biológicas Unidades da Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo – 2º Semestre, 2018.

Coleta de exame de escarro	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

O bacilo da tuberculose é adquirido, principalmente, pela inalação de partículas infectantes suspensas no ar. Através da respiração, os bacilos chegam aos alvéolos pulmonares onde podem ser destruídos, permanecer em estado de latência ou se multiplicar. O exame de escarro (baciloscopia) identifica a maioria dos casos bacilíferos, que são as fontes mais importantes de transmissão da doença, além de ser um método simples, rápido e de baixo custo.

O exame de escarro pode ser realizado tanto para diagnóstico como para controle do tratamento da Tuberculose (baciloscopia de controle).

Objetivos:

Padronizar o processo de coleta de exame de escarro.

EPI:

Luvas; Avental; Máscara N95; Máscara cirúrgica.

Materiais:

Frasco; Solicitação do exame ; Etiquetas; Livro de Registro de Sintomático Respiratório.

Conteúdo:

Responsável:	Equipe de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher o paciente; 2. Fornecer máscara cirúrgica ao paciente sintomático e orientar uso adequado, se paciente suspeito de Tuberculose Pulmonar o profissional deverá se paramentar com máscara N95 ou equivalente; 3. Orientar usuário como realizar a coleta, entregar frasco devidamente identificado (no corpo do frasco) e direcionar o usuário que deverá colher o exame na área externa da Unidade de Saúde, no local destinado a coleta do exame de escarro; 	

4 - Orientar o paciente a inspirar profundamente, retendo por alguns segundos o ar nos pulmões e tossir em seguida com o objetivo de escarrar o material diretamente no frasco. Orientar que repita o procedimento por três vezes para atingir o volume necessário (5 a 10 ml). Orientar o paciente, ao final da coleta, para rosquear a tampa do pote firmemente, envolver em papel toalha e entregar ao profissional que receberá com as mãos enluvasadas.

Importante:

Uma boa amostra de escarro é a que provém da árvore brônquica, obtida após esforço de tosse, e não a que se obtém da faringe ou por aspiração de secreções nasais, tampouco a que contém somente saliva.

Orientações ao paciente para coleta no domicílio:

1. Entregar o recipiente ao paciente, verificando se a tampa do pote fecha bem e se já está devidamente identificado e etiquetado;
2. Orientar o paciente quanto ao procedimento de coleta: ao despertar pela manhã, lavar bem a boca (não escovar os dentes), inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse. Repetir essa operação até obter três eliminações de escarro, evitando que ele escorra pela parede externa do pote;
3. Informar que o pote deve ser tampado e colocado em um saco plástico com a tampa para cima, cuidando para que permaneça nessa posição durante o transporte até a unidade de saúde;
4. Orientar o paciente a lavar as mãos após o procedimento;
5. Na impossibilidade de envio imediato da amostra para o laboratório ou unidade de saúde, ela poderá ser conservada em geladeira comum até o dia seguinte;
6. O profissional de enfermagem deverá anotar na evolução do paciente o procedimento realizado, assinar, datar e carimbar. Realizar o registro do Sintomático Respiratório no livro de registro de Sintomático Respiratório no serviço de saúde;

As amostras são acondicionadas na geladeira e encaminhadas ao laboratório conforme fluxo da Unidade.

Importante:

A solicitação do exame de escarro pode ser feita por qualquer profissional do serviço de saúde, incluindo os agentes comunitários de saúde.

Solicitação de Exame de escarro

		Solicitação de Baciloscopia Pesquisa de BAAR-TB		DATA DE ENTRADA NO LABORATÓRIO ____/____/____	Nº GERAL _____
UNIDADE DE SAÚDE					GVE
NOME					Nº DO PRONTUÁRIO
ENDEREÇO					
DIST. ADM.	MUNICÍPIO	CEP	(DDD) FONE		
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	IDADE	SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		
MATERIAL ENVIADO			DATA DA COLETA		
<input type="checkbox"/> ESCARRO <input type="checkbox"/> OUTRO			____/____/____		
DIAGNÓSTICO		<input type="checkbox"/> CONTROLE DE TRATAMENTO <input type="checkbox"/> 1º MÊS <input type="checkbox"/> 2º MÊS <input type="checkbox"/> 3º MÊS <input type="checkbox"/> 4º MÊS <input type="checkbox"/> 5º MÊS <input type="checkbox"/> 6º MÊS <input type="checkbox"/> _____ MÊS			
<input type="checkbox"/> 1ª AMOSTRA <input type="checkbox"/> ____ AMOSTRA					
RESULTADO DA BACILOSCOPIA					
<input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/> POSITIVA DE 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> POSITIVA (+) <input type="checkbox"/> POSITIVA (++) <input type="checkbox"/> POSITIVA (+++)					
ASPECTO DO ESCARRO					
<input type="checkbox"/> MUCOPURULENTO <input type="checkbox"/> PURULENTO <input type="checkbox"/> SANGUINOLENTO <input type="checkbox"/> SALIVA <input type="checkbox"/> LIQUEFEITO					
OBSERVAÇÃO					
DATA DA SAÍDA ____/____/____			ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EXAME		

REQ_BACILOSCOPIA_TB 14/07/2008 - MR PM/5

Livro para registro do paciente Sintomático Respiratório:



Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Doenças e agravos/tuberculose - SMS/SP

Manual de Biossegurança - SMS/SP, 2017

Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. SVS-MS, 2019

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. 4º Caderno de Apoio à Coleta de Exames Laboratoriais. 282p. Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Atenção Básica. Assistência Laboratorial. São Paulo: SMS, 2023.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos. SMS-SP, atualizado em 16/06/2023.

Rotina para coleta domiciliar	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Coleta de material biológico realizada no domicílio, em caráter eletivo. Procedimento realizado para pacientes com restrição em ir até o serviço de Saúde ou por decisão da Equipe (busca ativa, pacientes resistentes, vulneráveis, entre outros).

Objetivos:

Estabelecer o fluxo de coleta domiciliar, padronizar o transporte e entrega do material.

EPI:

Luvas; Jaleco; Máscara; Óculos de proteção.

Materiais:

Tubos para coleta; Agulhas para a coleta a vácuo; Escalpes; Algodão; Garrote; Álcool 70%; Adaptador para coleta à vácuo; Caixa de perfurocortante; Etiquetas; Luvas de procedimento; Impressos/caderno para registro; Coletor Universal; Coletor de urina pediátrico; Sacos de lixo branco; Sacos tipo flyer; Tira adesiva-saco flyer; Álcool em gel.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
---------------------	---

Descrição Técnica:

1. Equipe de Enfermagem orienta previamente o paciente e/ou família sobre o preparo para coleta do exame;
2. Auxiliar de Enfermagem providencia impressão do SUS do paciente no verso da Guia SADT na véspera da coleta, organiza os materiais necessários, monta os kits de coleta de acordo com os exames solicitados;
3. No dia agendado desloca-se ao domicílio do usuário;
4. Antes da coleta verifica se o preparo do paciente está adequado;
5. Recebe os materiais coletados (fezes, urina e escarro) identificando-os e armazenando em saco plástico;

6. Identifica os tubos para a coleta de exames (bioquímica, sorologia, hematologia e outros), relacionando a quantidade de exames/tubos;
7. Colhe o material seguindo técnica específica;
8. Acondicionar os tubos após a coleta, em recipiente próprio para o transporte;
9. Realizar o descarte de material perfurocortante, respeitando as normas de biossegurança;
10. Registro da coleta em prontuário. Assinatura, carimbo, data e horário da coleta no verso da SADT;
11. Transportar o material coletado até a UBS;
12. Registrar os exames em impressos ou cadernos destinados para tal;
13. Registro da coleta no caderno de coleta da UBS e ficha do Laboratório;
14. Separação das amostras biológicas e acondicionamento nos sacos plásticos do laboratório previamente etiquetados pelos profissionais da UBS;
15. Acondicionar as amostras nos sacos plásticos referente a cada tipo de material e sacos tipo flyer previamente etiquetados pelos profissionais da UBS.

Observação: cabe ao enfermeiro realizar escala para coletas domiciliares, evitando desfalque de profissional no serviço interno da UBS.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

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

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. 4º Caderno de Apoio à Coleta de Exames Laboratoriais. 282p. Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Atenção Básica. Assistência Laboratorial. São Paulo: SMS, 2023.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos. SMS-SP, atualizado em 16/06/2023.

Coleta de Swab Nasofaríngeo	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A coleta de secreção nasofaríngea é utilizada para pesquisa de doenças como a COVID-19, Influenza etc. O exame RT-PCR para Sars-CoV2 é considerado o exame padrão ouro para diagnóstico desta doença, devendo a técnica da coleta ser devidamente executada, garantindo a fidedignidade do resultado do exame.

Objetivos:

Padronizar o processo de coleta de Swab Nasofaríngeo.

EPI:

Máscara N95 ou equivalente; Avental Descartável; Luvas; Touca ou Gorro; Óculos de proteção; Máscara de proteção facial.

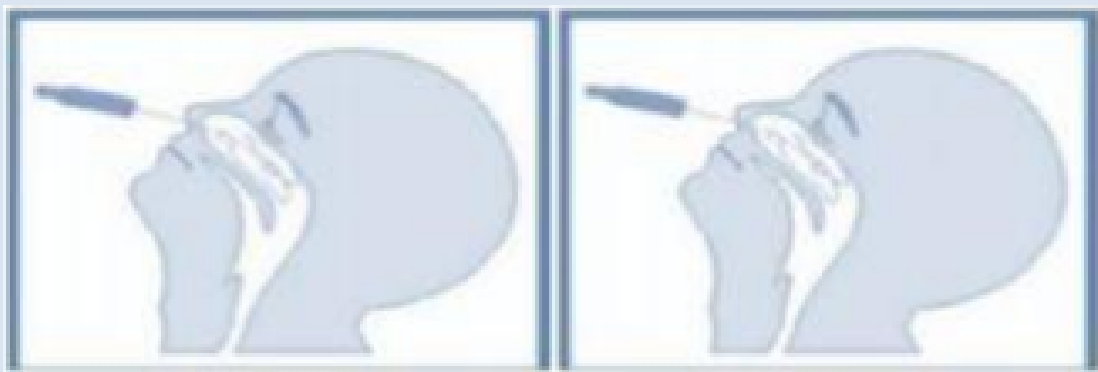
Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<p>1.Realizar triagem para conferência dos dados do paciente, cartão SUS e guia SADT; 2.Conferir a SADT e a ficha de notificação. Ambas devem estar completamente preenchidas.</p> <p>Coleta:</p> <p>1.Chamar o paciente pelo nome, solicitar a SADT e conferir nome completo e data de nascimento do paciente; 2.Solicitar documento com foto e realizar a conferência com a SADT; 3.Lavar as mãos conforme procedimento padronizado; 4.Orientar o paciente ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado; 5.Realizar paramentação com EPIs para procedimentos geradores de aerossóis (Avental, máscara N95 ou equivalente, óculos de proteção, gorro e luvas de procedimento);</p>	

6. Introduzir delicadamente o Swab em uma das narinas até encontrar resistência na parede posterior da nasofaringe e realizar movimentos rotatórios; Utilizando este mesmo Swab, repetir o procedimento de coleta na outra narina.

IMPORTANTE:

O laboratório responsável pela análise pode, a qualquer momento, alterar o método da coleta (ex.: coletar de apenas uma das narinas), armazenamento e transporte, por isso esteja atento às orientações recebidas e, em caso de dúvidas, consulte o enfermeiro responsável.

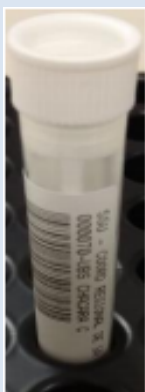


7. Introduzir o Swab no tubo de solução salina 0,9%, contendo 3 ml de solução, ou conforme fabricante;

Manter os materiais biológicos em temperatura refrigerada 2 a 8 °C positivos e na vertical até a retirada dos mesmos pelo transporte.

8. Utilizar a cartela de jogo de etiquetas para realizar a identificação da amostra SADT e controle interno.

9. Identificar o recipiente com etiqueta.



10. Identificar a SADT com etiqueta controle.

11. Colar a etiqueta senha no caderno de controle interno da unidade.

12. Carimbar, assinar o verso da SADT, anotar dia e horário da coleta.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Procedimento Operacional Padrão COVID-19/UBS. Laboratório Cientificalab de 26/08/2020.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Caderno de Apoio à Coleta de Exames Laboratoriais. 282p. Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Atenção Básica. Assistência Laboratorial. SMS-SP, 2023.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos. SMS-SP, atualizado em 16/06/2023.

Coleta de amostra de Monkeypox (MPX)	POP Procedimento Operacional Padrão	
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Elaboração: Gabriel Aparecido de Paula	Validação: Juliana Cajado Gabriel

Introdução:

A varíola dos macacos é transmitida pelo vírus monkeypox, que pertence ao gênero orthopoxvirus.

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, a transmissão de humano para humano está ocorrendo entre pessoas com contato físico próximo com casos sintomáticos, através do contato próximo com lesões, fluidos corporais, gotículas respiratórias e materiais contaminados, como roupas de cama.

A apresentação clínica da Monkeypox é semelhante a outras doenças infecciosas mais comuns como a varicela, a sífilis secundária e a herpes, sendo o diagnóstico laboratorial, associado à história clínico-epidemiológica, de fundamental importância.

Para a confirmação laboratorial do diagnóstico da MPX, orienta-se a coleta de amostra de, pelo menos, dois sítios diferentes, que inclui coleta de secreção vesicular e/ou coleta de crosta de lesão.

Indicação: paciente, de qualquer idade, que apresente de início súbito, pústulas, lesões em mucosas ou erupção cutânea aguda sugestiva de Monkeypox, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital, anal, oral) e/ou proctite (por exemplo, dor anorretal, sangramento), e/ou edema peniano, podendo estar associada a outros sinais e sintomas.



Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde.

EPI:

Luvas de Procedimentos; Óculos de Proteção ou Face Shield; Gorro ou touca cirúrgica; Avental impermeável de manga longa; Máscara cirúrgica.

Materiais:

- **Coleta de Fluido de lesões - RT-PCR:**

1 bisturi descartável com lâmina nº 10 ou 1 agulha 13x0,45mm; 2 tubos estéreis de rosca com O´ring (tipo criotubo) 1,5-2mL; 2 swabs sintéticos para coleta.

- **Coleta de Lesão Seca - RT-PCR:**

1 agulha 13x0,45mm; 1 tubo estéril de rosca com O´ring (tipo criotubo) 1,5-2mL.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros
---------------------	--------------------

Descrição Técnica:

1. Antes de entrar na sala, identificar o tubo estéril com o nome completo do paciente, data da coleta e a natureza (fluido ou crosta);
2. Higienizar as mãos;
3. Paramentar-se com: máscara cirúrgica, óculos de proteção ou protetor de face, gorro, avental impermeável (obedecendo essa ordem). Tipo de precaução para contato e gotícula;
4. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
5. Organizar o material sobre a mesa para coleta;
6. Confirmar a identificação do usuário: nome completo, data de nascimento, Cartão SUS, CPF, endereço e telefone. Explicar o procedimento ao paciente;

COLETA DE FLUÍDOS DAS LESÕES (SECREÇÃO DE VESÍCULA)



Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde.

1. Desinfetar o local da lesão com etanol a 70% e deixar secar;
2. Utilizar o bisturi ou a agulha para remover a parte superior da lesão (não envie o bisturi ou a agulha);
3. Coletar o material da base da lesão com o swab;
4. Colher amostra, preferencialmente de duas lesões diferentes, caso haja;
5. Inserir o swab no tubo de rosca, sem adicionar qualquer tipo de líquido à amostra;
6. Medir e cortar a haste em tamanho compatível com o tubo Falcon (a haste deve ser cortada antes para evitar contaminação dos profissionais);

PARA COLETA DE LESÃO SECA (CROSTA):



Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde.

1. Desinfetar o local da lesão com etanol a 70% e deixar secar;
2. Usar a agulha para retirar pelo menos 2 crostas da lesão;
3. Inserir as crostas da lesão no tubo (Não adicionar qualquer líquido à amostra coleta);
4. Entregar o comprovante de coleta de amostra e orientá-lo quanto ao isolamento, sinais de gravidade;
5. Realizar a desparamentação;
6. Realizar cadastro da amostra no Sistema GAL (<https://gal.saude.sp.gov.br/gal/laboratorio/>);
7. Imprimir as etiquetas da amostra e 2 cópias da lista de remessa;
8. Realizar notificação no CEVESP. (<https://cevesp.saude.sp.gov.br/notifica/monkeypox>);
9. Na descrição da notificação deve ser incluído as informações quanto: histórico recente de viagens, exposição recente a um caso provável ou confirmado, tipo de contato com o caso provável ou confirmado (quando aplicável), história recente de parceiros sexuais, presença de erupção vesicular, presença de outros sinais ou sintomas clínicos de acordo com a definição do caso, outros achados clínicos ou laboratoriais relevantes, particularmente para excluir causas comuns de erupção cutânea de acordo com a definição do caso. Se o

caso for internado, incluir a data de internação (local de internação), data de alta e data do óbito (se aplicável);

10. Após o preenchimento dos dados, anotar o número que será gerado no sistema CEVESP.

11. Após a coleta da amostra, o criotubo deve ser embalado em saco plástico FLYER transparente apropriado, permanecendo em geladeira no período máximo de 72 horas, entre (2 a 8°C) até o envio ao IAL (Instituto Adolfo Lutz).

IMPORTANTE:

- Parecer 012/2022 do COREN-SP define o Enfermeiro como único profissional de enfermagem habilitado para a coleta laboratorial para Monkeypox;

Para mais informações sobre a técnica de coleta, acesse o vídeo produzido pelo COREN SP em parceria com o Instituto Emílio Ribas, disponível através do link ou QRCode (celular) abaixo:



 **ORIENTAÇÃO PARA COLETA DE MATERIAL EM CASOS SUSPEITOS DE MONKEYPOX**

Referências complementares:

Ministério da Saúde. Varíola dos Macacos. Biblioteca Virtual em Saúde, 2022.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Vigilância em Saúde. Monkeypox. SMS-SP, atualizado em 10/04/2023.

Teste Rápido de HIV, Sífilis, Hepatites Virais	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Os testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites são realizados sempre que solicitados por profissionais médicos ou enfermeiros, na rotina de Pré-Natal em primeiro e terceiro trimestre de gravidez, quando do diagnóstico de paciente com tuberculose pulmonar, por procura espontânea de usuários querendo realizar o teste, entre outros. Todos os usuários deverão receber aconselhamento pré e pós teste por profissional de nível superior treinado, o teste pode ser executado por Técnico ou Auxiliar de Enfermagem aferido.

Objetivos:

- Fornecer resultado em até 30 minutos de uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado;
- Detectar precocemente doenças permitindo a antecipação do início do tratamento;
- Evitar a progressão ou disseminação da doença.

EPI:

Luvas; Máscara; Óculos de proteção; Jaleco.

Materiais:

- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instruções disponível na embalagem pelo fabricante;
- Álcool a 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Laudo para resultado.

Conteúdo:

Responsável:

Auxiliares e Técnicos de Enfermagem treinados para execução do exame e Enfermeiros para emissão do laudo e aconselhamento

Descrição Técnica:

1. Ler o manual de instrução;
 2. Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
 3. Higienizar as mãos;
 4. Colocar os EPIs;
 5. Verificar se o kit disponível é por amostra de sangue ou fluido oral;
 6. 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; Cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto do kit.
 7. Manter os reagentes em temperatura ambiente antes de iniciar o teste;
 8. Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
 9. Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;
 10. Escrever com caneta de tinta permanente as iniciais do nome do paciente, no dispositivo ou placa de teste;
 11. Recepcionar o paciente com atenção de forma acolhedora;
 12. Orientar o paciente quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste.
- 13. Para amostras com coleta de sangue:**
- 13.1. Realizar a punção digital com a lanceta fornecida no kit;
 - 13.2. Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta;
 - 13.3. Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até a marca estabelecida conforme manual, sem que haja a formação de bolhas de ar;
 - 13.4. Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar as gotas da amostra no poço (S) conforme orientação do fabricante do dispositivo de teste;
 - 13.4. Adicionar a solução tampão ou diluente sobre a amostra conforme orientação do fabricante do dispositivo teste;

13.5. Realizar a leitura do teste conforme orientações do fabricante;

13.6 Preencher laudo com resultado, carimbar e assinar no campo de quem executou o procedimento, chamar Enfermeiro para fazer a entrega do resultado e o aconselhamento.

14. Para amostras com coleta de fluido oral:

14.1. Orientar o paciente quanto ao procedimento;

14.2. Questionar o paciente, antes de iniciar o teste, para saber se ele comeu, fumou, bebeu, inalou qualquer substância, escovou os dentes ou praticou qualquer atividade oral 30 minutos antes do teste. Em caso afirmativo, orientar o paciente a lavar a boca com água e aguardar 30 minutos para fazer a coleta;

14.3. Solicitar a retirada total de batom antes do teste, fornecendo gaze não estéril, se o paciente fizer uso de próteses dentárias será necessário retirá-las para a execução do exame;

14.4. Orientar o paciente a inserir a haste coletora acima dos dentes, no espaço que fica entre o final da gengiva e o começo da bochecha, realizar ligeira fricção, passando o coletor gentilmente, quatro vezes, tanto na arcada superior quanto na arcada inferior, e, ao término, entregar ao profissional para continuação do teste;

14.5. Inserir o coletor no frasco de eluição, identificado, quebrar a haste, fechar o frasco e homogeneizar a solução com movimentos suaves por 10 segundos;

14.6. Colocar o frasco na posição vertical e dispensar as gotas da amostra no poço (S) conforme orientação do fabricante do dispositivo de teste;

14.7. Adicionar a solução tampão ou diluente sobre a amostra conforme orientação do fabricante do dispositivo teste;

14.8. Aguardar o período indicado na orientação do fabricante e realizar a leitura do teste em local iluminado;

14.9. Auxiliar/Técnico de Enfermagem realiza preenchimento do laudo como executor do teste e avisa Enfermeiro para entrega do laudo e aconselhamento;

15. Ao término da leitura, descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico conforme POP Descarte de resíduos;

16. Retirar os EPIs;

17. Higienizar as mãos;

18. Realizar anotação na ficha do paciente, assinar e carimbar.

Observações:

- Todos os pacientes atendidos deverão ser registrados em planilha (folha de trabalho) específica, constando teste realizado, iniciais do paciente, lote do teste, data e hora da execução do teste;

- Antes da execução do teste é necessário sempre ler o manual de instruções do teste a ser realizado, pois existem diversos fabricantes e cada produto tem especificações próprias para realização do teste;
- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção, cada uma dessas doenças têm um período de janela imunológica. Essas e outras orientações deverão ser dadas pelo profissional de nível superior no aconselhamento pré e pós teste. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis;
- O teste deve ser armazenado entre 2°C e 30°C ou conforme orientações do fabricante.
- Não utilizar o teste após a data de validade;
- Não utilize o kit se a embalagem individual estiver danificada ou o selo violado;
- Descartar o teste se houver qualquer alteração de cor do dessecante (sílica) de amarelo para verde. Essa alteração indica excesso de umidade;
- Não reutilize o dispositivo de teste;
- Exame pode ser executado por Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, porém a liberação do laudo ao paciente só poderá ser feita por profissional de nível superior treinado para realização de aconselhamento pré e pós teste;
- Em caso de resultado positivo para HIV no primeiro teste será necessário um segundo teste com método diferente para confirmação do resultado.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV).

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

Guia prático para execução dos testes rápidos DCCI/SVS/MS.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. 4º Caderno de Apoio à Coleta de Exames Laboratoriais. 282p. Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Atenção Básica. Assistência Laboratorial. São Paulo: SMS, 2023.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos. SMS-SP, atualizado em 16/06/2023.

Teste Rápido de Dengue	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A Dengue é uma doença infecciosa febril aguda causada por um vírus pertencente à família Flaviviridae, do gênero Flavivírus. É denominada como arbovirose, ou seja, doença transmitida por mosquito. No Brasil, os 4 subtipos dos vírus da dengue são transmitidos pela fêmea do mosquito *Aedes aegypti* (quando também infectada pelos vírus) e podem causar tanto a manifestação clássica da doença quanto a hemorrágica. (<https://portal.fiocruz.br/>).

O Teste Rápido (TR) de Dengue serve para subsidiar o médico na elucidação diagnóstica das arboviroses, devendo ser realizado para os pacientes com suspeita de dengue até o 15º dia de início dos sintomas.

O TR Dengue detecta os anticorpos IGG, IGM e NS1, sendo que os dois últimos indicam doença ativa (IGM e NS1).

Importante: um teste rápido negativo não exclui o diagnóstico de dengue. Caso o paciente se enquadre nos critérios de caso suspeito e tenha teste rápido negativo, deverá realizar coleta de sorologia para dengue a partir do 6º dia do início dos sintomas.

Definição de caso suspeito: Febre associada a mais duas manifestações clínicas: náuseas, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Objetivo:

Padronizar as técnicas de realização do teste rápido de Dengue.

EPI:

Jaleco; Máscara; Óculos de proteção.

Materiais:

Kit Teste Rápido de Dengue (placa, pipetas, agulha para punção, diluente); Swab de álcool; Manual de instruções.

Conteúdo:

Responsável:

Auxiliares e Técnicos de Enfermagem treinados para execução do exame e Enfermeiros para emissão do laudo

Descrição Técnica:

1. **Ler a bula do kit fornecido para o TR de Dengue.** Os kits podem variar de fabricante, sendo que a técnica de realização pode mudar de uma empresa para outra, portanto é imprescindível ler a bula e seguir rigorosamente suas orientações;
2. Chamar o paciente pelo nome, conferir nome completo e data de nascimento;
3. Orientar o usuário sobre o procedimento que será realizado;
4. Higienizar as mãos;
5. Realizar coleta de sangue venoso em tubo roxo (ver POP coleta de exame de sangue);
6. Separar o material, conferir a data de validade do kit de TR de Dengue;
7. Abrir a embalagem do TR, retirar a placa teste e colocá-la sobre uma superfície plana e limpa. Identificar a placa de teste com as iniciais do nome do paciente;
8. Pegue o tubo roxo contendo o sangue do paciente e colete com a pipeta disponível no kit. Siga as orientações do fabricante do kit disponível;
 - Bula Teste Rápido OnSite Duo Dengue Ag-IgG/IgM [Clique aqui](#)
 - Bula Dengue Dual Teste Rápido [Clique aqui](#)
9. Realize a leitura do resultado estritamente no tempo determinado pelo fabricante. Fazer leitura antes ou após o período correto pode acarretar em erros de resultado!
10. Realize anotação de enfermagem na ficha de atendimento do usuário;
11. Registre na planilha de controle de TR de Dengue, os dados do usuário, kit utilizado, lote, data, horário e resultado do teste.

Interpretação dos resultados:

Resultado Não Reagente:

Se somente a linha C aparecer, a ausência de coloração nas linhas G e M indicam que nenhum anticorpo anti-Dengue foi detectado. O resultado é não reagente.

Fazer a leitura do NS1. Se somente a linha C aparecer e a linha T estiver ausente, o resultado é negativo para antígeno.

Resultado Reagente:

Se as linhas C (controle), G (anticorpos IGG), M (anticorpos IGM) aparecerem, o teste indica a presença de anticorpos para Dengue na amostra. O resultado é reagente.

IMPORTANTE: os anticorpos IGG são detectados, geralmente, a partir do 7º dia de sintomas, podendo permanecer por toda a vida, podendo indicar memória imunológica, doença prévia.

Fazer a leitura do NSI que detecta antígeno da Dengue. Se aparecer a linha no C (controle) e no T (teste) indica que o teste é positivo para antígeno da dengue, ou seja, doença ativa.

Observações:

- Uma linha deverá sempre aparecer no C de controle, assegurando que o teste é válido. Se a linha não aparecer será necessário descartar o material e refazer a testagem;
- O Auxiliar/Técnico de Enfermagem pode executar o exame, cabendo ao enfermeiro interpretar e fornecer o laudo com o resultado ao paciente. Após a testagem o paciente deve ser submetido à prova do laço (ver POP de prova do laço), passar por atendimento médico, receber todas as orientações quanto à classificação da dengue, hidratação, sinais de alerta, receber o cartão de acompanhamento de arboviroses;
- Todo o caso de suspeita de dengue tem que ser notificado à vigilância através do formulário SINAM;
- Vídeo com orientações para realização de TR com o kit **Dengue Dual Teste Rápido**, através do link: [📺 Dengue Duo Teste Rápido](#) ou celular pelo QR Code:



Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Bula Teste Rápido OnSite Duo Dengue Ag-IgG/IgM.

Bula Dengue Dual Teste Rápido.

Prefeitura de São Paulo - Arboviroses.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. 4º Caderno de Apoio à Coleta de Exames Laboratoriais. 282p. Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Atenção Básica. Assistência Laboratorial. São Paulo: SMS, 2023.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos. SMS-SP, atualizado em 16/06/2023.

Limpeza e desinfecção das caixas de laboratório	POP Procedimento Operacional Padrão	
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Elaboração: Gabriel Aparecido de Paula	Validação: Juliana Cajado Gabriel

1. Introdução

As caixas térmicas utilizadas para a coleta de material biológico são elementos essenciais para garantir a qualidade das amostras durante o transporte e armazenamento até a destinação das amostras em geladeira ou sua retirada pelo laboratório responsável.

Para assegurar a biossegurança, é fundamental que essas caixas sejam devidamente higienizadas e desinfetadas após cada uso.

As caixas isotérmicas utilizadas nas Unidades devem ser rígidas, resistentes, impermeáveis, revestidas internamente com material liso, duráveis, laváveis, resistentes às soluções desinfetantes e serem dotadas externamente de dispositivos de fechamento e controle de temperatura.

2. Objetivo:

Orientar a limpeza e desinfecção das caixas térmicas de laboratório

3. EPI:

Luvas de procedimento; Jaleco; Máscara; Luvas de borracha cano longo (lavagem); Avental impermeável (lavagem); Máscara; Gorro; Óculos de proteção ou máscara facial.

4. Materiais:

Solução de Álcool 70%; Solução desinfetante disponível (ex.: Labseptic); Papel toalha; Sacos de lixo; Panos; Sabão líquido.

5. Conteúdo:

Responsável:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

- 1- Reunir todo o material necessário para o procedimento;
- 2- Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;

- 3- Calçar as luvas de procedimento;
- 4- Inspeccionar a caixa térmica averiguando se há resíduos de materiais biológicos dentro da caixa.

Limpeza

5- Realizar a limpeza interna da caixa com pano úmido embebido com água e sabão ou detergente neutros.

5.1- Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja.

5.2 - Utilizar movimento único de limpeza.

6- Retirar o sabão com outro pano e secar com papel toalha.

7- Realizar a limpeza externa da caixa com pano úmido embebido com água e sabão ou detergente neutros, utilizando movimentos unidirecionais.

Observação: caso haja derramamento de material biológico em grande quantidade dentro da caixa o profissional deverá lavar a caixa com sabão neutro e água abundante, antes de realizar a desinfecção.

Desinfecção

8- Após a Limpeza, realizar a desinfecção com papel toalha umedecido em álcool à 70% em todo a caixa, obedecendo a técnica do mais limpo para o mais sujo.

9- Realizar a fricção mecânica com álcool 70%, no mínimo três vezes, deixando secar entre uma fricção e outra, executando a técnica com movimentos firmes e em uma só direção.

10- Desprezar o papel toalha em saco de lixo infectante (se contato com matéria orgânica);

11- Retirar as luvas e descartar no lixo infectante;

12- Higienizar as mãos;

13- Organizar o ambiente.

14- Realizar o registro da limpeza em impresso próprio, carimbar e assinar.

[Planilha para registro limpeza e desinfecção caixas de laboratório](#)

Limpeza e desinfecção concomitantes das caixas térmicas:

Existem desinfetantes que realizam **limpeza** e **desinfecção** concomitantemente, como é o caso dos limpadores e desinfetantes quaternários de Amônio, Biguanida e EDTA (exemplo: Labseptic). Nesses casos não há a necessidade de se realizar a limpeza e a desinfecção em momentos distintos.

- 1- Reunir todo o material necessário para o procedimento;
- 2- Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
- 3- Calçar as luvas de procedimento;
- 4 - Umedecer pano com o produto saneante;
- 5- Realizar a limpeza/desinfecção interna da caixa, seguindo a técnica do mais limpo para o mais sujo em movimento unidirecional;
- 6- Realiza a limpeza/desinfecção externa da caixa, seguindo a técnica do mais limpo para o mais sujo em movimento unidirecional;
- 7- Retirar as luvas e descartar no lixo infectante;
- 8- Higienizar as mãos;
- 9- Organizar o ambiente.
- 10- Realizar o registro da limpeza em impresso próprio, carimbar e assinar.

[Planilha para registro limpeza e desinfecção caixas de laboratório](#)

OBSERVAÇÕES:

- Na presença de matéria orgânica em grande quantidade ou ressecada, repetir a operação até remoção completa da carga orgânica.
- Seguir as recomendações do fabricante do produto saneante.

Referências complementares:

BASSO, M; ABREU, E.S. Limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares e antissepsia. p. 18-33. 2 ed. São Paulo: APECIH, 2004.

Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies. ANVISA, 2010.

Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem. 2a ed. - Atenção Básica/SMS-SP, 2017.

Manual Técnico: procedimento e legislação para risco biológico - Biossegurança na saúde nas UBS. 2a ed. SMS-SP, atualizado em 2017.

LabNews. Labseptic Spray Espuma. disponível em <https://www.labnews.ind.br/produtos/labseptic-spray-espuma.html>

Limpeza da geladeira do laboratório	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Na geladeira do laboratório ficam acondicionadas as amostras até a sua retirada pelo setor de logística. A geladeira deve estar sempre limpa e organizada, garantindo condições adequadas de uso.

Objetivos:

Padronizar a limpeza da geladeira, mantendo-a em condições adequadas de uso.

EPI:

Luva de procedimento; Máscara; Avental descartável.

Materiais:

Papel toalha ou pano limpo; Detergente neutro; Termômetro; Grade aramada; Álcool a 70%; Planilha de controle de limpeza.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
---------------------	---

Descrição Técnica:

1. Programar a limpeza da geladeira a cada 15 dias ou antes, se a camada de gelo ultrapassar 1 cm;
2. Transferir as amostras para a caixa de isopor com gelox, caso houver;
3. Retirar as grades de armazenamento e gelox deixando a geladeira vazia;
4. Desligar a geladeira e abrir a porta até que o gelo se desprenda;
5. Higienizar as mãos;
6. Calçar luvas de procedimento;
7. Retirar o termômetro;
8. Após o descongelamento, realizar a limpeza interna e externa com pano umedecido em solução de água e detergente neutro, incluindo a borracha da porta e o puxador;
9. Passar papel toalha ou pano umedecido com água para retirar o detergente;

10. Secar a geladeira com papel toalha ou pano limpo e seco, internamente e depois a área externa;
11. Friccionar as superfícies internas e externas com álcool a 70%;
12. Lavar e secar os gelox;
13. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
14. Recolocar o termômetro, grades e gelox e religar a geladeira mantendo a porta fechada para alcançar a temperatura adequada (2 a 8°C);
15. Higienizar as mãos;
16. Retornar as amostras para a geladeira (se houver);
17. Registrar no impresso próprio a data e hora da limpeza, assinar e carimbar.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

ANVISA - Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies.

Limpeza da geladeira da vacina	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

Limpeza interna e externa da geladeira.

Objetivos:

Manter geladeira limpa, possibilitando adequado armazenamento das vacinas e diluentes.

EPI:

Luvas de procedimento; Óculos de proteção; Avental; Máscara cirúrgica.

Materiais:

Compressas; Detergente neutro; Álcool a 70%; Planilha de controle de limpeza.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Programar o dia de limpeza da geladeira, com periodicidade mensal, e sempre que necessário; 2. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou álcool gel; 3. Retirar as vacinas da geladeira e armazená-las em outra geladeira, caso não tenha geladeira disponível, armazenar em caixas de isopor, climatizada com gelox em temperatura de 2 a 8 °C; 5. Calçar luvas de procedimento; 6. Realizar a limpeza interna e externa com compressa umedecida em solução de água e detergente neutro, incluindo a borracha da porta e o puxador; 7. Passar compressa umedecida com água para retirar o detergente; 8. Secar a geladeira com compressa limpa e seca, internamente e depois a área externa; 9. Friccionar as superfícies internas e externas com álcool a 70%; 10. Recolocar o termômetro, religar a geladeira e manter a porta fechada para alcançar a temperatura adequada (2 a 8°C); 11. Retirar as luvas e higienizar as mãos com água e sabão líquido ou álcool gel; 	

12. Retornar as vacinas na geladeira assim que a mesma atingir a temperatura adequada entre 2 e 8°C;
13. Registrar no impresso próprio a data da limpeza, assinar e carimbar;
14. Programar a data da próxima limpeza da geladeira.

Observações:

- O termômetro deverá ser fixado dentro da geladeira na região central e permanecer sempre no mesmo local e posição;
- As geladeiras da sala de vacina devem acondicionar somente imunobiológicos, não devendo acondicionar materiais alheios à vacina;
- Não acondicionar vacinas na porta da geladeira, pois há variação de temperatura ao abrir e fechar a geladeira.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

[ANVISA - Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies.](#)

Falta de energia elétrica em sala de vacina	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

A falta de energia elétrica pode ocasionar alterações na temperatura das geladeiras onde estão armazenadas as vacinas, comprometendo a qualidade dos imunobiológicos.

Objetivos:

Fluxo para tomada de decisão na falta de energia elétrica referente ao armazenamento dos imunobiológicos.

EPI:

Avental; Máscara.

Conteúdo:

Responsável:	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ao identificar a queda de energia, o auxiliar/técnico de Enfermagem comunica imediatamente o Enfermeiro responsável pelo plantão; 2. O enfermeiro verifica se a chave do disjuntor na caixa de energia está na posição correta, se identificado problema elétrico na Unidade deverá comunicar a gerência para providenciar técnico. Entrar em contato com UBS mais próximas providenciando a transferência dos imunobiológicos; 3. Caso a falta de energia não seja causada por problemas na rede elétrica da própria unidade, o Enfermeiro deve solicitar ao administrativo que entre em contato com a Empresa AES Eletropaulo para verificar o tempo estimado para o retorno da energia elétrica; 4. Anotar o número do protocolo fornecido pela AES Eletropaulo no livro de ocorrência da sala de vacina; 5. Avisar a recepção para comunicar os usuários que chegam para atendimento na sala de vacina sobre a suspensão do atendimento devido falta de energia elétrica, orientando procurar UBS mais próxima; 	

6. Monitorar a temperatura pelo termômetro digital externo do equipamento (não é permitido abrir geladeira durante a ausência de energia elétrica). Transferir as vacinas em caso de temperatura acima de 6°C ou se informado pela AES Eletropaulo que a falta de energia será por tempo superior a 2 horas;
7. Comunicar o ocorrido à Coordenação Regional da ASF;
8. Realizar contato com as unidades mais próximas para verificar a disponibilidade de espaço nas câmaras para acondicionamento das vacinas. Caso não tenha o espaço necessário, solicite apoio à SUVIS. Caso a Suvis não consiga atender o solicitado entrar em contato com o PADI, anotar no livro de intercorrências da sala de vacina.
9. Em caso de necessidade de transferência de vacinas, os auxiliares/técnicos da sala deverão contar o estoque, registrando em duas vias;
10. Entrar em contato com Escritório Regional para solicitar carro à logística;
11. Montar caixas térmicas com gelox para transporte;
12. Registrar no livro de ocorrência o local de destino das vacinas, horário de saída, temperatura das caixas de transporte e o responsável pelo recebimento no local de acondicionamento. Datar, colocar horário e assinar o livro.

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Norma Técnica do Programa de Imunização. 75p. SES-SP: CVE, 2021.

Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV)	POP Procedimento Operacional Padrão
Área de Responsabilidade Técnica Assistencial	Ver listagem de <u>colaboradores e revisores</u> (pág.285)
Autores: Esperança Santos de Abreu e Cícero Vicente Alves	

Introdução:

As vacinas pertencem a um grupo de produtos biológicos com alto perfil de segurança, entretanto, como qualquer produto farmacêutico, pode apresentar efeitos indesejáveis, os chamados eventos adversos pós-vacinação (EAPV). Eventos adversos são quaisquer ocorrências indesejadas após a vacinação, podendo ou não ter sido ocasionado pela vacina. A grande maioria dos eventos associados ao uso dos imunobiológicos é trivial: febre, dor, edema no local da injeção. Manifestações graves como convulsões febris e reações alérgicas tipo anafiláticas são bem menos frequentes. Muitos desses EAPVs são meras associações temporais, isto é, ocorreram ao mesmo tempo, mas não foram ocasionados pelo uso da vacina, porém independente de ser ou não reação vacinal, se inicia o processo de vigilância do evento.

A unidade responsável pela administração do imunobiológico deve notificar e investigar qualquer ocorrência. Em geral são unidades notificadoras as Unidades Básicas de Saúde, UPAs, Pronto Socorros e Hospitais. No entanto, qualquer Unidade de Saúde pública ou privada deve notificar a ocorrência de Evento Adverso Pós-Vacinação.

Objetivos:

Saber reconhecer, notificar e encaminhar corretamente todos os casos de eventos adversos relacionados à administração de vacinas.

Conteúdo:

Responsável:	Equipe de Enfermagem
Descrição Técnica:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente dá entrada na unidade informando possível reação vacinal, deverá ser direcionado para atendimento do Enfermeiro; 2. O enfermeiro que está acolhendo o paciente irá avaliar necessidade do usuário ser avaliado em consulta médica e qual a prioridade do atendimento, conforme sua classificação de risco; 	

3. Nos casos não graves o usuário deverá ser encaminhado à sala de vacina para notificação de EAPV. Nos casos de reação grave o atendimento médico deverá ser imediato, a notificação deverá ocorrer após o término do atendimento do usuário;
4. A notificação deve ser realizada em ficha específica de notificação de eventos adversos pós-vacinal:
 - a) Preenchimento do cadastro do paciente corretamente com todos os dados solicitantes;
 - b) Data da Notificação; c) Item de Notificação como: Data de aplicação, Estratégia, Imunobiológico, Dose, Laboratório, Lote, Via de Administração, Local de aplicação, Indicação, Especialidade, Estabelecimento; d) Se atentar a todos os demais campos descritos na ficha como: Gestante, Mulher Amamentando, Criança em aleitamento Materno, Evento Adverso descrito, Classificação não grave, Grave, Erro de imunização, Responsável pela Notificação;
5. O formulário de investigação, após atendimento do enfermeiro, deve seguir para o atendimento médico se necessário, contendo as informações respondidas na ficha pelo profissional responsável pela consulta clínica ou pediátrica;
6. Após o preenchimento enviar a ficha no processo de investigação para a UVIS (Unidade de Vigilância em Saúde);
7. Informar o paciente ou seu responsável que a unidade entrará em contato para dar resposta sobre a notificação e a conduta a ser tomada.

Observações de Manifestações locais:

Abscesso: geralmente associado com infecções secundárias a possíveis erros na técnica de aplicação;

- Hiperestesia: causada pela irritação dos terminais nervosos locais;
- Eritema: devido à vasodilatação reativa, que favorece a absorção;
- Prurido e pápulas urticariforme são consequência da liberação de histamina, serotonina, e outras substâncias vasoativas;
- Enfartamento ganglionar revela a atividade das células retículos endoteliais e dos macrófagos para eliminar os restos da vacina.

ANEXO 1

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO

Formulário de Cadastro do Paciente

Cartão SUS: _____
 Nome: _____ Nascimento: ____/____/____
 Nome da mãe: _____
 Idade: _____ Sexo: () M () F Raça: _____ Etnia: _____ Tipo Documento: _____ Nº: _____
 Zona: Urbana Rural Logradouro: _____ Nº: _____
 Complemento: _____ País: _____ UF: _____ Município: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ Telefone: (____) _____ Tel. Contato: (____) _____
 e-mail: _____

Formulário de Notificação

Data da Notificação: ____/____/____

Item de Notificação:

Data de Aplicação	Estratégia	Imuno-biológico	Dose	Laboratório	Lote	Via de Administração	Local de Aplicação	Indicação	Especialidade	Estabelecimento
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										

Gestante:
 Sim Não Ignorado
 Mês de gestação no momento da vacinação:

Mulher Amamentando:
 Sim Não

Criança em Aleitamento Materno:
 Sim Não

Evento Adverso:

Classificação:
 Não Grave (EANG) – Qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de evento adverso grave;
 Grave (EAG);
 Erro de Imunização (EI).

Responsável pelo Preenchimento da Notificação:
 Estabelecimento: CNES: _____ Nome: _____
 Responsável: _____ Função: _____
 Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ e-mail: _____
 Endereço: _____

Ficha EAPV Web versão 06-Ago-2014.doc 1 de 8

Referências complementares:

POP extraído dos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Ficha de Notificação de Eventos Adversos Pós-Vacinação.

Norma Técnica do Programa de Imunização - SMS-SP, 2021.

RECOMENDAÇÃO

Este material foi produzido pela Área de Responsabilidade Técnica Assistencial (ARTA) da Associação Saúde da Família em conjunto com Enfermeiros Responsáveis Técnicos da Rede, sendo permitida sua reprodução parcial ou total desde que seja indicada a fonte e seja sem fins comerciais.

É necessária a apreciação deste manual por todos os profissionais responsáveis pela prática e que seu conteúdo seja utilizado rotineiramente nos processos de trabalho, orientados e capacitados internamente pelos Enfermeiros Responsáveis Técnicos e disponibilizado para toda a Equipe de Enfermagem, com lista de ciência assinada.

A lista de ciência assinada por todos os profissionais da enfermagem deve estar disponível e de fácil acesso para consulta dos órgãos fiscalizadores, como COREN, Supervisão Técnica de Saúde (STS), entre outros, de maneira a comprovar que todos os profissionais da enfermagem conhecem e têm acesso ao Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem do serviço.

A Coordenação do serviço, juntamente com o Enfermeiro Responsável Técnico, são responsáveis pela revisão e atualização periódica deste Manual, podendo alterá-lo de acordo com as especificidades de seu equipamento de saúde.

Área de Responsabilidade Técnica Assistencial

AUTORES

Elaboração e divulgação:

Associação Saúde da Família

Área Técnica: Supervisão de Enfermagem

Site: www.saudedafamilia.org

Produção dos Manuais Técnicos dos anos 2019, 2020, 2021 e 2022. Em 2023 foi realizada a compilação do Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão da Atenção Básica.

Com a participação e colaboração:

Adriana Fraga Soares (PSM 21 de Junho, 02/2020)
Alessandra Campos de Souza (Coordenação ASF Norte)
Alessandra Ramos (AMA-UBS Int. Vila Nova Jaguaré, 07/2019)
Alessandro Lira da Silva (PSM Lapa, 06/2019)
Aline Marcela Andrade Vargas (AMA-UBS Int. Vila Nova Jaguaré, 07/2019)
Amanda Moreira dos Santos (UPA III Parelheiros, 07/2022)
Amanda Rosendo Lemos (UPA III Parelheiros, 07/2022)
Ana Honorato (Coordenação ASF Sul)
Ana Patrícia Jota Guilherme (PSM Balneário São José, 04/2020)
Ana Paula Angeleli (Coordenação ASF Sul)
Anaildes Santos da Silva Duarte (PSM Balneário São José, 04/2020)
Anderson Luiz dos Santos (PSM Balneário São José, 04/2020)
Anderson Luís Marcelino Martins (PSM Lapa, 06/2019)
Andréa Orlando Rossi Bernal (RHC Lapa, 07/2021)
Angela de Oliveira Lemos (RHC Capela do Socorro, 08/2019)
Anlyn Kesley Pio da Silva (CAPS ij II Aquarela Parelheiros, 10/2019)
Ariete Ramirez (Coordenação ASF Norte)
Bárbara Camila Martins Gomes (AMA-UBS Int. Vila Nova Jaguaré, 07/2019)
Bartira G. de Souza (AMA Jd. Peri, 09/2021)
Bruna Paula Santos Soares (AMA-UBS Int. Vila Nova Jaguaré, 07/2019)
Carolina Adelaide Ferreira (RHC Lapa, 05/2021)
Cassia Fernanda Marques (AMA Sorocabana, 03/2020)
Cleonice Maria C. Santos (AMA Sorocabana, 03/2020)
Cícero Vicente Alves (Área de Responsabilidade Técnica Assistencial)
Daniela Ayres Parra Churcri (RHC Lapa, 07/2021)
Danielle Monteiro (PSM Balneário São José, 04/2020)
Debora Cristina Lisboa Murata (AMA Sorocabana, 03/2020)
Deise Soares da Silva (PSM 21 de Junho, 02/2020)
Demétrio José Cleto (Coordenação ASF Sul)
Dhenyse Neyla da Silva Ramos (RHC Brasilândia, 04/2019)
Dirce Ferreira dos Santos (RHC Capela do Socorro, 08/2019)
Eliene Rosa (RHC Lapa, 07/2021)
Elizabeth Brunetti (CAPS II Arco-Íris Guarulhos, 01/2020)

Elizangela da Silva (RHC Capela do Socorro, 08/2019)
Erika do Carmo Manójo Novaes (RHC Brasilândia, 04/2019)
Esperança Santos de Abreu (Área de Responsabilidade Técnica Assistencial)
Ester Mitsuru Castellon Rifarachi (Coordenação ASF Norte)
Fabiana Donizete Cordeiro (AMA-UBS Int. Vila Nova Jaguaré, 07/2019)
Fabiana Steagall (AE Dr. Milton Aldred, 01/2021)
Fernando Pereira Antunes Cabral (PSM Lapa, 06/2019)
Flavia Pereira de Souza (PSM Balneário São José, 04/2020)
Flávio Dias da Silva (AMA Parelheiros, 06/2019)
Gabriel Aparecido de Paula (Área de Responsabilidade Técnica Assistencial)
Gabriela Costa Rocha (AMA-UBS Int. Vila Nova Jaguaré, 07/2022)
Gabriela Rodrigues Martins (CAPS III Alvorecer Guarulhos, 04/2020)
Heberth A. de Macedo (AMA Jd. Peri, 09/2021)
Humberto Cezar Nigre (PSM D. Maria Antonieta, 08/2019)
Inês de Oliveira Moretti (Coordenação ASF Norte)
Isadora Finati Capuzzi (AMA-UBS Int. Vila Nova Jaguaré, 07/2019)
Jessica Domingues (RHC Lapa, 07/2021)
Jessica Isis Medeiros Oliveira (PSM Balneário São José, 04/2020)
José Pedro Souza de Oliveira (Coordenação ASF Oeste)
Juliana Cajado Gabriel (Área de Responsabilidade Técnica Assistencial)
Juliana da Silva (PSM 21 de Junho, 02/2020)
Kamilla Verônica Ribeiro Sales (CAPS ij II Aquarela Parelheiros, 10/2019)
Karen Franco da Silva (Coordenação ASF Norte)
Klebson Silva Pereira (PSM Balneário São José, 04/2020)
Laudicéia Paula da Silva Brockveld (UPA III Parelheiros, 07/2022)
Leandra Rejane Rodrigues Evangelista (PSM Lapa, 06/2019)
Leila Vituzzo (CAPS II Arco-Íris Guarulhos, 01/2020)
Letícia Souza Fernandes (PSM Balneário São José, 04/2020)
Luciana de Jesus Matia (PSM Lapa, 06/2019)
Luciana Madureira (PSM Lapa, 06/2019)
Marcia Mendes de Mattos (CAPS ij Recriar Guarulhos, 01/2020)
Marcia Vasconcelos Leite (PSM D. Maria Antonieta, 08/2019)
Marcia Walter Freitas (Coordenação ASF Oeste)
Marcio Pereira Cardoso de Oliveira (RHC Lapa, 07/2021)
Maria Amélia Cruz (AMA-UBS Int. Vila Nova Jaguaré, 07/2019)
Maria Joelma da Silva Araújo (CAPS ij Recriar Guarulhos, 01/2020)
Marinalva Nascimento Santos Rodrigues (AMA-UBS Int. Vila Nova Jaguaré, 07/2019)
Marivani Mendes da Silva (AMA Parelheiros, 06/2019)
Melissa Serafim (RHC Lapa, 05/2021)
Michelle Ferreira Madeira (PSM Balneário São José, 04/2020)
Milene da Silva Nogueira (AMA Parelheiros, 06/2019)
Nerivânia Cordeiro Silva (PSM D. Maria Antonieta, 08/2019)
Nilson Vasconcellos Kanashiro (PSM Lapa, 06/2019)
Patricia Lima (RHC Lapa, 05/2021)
Patrícia Klein de Mendonça Quinta (PSM Lapa, 06/2019)
Priscilla Galati (Coordenação ASF Sul)

Rafaela Parra (PSM Balneário São José, 04/2020)
Renata da Costa Oliveira (CAPS III Alvorecer Guarulhos, 04/2020)
Roberta Melão (Coordenação ASF Norte)
Rodrigo Cataneo (AMA Jd. Peri, 09/2021)
Rose Mary Scheroki (AMA-UBS Int. Vila Nova Jaguaré, 07/2019)
Rosimeire Silvia de Almeida Costa (PSM 21 de Junho, 02/2020)
Salvani Priscila Vieira Matias (PSM Balneário São José, 04/2020)
Sandra Ramos (PSM Balneário São José, 04/2020)
Sandra Regina da Silva Rita Lima (RHC Brasilândia, 04/2019)
Sebastião Alves Paraizo (RHC Capela do Socorro, 08/2019)
Simone Barbosa Soares (PSM Balneário São José, 04/2020)
Silmara Correia (AE Dr. Milton Aldred, 01/2021)
Silvia Conceição Reimberg (RHC Capela do Socorro, 08/2019)
Tatiana Araújo Barbosa (UPA III Parelheiros, 07/2022)
Tatiana Carla de Lima Silva (AMA-UBS Int. Jd. Castro Alves, 06/2022)
Tatiane Aparecida Alves (AMA-UBS Int. Vila Nova Jaguaré, 07/2019)
Tatiane Beathm (RHC Lapa, 05/2021)
Tatiane da Silva Pio (RHC Lapa, 07/2021)
Tatiane Hernandez Biage Koga (AMA Sorocabana, 03/2020)
Taysa de Queiroz Brito das Neves (PSM Balneário São José, 04/2020)
Thais Almeida Mota (AE Dr. Milton Aldred, 01/2021)
Thiago Lourenço Alves (PSM Balneário São José, 04/2020)
Vanessa Morrone Maldonado (Área de Responsabilidade Técnica Assistencial)
Veronica Miranda Soares (UPA III Parelheiros, 07/2022)
Vilma Kinuyo Arakaki (RHC Lapa, 07/2021)
Vivian Caramante Rocha Simões (RHC Brasilândia, 04/2019)
Vivian Martinez Felipe Mancuzzo (PSM Balneário São José, 04/2020)
Viviane Ferreira (RHC Lapa, 05/2021)
Wilma da Silva Veja (AMA-UBS Int. Vila Nova Jaguaré, 07/2019)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, E.S.; Fernandes, M.E.L. Ramalho, M. de O.; Jr. Barbosa, S.P. **Manual de Controle de Infecção para Unidades Básicas de Saúde**. - 139p.: il. São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Associação Saúde da Família, 2008.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática](#). Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Caderno 4](#). Brasília: ANVISA, 2017.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies](#). Brasília: ANVISA, 2010.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos](#). 105p. Brasília: ANVISA, 2009.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Guia para a implementação da estratégia multimodal da OMS de melhoria da HM](#). Brasília: ANVISA, 2009.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Orientações sobre a lavagem de mãos](#). 01 de junho de 2017; plataforma de vídeo youtube: acesso em 2023.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Nota Técnica nº 01, de 01 de agosto de 2018](#). Orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2018.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [RDC nº 222, de 28 de março de 2018](#). Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2018.
- Agência Nacional de Vigilância em Sanitária. [Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004](#). Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2004.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [RDC nº 15 de março de 2012](#). Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2012.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010](#). Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país, e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2010.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde](#). - 182p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: ANVISA, 2006.

Albuquerque, Suely M.S.R.; Albuquerque, Edmir P.R. [Protocolo Clínico Prático para o Tratamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis](#). Área técnicas das Doenças Crônicas não Transmissíveis da Atenção Básica do Município de São Paulo. SMS-SP, 2019.

Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Diretrizes de Práticas em Enfermagem Perioperatória e Processamento de Produtos para Saúde**. 8ª ed. São Paulo-SP: SOBECC, 2021.

Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde. **Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Produtos para Saúde (PPS)**. 4ª. ed. São Paulo: APECIH, 2021.

Associação Saúde da Família. Coordenação de Recursos Humanos – Supervisão de Saúde Ocupacional. [Norma Interna na Ocorrência de Acidente de Trabalho](#). São Paulo: ASF, 2022.

Associação Saúde da Família. Gerência Corporativa de Recursos Humanos. [Código de Vestimenta da ASF](#). São Paulo: ASF, jan-fev/2019.

Barroso, W.K.S. et al. [Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020](#). Arq. Bras. Cardiol.; 116(3): 516-658, 2021.

Basso, M; Abreu, E.S. **Limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares e antissepsia**. p. 18-33. 2a. ed. São Paulo: APECIH, 2004.

Bowden, V.R.; Greenberg, C.S. **Procedimentos de enfermagem pediátrica**. 765p. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Carmagnani, Maria I.S. et al. **Procedimentos de enfermagem - Guia prático**. 332p. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Conselho Federal de Enfermagem. [Resolução nº 564/2017](#). Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 06/11/2017.

Conselho Federal de Enfermagem. [Resolução nº 0545/2017](#). Atualiza a norma que dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição pelos profissionais de enfermagem. Brasília: COFEN, 09/05/2017.

Conselho Federal de Enfermagem. [Resolução nº 429/2012](#) Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos. Brasília: COFEN, 30/05/2012.

Conselho Federal de Enfermagem. [Resolução nº 557/2017](#). Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Brasília: COFEN, 23/08/2017.

Conselho Federal de Enfermagem. [Resolução nº 0453/2014](#). Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional. Brasília: COFEN, 16/01/2014.

Conselho Federal de Enfermagem. [Resolução nº 427/2012](#). Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Brasília: COFEN, 07/05/2012.

Conselho Federal de Enfermagem. [Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual \(EPIs\) - COVID-19](#). Cartilha - COFEN/COREN: Brasília, 2020.

Conselho Regional de Enfermagem. [Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento](#). São Paulo: COREN, 2017.

Conselho Regional de Enfermagem. [Anotação de Enfermagem](#). São Paulo: COREN, 2022.

Conselho Regional de Enfermagem. [Processo de enfermagem: guia para a prática](#). São Paulo: COREN, 2015.

Conselho Regional de Enfermagem. [Guia de Boas Práticas de Enfermagem na Atenção Básica: norteando a gestão e a assistência](#). São Paulo: COREN, 2017.

Conselho Regional de Enfermagem. Câmara Técnica. [Parecer nº 010/2020](#). Ementa: Administração de medicamento via intramuscular. São Paulo: COREN, 26/08/2020.

Conselho Regional de Enfermagem. Câmara Técnica. [Parecer CAT nº 006/2015](#). Ementa: Sondagem/cateterismo vesical de demora, de alívio e intermitente no domicílio. São Paulo: COREN, 25/03/2015.

Conselho Regional de Enfermagem. [Orientação para coleta de material em casos suspeitos de Monkeypox](#). Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Vídeo plataforma youtube. São Paulo: COREN, 18/08/2022.

CTK Biotech, Inc. Bio Advance Diagnósticos Ltda. [Teste Rápido OnSite Duo Dengue Ag-IgG/IgM](#), 2019.

CientificaLab. [Capacitação das Equipes de Apoio à Coleta de Amostras Biológicas Unidades da Secretaria Municipal da Saúde](#). São Paulo – 2º Semestre, 2018.

CientificaLab. [Procedimento Operacional Padrão COVID-19/UBS](#), 26/08/2020.

Descarbox. [Montagem Coletor Descarbox](#). 07 de junho de 2017; plataforma de vídeo youtube: acesso em 2023.

Eco Diagnóstica Ltda. [Dengue DUO ECO Teste](#). Edição 001/2019, aprovada em 27/03/2019.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Hospital de Clínicas (HC-UFTM). POP.DF.009. [Contenção Mecânica do Cliente no Leito](#). Versão 2. Hospitais Universitários - EBSEH, 23/03/2023.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Hospital de Clínicas (HC-UFTM). POP.UR.019. [Oxigenoterapia hospitalar em adultos e idosos](#). Versão 2. Hospitais Universitários - EBSEH, 19/12/2019.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Universidade Federal da Grande Dourados. Hospital Universitário (HU-UFGD). [Divisão de Enfermagem - POP](#). Hospitais Universitários - EBSEH, atualizado em 29/08/2022.

Hinkle, Janice L.; Cheever, Kerry H. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 2 vol.; revisão técnica Sônia Regina de Souza. - 14ª. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. [Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres](#). 230p.: il. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde – Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN](#). - 76p.: il. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. [Manual de Apoio aos Gestores do SUS - Organização da Rede de Laboratórios Clínicos](#). 88 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 1.ª ed. 2.ª reimpressão. Brasília, 2003.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. [Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança](#). – 4. ed. 80 p.: il. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. [Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil](#) – 364 p.: il. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. [Ficha de Notificação/Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação - EAPV](#). Ficha EAPV Web Versão 27 de maio de 2014.

Ministério do Meio Ambiente. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente. [Resolução nº 358 de 29 de abril de 2005](#). Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: MMA, 2005.

Ministério do Trabalho. Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a [Norma Regulamentadora n.º 32](#) - (NR 32) Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília: MT, 2005 - atualizada em 2022.

Motta, Ana Letícia Carnevalli. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. 133p. 6ª ed. revisada. São Paulo: Iátria, 2011.

Organização Pan-Americana da Saúde. [Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Recomendações Básicas](#). Washington, D.C.: OPAS, 2017.

- Pasti, M.J.; & Vendruscolo, A.C.S. **Carro de emergência: ferramenta para qualidade assistencial segura em parada cardiorrespiratória**. Revista Qualidade HC, Ribeirão Preto, 2011.
- Paz, Adriana A. **Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem**. Organizado por Emiliane N. de Souza. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2016.
- Pontes V.O., et al. **Atualização bibliográfica sobre protocolos para instituição dos carros de emergência**. FIEP Bulletin, v.80, n.2, Natal/RN, 2010.
- Potter, Patricia A. et al. **Fundamentos da enfermagem**. Tradução da 9ª. ed.; p.495. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.
- Santos, C.B. Resíduos de Serviço de Saúde. In: APECIH. **Higiene, Desinfecção Ambiental e Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde**. – 3ª ed. São Paulo: APECIH, 2013.
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [Orientação para Dispensação de Fraldas](#). São Paulo: SMS, maio de 2023.
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [Diretrizes da Atenção Básica](#). Coordenadoria da Atenção Básica. São Paulo: SMS, novembro de 2022.
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [Manual de padronização de curativos](#). São Paulo: SMS, janeiro de 2021.
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [Manual técnico: procedimento e legislação para risco biológico - Biossegurança na saúde nas Unidades Básicas de Saúde](#). Coordenação da Atenção Básica. 104p. (Série Enfermagem) - 2ª ed. São Paulo: SMS, 2017.
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde](#). Coordenação da Atenção Básica. 292p. (Série Enfermagem) - 2ª ed. São Paulo: SMS, 2017.
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [Manual técnico: saúde da criança e do adolescente nas Unidades Básicas de Saúde](#). Coordenação da Atenção Básica / Estratégia Saúde da Família. 136p. (Série Enfermagem) - 4ª ed. São Paulo: SMS, 2016.
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde](#). Coordenação da Atenção Básica / Estratégia Saúde da Família. 67p. (Série Enfermagem). – 2ª. ed. São Paulo: SMS, 2016.
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [Informe Técnico nº 40. Central de Material, Limpeza, Desinfecção e Esterilização](#). Unidades da Atenção Básica da SMS-SP. Coordenação da Atenção Básica/COVISA/CCD/NMCIH. São Paulo: SMS, outubro/2011.
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [Assistência Laboratorial](#). Atenção Básica. Área Técnica de Assistência Laboratorial. São Paulo: SMS, atualizado em 23/08/2022.
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [Protocolos](#). São Paulo: SMS, atualizado em 16/06/2023.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [4º Caderno de Apoio à Coleta de Exames Laboratoriais](#). 282p. Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Atenção Básica. Assistência Laboratorial. São Paulo: SMS, 2023.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [Tuberculose](#). Vigilância em Saúde. Doenças e Agravos. São Paulo: SMS, atualizado em 04/05/2023.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [Mpox](#). Vigilância em Saúde. São Paulo: SMS, 10/04/2023.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [Acidente de trabalho com exposição a material biológico](#). Coordenação de Vigilância em Saúde. Saúde do Trabalhador. São Paulo, SMS: DVISAT / COVISA, 19/12/2022.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Vigilância em Saúde. Doenças e Agravos. [Arboviroses: Dengue, Zika e Chikungunya](#). São Paulo: SMS, atualizado em 31/01/2020.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. [Norma Técnica do Programa de Imunização](#). 75p. SES-SP: CVE, 2021.

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. [Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma - 2012](#). Jornal Brasileiro Pneumologia; v.38, Suplemento 1, p.S1-S46, Abril 2012.

Volpato, Andrea Cristina Bressane; Passos, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas básicas de enfermagem**. 4ª ed. São Paulo: Martinari, 2015.

Waitzberg, D.I.; Dias, M.C.G.; Isosaki, M. **Passagem de sonda nasoenteral**. In. Manual de boas práticas em terapia nutricional, enteral e parenteral. São Paulo: Atheneu, 2014.

3M™. Attest™. [Indicador biológico](#) 1262 com leitura final negativa em 48 horas, acesso em 2023.

