



Prefeitura Municipal de Poços de Caldas
Secretaria Municipal de Saúde

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO
(POP) DE ENFERMAGEM

Poços de Caldas, abril de 2022

Ficha Técnica

Sérgio Antônio Carvalho de Azevedo

Prefeito

Julio Cesar Freitas

Vice-Prefeito

Carlos Eduardo Venturelli Mosconi

Secretário Municipal de Saúde

Rosilene de Oliveira Faria

Secretário Adjunto de Saúde

Camila Ferreira Bacelar Donato

Coordenadora da Atenção Básica

Grupo de Trabalho

José Guilherme Consolini – Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família

Jussara A. L. Fernandes – Enfermeira da Estratégia Saúde da Família

Tatiana Cristina Bastos – Enfermeira – Apoiadora Institucional da Estratégia Saúde da Família

Revisões

Ângela Ferreira da Silva

Miriam dos Reis

Paloma Teixeira Salomão

Sumário

1.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento Para Realização de Acolhimento	7
2.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento Para Higienização das Mãos	10
3.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Aferição de Pressão Arterial	13
4.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Aferição da Frequência Cardíaca	16
5.Procedimento Operacional Padrão – Pop Procedimento para Realização de Aferição da Frequência Respiratória	18
6.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Aferição da Temperatura Axilar	20
7.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Mensuração do Peso	22
8.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Mensuração da Altura	24
9.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Mensuração do Perímetro Cefálico	26
10.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para a Mensuração da Circunferência Abdominal	28
11.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização do Teste de Glicemia Capilar	30
12.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Preparo de Injeções	33
13.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização da Administração de Medicação Intradérmica	36
14.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização da Administração de Medicação Subcutânea	39
15.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Administração Insulina por Via Subcutânea	41

16.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização da Administração de Medicação Intramuscular	44
17.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Administração de Penicilina	48
18.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Administração de Medicamentos por Via Endovenosa	51
19.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Punção de Acesso Venoso Periférico (utilizando cateteres flexíveis ou agulhados)	53
20.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Soroterapia	56
21.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Administração de Medicamentos por Via Retal	58
22.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Retirada de Pontos	60
23.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Coleta de Sangue Venoso	62
24.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para realização de Curativo de Ferida Cirúrgica Limpa	65
25.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Curativo de Ferida Aberta	68
26.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Triagem Neonatal (Teste do Pezinho)	72
27.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Coleta de Citopatológico Oncótico do Colo Uterino (Papanicolau)	75
28.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Coleta de Escarro para Baciloscopia	80
29.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Prova do Laço	83
30.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Lavagem Intestinal	85
31.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Sondagem Nasoenteral/ Nasogástrica	88
32.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Administração de Nutrição Enteral	92
33.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Cateterismo Vesical de	


Alívio	96
34.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Cateterismo Vesical de Demora	101
35.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Organização e Funcionamento da Sala de Nebulização	105
36.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Oxigenoterapia (Cateter Nasal)	107
37.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Troca de Bolsa de Estomia	110
38.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Reanimação Cardiopulmonar – Suporte Básico de Vida	117
39.Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para realização de Teste Rápido	122

APRESENTAÇÃO

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é o conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação e a porta de entrada às Redes de Atenção à Saúde, sendo a Estratégia Saúde da Família a estratégia prioritária para a sua consolidação, devendo atender a grande maioria das demandas em saúde (BRASIL, 2017).

Considerando a saúde como um direito constitucional e que deve ser assegurado pelo Estado de forma universal e equitativa (BRASIL, 1988) é de suma importância que este direito seja resguardado por meio de ações que garantam a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população.

No que tange à ABS, o Procedimento Operacional Padrão (POP), foi elaborado com o objetivo de padronizar e garantir o resultado esperado, procurando minimizar os erros nas ações rotineiras executadas nas Unidades de Saúde da Família no município de Poços de Caldas, MG. Sabendo da importância da segurança e satisfação do usuário, este instrumento garante uma assistência de enfermagem de qualidade, sendo uma ferramenta que busca a excelência na prestação do serviço.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>1. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Acolhimento</p>	<p>Código: POP – 01</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>Atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional;</p> <p>Qualificar a relação trabalhador usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.</p> <p>Prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Todos os profissionais da equipe de saúde</p>
<p>Indicação:</p> <p>Incluir os usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios. Além disso, a ampliação de acesso se dá, também, uma vez que contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto à demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempo.</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esfigmomanômetro; 2. Estetoscópio; 3. Termômetro; 4. Glicosímetro;

5. Prontuário do paciente;
6. Caneta esferográfica.

Descrição do Procedimento:

1. Escuta Inicial:

Atender o paciente, idealmente, em um ambiente privado (sala específica ou um consultório que esteja vago), permitindo o diálogo aberto de forma acolhedora; Observar, reconhecer, descrever sinais e sintomas e identificar a queixa principal; Avaliar a vulnerabilidade e/ou risco biológico e psicossocial do usuário para definir se sua demanda pode ser resolvida no próprio acolhimento ou se ele necessita de avaliação com profissional de nível superior/consulta;

Caso necessite de uma consulta, avaliar se sua urgência demanda um atendimento no mesmo turno ou no mesmo dia ou se ele pode ser atendido em 24h, 48h, ou ainda se pode ser agendado para outra data. A classificação de risco pode ser realizada com base em protocolos validados (como, por exemplo, os do Caderno de Atenção Básica nº 28 volumes II) e deve levar em conta tanto o risco biológico quanto a vulnerabilidade psicossocial;

Em caso de dúvida sobre como proceder, consultar os profissionais de nível superior para discussão de caso ou interconsulta.

2. Seguimento:

Caso necessite de atendimento com profissional de nível superior, ofertá-lo em tempo oportuno (ou seja, em tempo hábil para atender às necessidades do usuário), garantindo a resolutividade do acolhimento;

Caso o usuário necessite ser referenciado para outro serviço, viabilizar o encaminhamento de forma responsável, preencher adequadamente o documento de referência com o motivo do encaminhamento e, se necessitar de remoção, acionar o serviço de ambulância;

Todos os profissionais acolhem os usuários, informam sobre os fluxos da unidade e as formas de acesso. Participam das decisões que influenciam no funcionamento da unidade.

Técnico de enfermagem: realiza a escuta inicial, presta orientações em saúde e classifica o risco, a partir de protocolos e pactuações com a equipe e sob supervisão do enfermeiro, médico e odontólogo. Presta cuidado dos usuários

que ficam em observação até estabilização ou remoção para outro serviço;

Enfermeiro: realiza consultas agendadas e de urgência na APS, na unidade de saúde e no domicílio. Supervisiona a equipe que realiza escuta inicial, dando retaguarda através da discussão de casos e de interconsultas. Presta cuidado aos usuários que ficam em observação até estabilização ou remoção para outro serviço. Realiza monitoramento das condições que exigem vigilância (vigilância de gestantes, puericultura, hipertensos, diabéticos, casos sob investigação – em especial, de HIV e tuberculose – com ênfase nos casos que envolvem vulnerabilidade psicossocial, entre outros). Pode participar diretamente da escuta inicial em alguns momentos (naqueles em que há maior procura por atendimento), dando mais resolutividade à primeira escuta.

Informações Complementares:


Digitar o procedimento no e-SUS.

Referências Bibliográficas:

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300015&lng=en&nrm=iso> Acesso em 23 Outubro de 2019.

Universidade Federal do Rio Grande Do Sul. TelessaúdeRS, QualificaAPS. Diretrizes do Processo de Trabalho (DPT) Acolhimento na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>2. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento Para Higienização das Mãos</p>	<p>Código: POP – 02</p>
	<p>Elaboração:03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

Finalidade:

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

Responsável pela execução:

Todos os profissionais da equipe de saúde.

Indicação:

- Remover a sujidade e outros resíduos;
- Reduzir a microbiota transitória;
- Prevenir a transmissão de microrganismos patogênicos.

Materiais:

1. Pia;
2. Papel toalha;
3. Almotolia de sabão líquido neutro ou soluções antissépticas.

Descrição do Procedimento:

1. Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;
2. Retirar adornos;
3. Arregaçar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário;
4. Posicionar-se em frente a pia, sem encostar-se à mesma;
5. Abrir a torneira;
6. Molhar as mãos;
7. Fechar a torneira;
8. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido neutro para cobrir toda superfície das mãos;
9. Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos:
10. Palma contra palma;

11. Palma direita sobre dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos;
12. Palma esquerda sobre o dorso da mão direita, entrelaçando os dedos;
13. Palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais;
14. Parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai-vem;
15. Rotação dos polegares direito e esquerdo;
16. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa; Esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;
17. Abrir a torneira;
18. Enxaguar as mãos no sentido dos dedos para os punhos;
19. Enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
20. Fecha a torneira com auxílio do mesmo papel toalha que enxugou as mãos e desprezá-lo na lixeira de resíduos comuns.

Informações Complementares:

Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais. Ao iniciar o turno de trabalho.

Após ir ao banheiro;

Antes e depois das refeições;

Antes de preparo de alimentos;

Antes de preparo e manipulação de medicamentos;

Nas situações descritas a seguir para preparação alcoólica.

Higienizar as mãos com preparação alcoólica quando estas não estiverem visivelmente sujas, em todas as situações descritas a seguir:

Antes de contato com o cliente;

Após contato com o cliente;

Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos; Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;

Após risco de exposição a fluidos corporais;

Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao cliente;

Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao cliente;

Antes e após remoção de luvas (sem talco);

Segundo a NR32 não se deve usar adornos no local de trabalho;

Os cinco momentos para a higienização das mãos são: antes de contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente, após contato com as áreas próximas ao paciente;

Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais;

Evite espirrar pois os microrganismos disseminam-se com maior facilidade em superfícies úmidas.

Referências Bibliográficas:


BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS: Secretaria Municipal de Saúde.

Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem, versão 2.

Campinas/SP, 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PESCARIA BRAVA: Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem. 2017.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>3. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Aferição de Pressão Arterial</p>	<p>Código: POP – 03</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>A pressão arterial é a força exercida sobre a parede de uma artéria pelo sangue pulsante sob a pressão do coração. Através da aferição da pressão arterial é possível mensurar esta força em milímetros de mercúrio (mmHg).</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem</p>
<p>Indicação:</p> <p>Controle da pressão arterial em usuários do serviço de saúde portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diabetes, obesidade, nefropatia, doenças cerebrovasculares ou cardiovasculares ou quaisquer condições clínicas em que alterações na pressão arterial constitui-se um importante parâmetro a ser avaliado;</p> <p>Usuários do serviço de saúde com ou sem doenças de base, com ou sem história familiar de HAS que procuram o serviço de saúde para uma aferição ou controle da pressão arterial;</p> <p>Conforme critérios do médico ou enfermeiro.</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 01 Esfigmomanômetro; 2. 01 Estetoscópio; 3. Algodão; 4. Álcool.
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde;

2. Certificar-se de que o usuário do serviço de saúde não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos e não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes da aferição;
3. Deixar o usuário do serviço de saúde descansar por 5 a 10 minutos;
4. Faça a higiene das mãos, conforme POP 2;
5. Realizar as assepsia das olivas, da campânula e do diafragma do estetoscópio com álcool 70%;
6. Localizar a artéria braquial por palpação;
7. Colocar o manguito firmemente cerca de 2 cm a 3 cm acima da fossa antecubital, atentando para que a marcação do manguito esteja apontada para a artéria braquial;
8. Manter o braço do usuário do serviço de saúde na altura do coração;
9. Posicionar os olhos no nível do manômetro;
10. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento no nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar de 15 segundos antes de inflar novamente;
11. Colocar o estetoscópio nos ouvidos, com a curvatura voltada para frente;
12. Posicionar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial, na fossa antecubital;
13. Solicitar ao paciente que não fale durante o procedimento;
14. Inflar o manguito de pressão 30 mmHg acima do ponto onde a pulsação não pôde ser palpada;
15. Soltar a válvula lentamente e desinflar o manguito a 2 mmHg por segundo;
16. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som;
17. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento completo dos sons;
18. Faça a higiene das mãos, conforme POP 2;
19. Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica.

Informações Complementares:

Classificação da pressão arterial em crianças e adolescentes com idade > 13 anos

Categoria	SIS (mmHg)	DIAS (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Elevada	120-129	< 80
Hipertensão estágio 1	130-139	80-89
Hipertensão estágio 2	≥ 140	90

Classificação da Pressão Arterial para adultos com 18 anos ou mais		
Categoria	SIS (mmHg)	DIAS (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110


Referências Bibliográficas:

POTTER, Patrícia, PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem, Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1568p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2013

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, Volume 107, Nº 3, Suplemento 3, Setembro 2016.

Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019


 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>4. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Aferição da Frequência Cardíaca</p>	<p>Código: POP – 04</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>O pulso é a delimitação palpável da circulação sanguínea percebida em vários pontos do corpo, sendo um indicador do estado circulatório. Através da aferição da frequência cardíaca é possível avaliar o número de pulsações (batimentos) em um período de tempo de 01 minuto. Na avaliação do pulso pode se determinar seu ritmo e a sua amplitude</p>														
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>														
<p>Indicação:</p> <p>Importante sinal vital utilizado na monitorização hemodinâmica do indivíduo, podendo ajudar no diagnóstico e abordagem terapêutica.</p>														
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 01 relógio de pulso; Material para anotação. 														
<p>Informações Complementares:</p> <p style="text-align: center;">Variações aceitáveis de Frequência Cardíaca</p> <table border="1" data-bbox="475 1637 1120 1910"> <thead> <tr> <th>Idade</th> <th>Frequência Cardíaca (BPM)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bebe</td> <td>120-160</td> </tr> <tr> <td>Criança começando a andar</td> <td>90-140</td> </tr> <tr> <td>Pré-escolar</td> <td>80-110</td> </tr> <tr> <td>Criança em idade escolar</td> <td>75-100</td> </tr> <tr> <td>Adolescente</td> <td>60-90</td> </tr> <tr> <td>Adulto</td> <td>60-100</td> </tr> </tbody> </table>	Idade	Frequência Cardíaca (BPM)	Bebe	120-160	Criança começando a andar	90-140	Pré-escolar	80-110	Criança em idade escolar	75-100	Adolescente	60-90	Adulto	60-100
Idade	Frequência Cardíaca (BPM)													
Bebe	120-160													
Criança começando a andar	90-140													
Pré-escolar	80-110													
Criança em idade escolar	75-100													
Adolescente	60-90													
Adulto	60-100													
<p>Referências Bibliográficas:</p>														

POTTER, Patrícia, PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem, Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1568p.

SOUZA, Emiliane N. de (org.). Manual de procedimentos de enfermagem. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2016. Disponível em:

file:///C:/Users/CECILIA/Downloads/Emiliane-Nogueira-deSouza-(org)---Manual-de-Procedimentos-em-Enfermagem.pdf. Acesso em 13 de julho de 2020.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>5. Procedimento Operacional Padrão – Pop Procedimento para Realização de Aferição da Frequência Respiratória</p>	<p>Código: POP – 05</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>A frequência respiratória é o número de movimentos respiratórios (ventilações) que ocorrem em um período de tempo de 01 minuto. Através da aferição da FR é possível avaliar se o indivíduo apresenta alguma alteração do padrão respiratório.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>
<p>Indicação:</p> <p>Utilizado na monitorização do padrão respiratório do indivíduo auxiliando no diagnóstico e abordagem terapêutica.</p>
<p>Materiais:</p> <p>01 relógio de pulso; Material para anotação.</p>
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde; 2. Fazer a higiene das mãos, conforme POP 2; 3. Garantir a privacidade do usuário do serviço de saúde; 4. Manter o usuário sentado ou deitado com a cabeceira elevada entre 45 a 60°, certifique-se de que o tórax do usuário esteja visível, se necessário remover o lençol ou a roupa;

5. Posicionar o braço do usuário de forma relaxada sobre o abdome ou na parte inferior do tórax ou coloque a mão diretamente sobre o abdome superior do usuário;
6. Observar o ciclo respiratório completo (uma inspiração e uma expiração);
7. Depois que você observar o ciclo, olhe para o relógio e comece a contar a frequência: quando o impulso da mão atingir um número no mostrador, o intervalo de tempo começa a ser registrado, contando como número UM o primeiro ciclo respiratório completo;
8. Se o ritmo estiver regular, conte o número de respirações em 30 segundos e multiplique por 2 (dois). Se o ritmo tiver irregular, menos de 12 ou mais de 20, conte durante 01 minuto inteiro;
9. Observar a profundidade das respirações subjetivamente avaliada pela observação do grau de movimento da parede torácica enquanto estiver contando a frequência. Descreva a profundidade como sendo rasa, normal ou profunda;
10. Observar o ritmo do ciclo respiratório. A respiração normal é regular e interrupta.
11. Repor os lençóis e as roupas do usuário;
12. Fazer a higiene das mãos, conforme POP 2;
13. Discutir os achados com o paciente de acordo com a necessidade.

Informações Complementares:


Variações aceitáveis de Frequência Respiratória

Idade	Frequência Respiratória (RPM)
Recém-nascido	35-40
Bebê (6 meses)	30-50
Criança começando a andar (2 anos)	25-32
Criança	20-30
Adolescente	16-20
Adulto	12-20

Referências Bibliográficas:

POTTER, Patrícia, PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem, Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1568p.

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

 ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas	6. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Aferição da Temperatura Axilar	Código: POP – 06
	Elaboração: 03/04/2022	Revisão: 0

<p>Finalidade:</p> <p>A temperatura corpórea é a diferença entre a quantidade de calor produzido por processos do corpo e a quantidade de calor perdido para o ambiente externo.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>
<p>Indicação:</p> <p>Utilizado na monitorização da temperatura corporal do indivíduo, podendo ajudar no diagnóstico e abordagem terapêutica.</p> <p>Importante sinal vital utilizado na monitorização hemodinâmica;</p> <p>Auxilia no diagnóstico clínico dos processos infecciosos.</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 01 Termômetro digital; 2. Algodão 3. Álcool 70% 4. Toalha de papel 5. Material para anotação.
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde; 2. Fazer a higiene das mãos, conforme POP 2; 3. Realizar a assepsia do termômetro digital com algodão embebido em álcool 70%; 4. Auxiliar o usuário a assumir uma posição confortável que permita um acesso fácil ao local de medição da temperatura; 5. Expor a axila do usuário, observar se há presença de lesões ou umidade excessiva e secá-la com papel toalha se necessário;

6. Colocar o bulbo do termômetro na axila realizando abdução do braço direito ou esquerdo e em seguida realizar adução, assegurando que esteja colocado no local correto;
7. Manter o termômetro por 3 minutos ou até apitar;
8. Realizar a leitura do termômetro;
9. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2;
10. Realizar anotação e comunicar alteração ao médico ou enfermeiro.

Informações Complementares:


Variações de temperatura

Hipotermia Leve	34°-36°C
Hipotermia Moderada	30°-34°C
Hipotermia Acentuada	<30°C
Temperatura normal	35,5°-37,2°C
Subfebril	37,3°-37,7°C
Febre	≥37,8°C

Referências Bibliográficas:

POTTER, Patrícia, PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem, Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1568p.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. – São Paulo: SMS, 2014.162 p. – (Série Enfermagem)

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>7. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Mensuração do Peso</p>	<p>Código: POP – 07</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>A mensuração do peso consiste em determinar a dimensão da massa ou volume corporal.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>
<p>Indicação:</p> <p>A mensuração do peso é importante, acompanhado de outras medidas antropométricas para avaliação do estado nutricional (desnutrição, sobrepeso ou obesidade) e avaliação dos riscos para algumas doenças (diabetes, cardiopatia e hipertensão arterial sistêmica) em crianças, adultos, gestantes e idosos.</p>
<p>Materiais:</p> <p>1. Balança; Papel Toalha.</p>
<p>Crianças menores de 2 anos (ou até 15 kg)</p> <p>1. Balança pediátrica 2. Álcool 70%</p>
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar ao usuário do serviço de saúde o procedimento; 2. Realizar higienização das mãos, conforme POP 2; 3. Forrar o piso da balança com papel toalha; 4. Tarar a balança; 5. Pedir para o usuário retirar o calçado; 6. Pesar o usuário solicitando que o mesmo não se mexa; 7. Ler e anotar o valor obtido;

8. Ajudar o usuário a colocar o calçado;
9. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2;


Crianças menores de 2 anos (a balança pediátrica possui limite máximo de 15 kg)

1. Explicar o procedimento ao responsável;
2. Fazer a higiene das mãos, conforme POP 2;
3. Ligar a balança e esperar até que a tela de início seja exibida e certificar-se de que esteja zerada;
4. Retirar toda a roupa da criança, inclusive as fraldas com auxílio do responsável;
5. Colocar a criança sentada ou deitada no centro da balança;
6. Orientar o responsável a manter-se próximo da criança sem tocá-la;
7. Realizar a leitura quando luz “estável” acender ou quando o peso estiver fixo;
8. Retirar a criança;
9. Registrar o peso da criança no prontuário ou no cartão da criança;
10. Realizar a assepsia do prato da balança com álcool 70%;
11. Realizar a higienização das mãos, conforme POP 2.

Referências Bibliográficas:

ARAÚJO, Guilherme T. Antropometria. Curso Nacional de Nutrologia. Associação Brasileira de Nutrologia. Catanduva, São Paulo, 2015.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. – São Paulo: SMS, 2014.162 p. – (Série Enfermagem)

 ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas	8. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Mensuração da Altura	Código: POP – 08
	Elaboração: 03/04/2022	Revisão: 0

Finalidade:

A mensuração da estatura consiste em medir o tamanho ou altura de um ser humano.

Responsável pela execução:

Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Indicação:

A mensuração da estatura é importante, acompanhado de outras medidas antropométricas para avaliação do estado nutricional (desnutrição, sobrepeso ou obesidade) e avaliação dos riscos para algumas doenças (diabetes, cardiopatia e hipertensão arterial sistêmica) em crianças, adultos, gestantes e idosos.

Materiais:

1. Balança contendo régua antropométrica;
2. Papel toalha.
3. Crianças menores de 2 anos
4. . Régua antropométrica pediátrica

Descrição do Procedimento:

1. Explicar o procedimento ao usuário de serviço de saúde;
2. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2;
3. Forrar o piso da balança com papel toalha;
4. Pedir para o usuário retirar o calçado e subir na balança;
5. Colocar o usuário de costas, em posição ereta, de costas para a régua da balança com os calcanhares unidos e cabeça na posição neutra;
6. Realizar a mensuração e travar a régua da balança;
7. Ler e anotar o valor obtido;
8. Auxiliar o usuário a descer da balança e colocar o calçado;

9. Fazer a higienização das mãos, conforme POP

Crianças menores de 02 anos

1. Explicar o procedimento ao responsável da criança;
2. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2;
3. Deitar a criança (maca com lençol descartável) no centro da régua antropométrica, descalça, se necessário pedir auxílio do responsável, para manter a criança na posição ereta até realização da mensuração;
4. Manter a cabeça apoiada firmemente na parte fixa do equipamento com a cabeça em posição neutra, ombros em contato com a superfície, pressionar levemente os joelhos para baixo e juntar os pés da criança formando um ângulo reto; e levar a base móvel da régua antropométrica até as plantas dos pés;
5. Realizar a leitura;
6. Realizar a anotação no prontuário e no cartão da criança;
7. Retirar a criança da posição e pedir para o acompanhante recompor a criança;
8. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2.

Informações Complementares:

Com os dados obtidos da mensuração do peso e altura é possível calcular o índice de massa corpórea através da seguinte fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura}^2}$$


Classificação segundo IMC

Classificação	IMC
Magreza grau III	<16,0
Magreza grau II	16,0 a 16,9
Magreza grau I	17,0 a 18,5
Eutrofia (normal)	18,5 a 24,9
Sobrepeso	25,0 a 29,9
Obesidade grau I	30,0 a 34,9
Obesidade grau II	35,0 a 39,9
Obesidade grau III	40,0 a 49,9
Superobeso	≥50,0

Referências Bibliográficas:

ARAÚJO, Guilherme T. Antropometria. Curso Nacional de Nutrologia. Associação Brasileira de Nutrologia. Catanduva, São Paulo, 2015.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. – São Paulo: SMS, 2014.162 p. – (Série Enfermagem)

 ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas	9. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Mensuração do Perímetro Cefálico	Código: POP – 09
	Elaboração: 03/04/2022	Revisão: 0

Finalidade:

A mensuração do perímetro cefálico consiste em determinar a circunferência da cabeça de crianças de risco ou não até os 02 anos de idade.

Responsável pela execução:

Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Indicação:

A mensuração do perímetro cefálico permite a identificação de doenças neurológicas como microcefalia (causa genética ou ambiental) e hidrocefalia. A mensuração do perímetro cefálico é um importante dado antropométrico aferido em crianças até 02 anos de idade.

Materiais:

1. Fita métrica.

Descrição do Procedimento:

1. Explicar o procedimento ao responsável pela criança;
2. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2;
3. Colocar a criança deitada em decúbito dorsal;
4. Circundar a cabeça da criança com a fita métrica passando pela região occipital, parietal e frontal (não passar a fita sobre o pavilhão auditivo);
5. Realizar a anotação no prontuário e no cartão da criança;
6. Comparar o perímetro cefálico com a medida esperada para a sua idade;
7. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2.

Informações Complementares:


Perímetro cefálico (RN a termo)

Meninas	Meninos
Escore Z zero=34,0 cm	Escore Z zero=34,5 cm
Variação=32,5 – 35,0 cm	Variação=33,0 a 35,5 cm

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. – São Paulo: SMS, 2014.162 p. – (Série Enfermagem)

 ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas	10. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para a Mensuração da Circunferência Abdominal	Código: POP – 10
	Elaboração: 03/04/2022	Revisão: 0

Finalidade:

A circunferência abdominal é medida na metade da distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal inferior, com o paciente em posição ereta. O procedimento consiste em obter a circunferência do abdome por meio de uma fita métrica.

Responsável pela execução:

Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Indicação:

A medição da gordura abdominal por meio da circunferência abdominal (CA) é um forte determinante de riscos cardiovasculares, mesmo se o indivíduo apresentar um peso dentro da normalidade.

Materiais:

Fita métrica.

Descrição do Procedimento:

1. Explicar o procedimento ao usuário de serviço de saúde;
2. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2;
3. Solicitar a pessoa que fique em pé com os braços relaxados ao lado do corpo, os pés juntos e a região abdominal também relaxada e livre de roupas;
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, apalpar o ilíaco até encontrar a região mais elevada;
7. Colocar a fita horizontalmente ao redor do abdome sobre o ponto médio definido;
8. Segurar a parte inicial da fita com a mão esquerda e posicionar abaixo da parte final da fita que estará segura pela mão direita;
9. Verificar se a fita está alinhada em um plano horizontal, paralelo ao chão;

10. Ajustar a fita firmemente em torno do abdome, sem enrugar a pele, nem comprimir os tecidos subcutâneos;
11. Realizar a leitura no final da expiração;
12. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2;
13. Realizar anotação.

Informações Complementares:

Combinação das medidas de circunferência abdominal e IMC para avaliar obesidade e risco para diabetes 2 e doença cardiovascular

Risco de complicações metabólicas	IMC (kg/m ²)	Circunferência abdominal (cm)	
		Homem: 94-102	102+
		Mulher: 80-88	88+
Baixo peso	< 18,5	-	
Peso saudável	18,5-24,9	-	Aumentado
Sobrepeso	25-29,9	Aumentado	Alto
Obesidade	≥ 30	Alto	Muito alto

Referências Bibliográficas:


GORZ, Flávia Busch, TRIBESS, Susan. Circunferência da cintura ou do abdome: qual utilizar para mensurar a gordura visceral? Rev Bras Nutr Clin, FURB, Blumenau, SC, 2009; 25 (3): 233-7. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/12/10-Circunfer%C3%A7%C3%A3o-da-cintura-ou-do-abdome.pdf>. Acesso em: 29 de outubro de 2019.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. – São Paulo: SMS, 2014.162 p. – (Série Enfermagem).

ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO – 3.ed. – Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009. Inclui bibliografia ISBN 978-85-60549-15-3. Disponível:

http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_20_10_1.pdf.

Acesso em: 29 de outubro de 2019.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>11. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização do Teste de Glicemia Capilar</p>	<p>Código: POP – 11</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

Finalidade:

A realização do teste de glicemia capilar consiste em obter uma amostra de sangue capilar para verificar a glicemia capilar do indivíduo.

Responsável pela execução:

Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Indicação:

Usuários do serviço de saúde que necessitem realizar o controle diário da glicemia capilar conforme prescrição médica.

Materiais:

1. Algodão;
2. Álcool 70%
3. Luvas de procedimento;
4. Glicosímetro;
5. Lanceta;
6. Caixa para descarte de materiais perfurocortantes.

Descrição do Procedimento:

1. Explicar o procedimento para o indivíduo e/ou responsável pela criança;
2. Realizar a higienização das mãos, conforme POP 2;
3. Preparar o lancetador para obtenção de sangue;
4. Retirar uma tira-teste do frasco de tiras-teste, tampe de novo o frasco imediatamente;
5. Segurar a tira-teste de modo que as setas e o quadrado verde fiquem voltados para cima;
6. Introduzir cuidadosamente a tira-teste na guia da tira-teste, na direção da seta, até perceber que a tira-teste se encaixou;

7. O monitor de glicemia irá ligar-se e executar um teste padrão do visor (por cerca de 2 segundos);
8. Verificar se todos os segmentos dos dígitos 888, bem como a unidade de medida, podem ser visualizados;
9. Após o teste do visor, será exibido o número de código (corresponde ao número de código da etiqueta do frasco de tiras-teste);
10. Após o número de código, surgirão no visor o símbolo de tira-teste e o símbolo da gota intermitente, você ouvirá um sinal sonoro;
11. O monitor de glicemia está pronto para o teste (tempo de 90 segundos);
12. Calçar luvas de procedimento;
13. Realizar a antisepsia do dedo que será puncionado com álcool 70% e deixar secar;
14. Pressionar o dedo da base para a ponta;
15. Realizar a punção da face lateral do dedo escolhido;
16. Estimular a formação de uma gota de sangue apertando o dedo com leve pressão em direção à ponta do dedo;
17. Aplicar a gota de sangue no centro da área verde. Afaste em seguida o dedo da tira-teste;
18. Após 5 segundos a medição estará concluída e o resultado aparecerá no visor;
19. Realizar anotação;
20. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2;
21. Comunicar anormalidades ao médico ou enfermeiro.

Procedimento em pacientes pediátricos ou neonatais:

Realizar coleta no calcanhar, na superfície plantar medial ou lateral se:

- Tiver até 6 meses de vida;
- Tiver entre 3 a 10 Kg.

O preparo da pele e a punção deve ocorrer da mesma forma que no paciente adulto, alterando-se o local da punção.

Referências Bibliográficas:


ACCU-CHEK Active. Instruções de uso: Monitor de glicemia. Importado por: Roche Diabetes Care Brasil LTDA, São Paulo, SP, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. – São Paulo: SMS, 2014.162 p. – (Série Enfermagem)

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. – São Paulo: Editora Clannad, 2017.

Sociedade Brasileira de Diabetes – Posicionamento Oficial SBD nº 01/2019, Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2: Algoritmo SBD, 2019

World Health Organization. Diretrizes da OMS para a tiragem de sangue: boas práticas em flebotomia. Injection Safety & Related Infection Control Safe Injection Global Network (SIGN) Secretariat 20 Appia Avenue – CH 1211 Geneva 27 – Switzerland, 2014. Disponível em: https://www.who.int/infection-prevention/publications/Phlebotomy-portuges_web.pdf?ua=1 . Acesso em: 13 de julho de 2020.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>12. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Preparo de Injeções</p>	<p>Código: POP – 12</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>Consiste em preparar injeções que serão aplicadas ao paciente.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>
<p>Indicação:</p> <p>Preparo de medicações por via parenteral de forma segura.</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Algodão; 2. Álcool; 3. Medicação prescrita; 4. Seringa; 5. Agulha; 6. Diluente (salina ou água estéril).
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2; <p>Preparo de medicação em ampola:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bater no topo da ampola de maneira suave e rápida com o dedo, até que o líquido se desloque do gargalo da ampola; 2. Colocar compressa pequena de gaze ou chumaço de algodão com álcool ao redor do gargalo da ampola 3. Quebrar o topo da ampola de forma rápida e firme com as mãos; 4. Puxar a medicação rapidamente usando uma agulha longa para alcançar a base da ampola;

5. Segurar a ampola de cabeça para baixo ou colocar em uma superfície plana. Inserir uma agulha no centro da abertura da ampola. Não permitir que a ponta da agulha ou a haste toque as bordas da ampola;
6. Aspirar a medicação na seringa puxando gentilmente o êmbolo;
7. Manter a ponta da agulha abaixo da superfície do fluido, inclinar a ampola para trazer todo o líquido para alcance da agulha;
8. Se bolhas de ar forem aspiradas, não se deve expelir o ar para dentro da ampola;
9. Para expelir o excesso de ar, remover a agulha da ampola. Segurar a seringa com a agulha apontando para cima. Bater suavemente na lateral da seringa para que as bolhas subam em direção à agulha. Puxar devagar o êmbolo para trás e então pressionar o êmbolo para frente, para expelir a bolha. Não ejetar o líquido;
10. Se a seringa contiver um excesso de líquido, use uma pia para dispensar o líquido. Segurar a seringa verticalmente com a ponta da agulha para cima e incline a agulha em direção à pia. Ejetar devagar o excesso de líquido na pia;
11. Realizar troca de agulha para administrar a medicação.

Preparo de medicação em frasco contendo solução:

1. Remover a capa que está cobrindo a tampa de um frasco não usado para expor o selo de borracha estéril, mantendo a borracha estéril;
2. Pegar uma seringa e remover a capa da agulha. Puxar o êmbolo para que a quantidade de ar que entra na agulha seja equivalente ao volume de medicação a ser aspirado no frasco;
3. Com o frasco em uma superfície plana, insira a ponta da agulha com o bisel entrando primeiro no centro do selo de borracha. Aplicar pressão na ponta da agulha durante inserção;
4. Injetar ar no espaço interno do frasco, segurando o êmbolo da seringa. Segurar o êmbolo com pressão firme; a pressão de ar dentro do frasco algumas vezes força o êmbolo para trás;
5. Inverter o frasco e mantenha a seringa e o êmbolo firmes. Segurar o frasco entre o polegar e o dedo médio da mão não dominante. Apertar a extremidade do tubo da seringa e êmbolo com o polegar e o dedo indicador da mão dominante para contrapor a pressão no frasco;
6. Manter a ponta da agulha abaixo do nível do líquido;


7. Permitir que a pressão de ar do frasco preencha a seringa gradualmente com a medicação. Se necessário puxe devagar o êmbolo para obter a quantidade correta da medicação;
8. Quando o volume desejado for obtido, posicionar a agulha no espaço com ar do frasco; dar batidinhas no tubo da seringa para deslocar qualquer bolha de ar. Ejetar qualquer ar restante no topo da seringa dentro do frasco;
9. Remover a agulha do frasco puxando o tubo da seringa para trás;
10. Segurar a seringa ao nível dos olhos em ângulo de 90° assegurando o volume correto e a ausência de bolhas de ar. Remover qualquer ar restante dando batidinhas no tubo para deslocar qualquer bolha de ar. Puxar gentilmente o êmbolo; então empurrar o êmbolo para cima, para ejetar o ar. Não ejetar o líquido. Reavaliar o volume da medicação;
11. Se a medicação for injetada no tecido do paciente, mudar a agulha para uma de calibre e tamanho apropriados de acordo com a via de administração;
12. Para frascos de doses múltiplas, fazer um rótulo que inclua a data da mistura, concentração da medicação por mililitro e suas iniciais.

Frasco contendo pó (medicamentos reconstituídos)

1. Remover a capa que estiver cobrindo o frasco de uma medicação em pó e a tampa do frasco contendo o diluente apropriado. Limpar com firmeza ambos os selos com algodão e álcool e deixe secar;
2. Puxar o diluente na seringa;
3. Inserir a ponta da agulha através do centro do selo de borracha do frasco com a medicação em pó. Injetar o diluente no frasco. Remover a agulha;
4. Misturar a medicação completamente, rolar entre as palmas, não agitar;
5. A medicação reconstituída no frasco está pronta para ser usada. Ler o rótulo cuidadosamente para determinar a dose de medicamento após reconstituição;
6. Preparar a medicação na seringa para aplicação.

Referências Bibliográficas:

POTTER, Patrícia, PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem, Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1568p.

 ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas	13. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização da Administração de Medicação Intradérmica	Código: POP – 13
	Elaboração: 03/04/2022	Revisão: 0

Finalidade: Administrar medicamento entre a derme e epiderme.
Responsável pela execução: Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.
Indicação: Administração de soluções/medicações por via intradérmica; Utilizada para realização de testes de sensibilidade, prova tuberculínica e vacina BCG; Utilizada na administração de substâncias cuja absorção deva ser lenta. O volume máximo de substância a ser administrado por esta via é de 0,5 ml.
Materiais: <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicamento prescrito; 2. Seringa e agulhas estéreis (o tamanho da agulha depende do medicamento dado e tipo corporal do paciente) – geralmente 13x0,45 mm; 3. Agulha para aspiração 4. Algodão; 5. Álcool 70%; 6. Luvas descartáveis; 7. Fita microporosa (Micropore); 8. Luvas descartáveis; 9. Material para anotação.
Descrição do Procedimento: <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde; 2. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2; 3. Localizar a via de administração; 4. Calçar luvas de procedimento;

5. Realizar antissepsia do local com álcool 70%;
6. Com a mão não dominante, esticar a pele sobre o local com o indicador ou polegar;
7. Com a agulha quase contra a pele do paciente, introduzir lentamente com o bisel voltado para cima em ângulo de 5° a 15° até que se sinta uma resistência. Em seguida avançar a agulha através da epiderme aproximadamente até 3 mm abaixo da superfície da pele. A extremidade da agulha poderá ser observada através da pele;
8. Injetar lentamente o medicamento. Normalmente a resistência é sentida. Quando não, a agulha está muito profunda; remover e começar novamente. A mão não dominante pode estabilizar a agulha durante a injeção;
9. Enquanto injetar o medicamento, observar que uma pequena bolha de aproximadamente 6 mm de diâmetro aparece na superfície da pele. Dizer ao paciente que este é um achado normal;
10. Retirar a agulha enquanto aplica-se uma bola de algodão gentilmente sobre a região, não massagear e aplicar uma bandagem se necessário;
11. Posicione o paciente de maneira confortável;
12. Descartar a seringa agulhada dentro do recipiente para materiais perfurocortantes e frascos vazios nos recipientes adequados;
13. Retirar as luvas e realizar higienização das mãos, conforme POP 2;
14. Realizar checagem da medicação com nome e horário da administração.

Informações Complementares:

Ver preparo de injeções, POP 12.

No caso de vacinas, o álcool não poderá ser utilizado.

Referências Bibliográficas:

POTTER, Patrícia, PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem, Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1568p.


TAYLOR, Carol R. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 1768p.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde /

Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. – São Paulo: SMS, 2014.162 p. – (Série Enfermagem).

SOUZA, Emiliane N. de (org.). Manual de procedimentos de enfermagem. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2016. Disponível em:

file:///C:/Users/CECILIA/Downloads/Emiliane-Nogueira-deSouza-(org)---Manual-de-Procedimentos-em-Enfermagem.pdf. Acesso em 13 de julho de 2020.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>14. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização da Administração de Medicação Subcutânea</p>	<p>Código: POP – 14</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>Administrar medicamento no tecido subcutâneo.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>
<p>Indicação:</p> <p>Administração de soluções/medicações por via subcutânea;</p> <p>Utilizada na administração de insulina, heparina e vacinas (contra Sarampo Rubéola e Caxumba; Varicela e Febre Amarela).</p> <p>O volume máximo de substância por via subcutânea é de 1,5 ml.</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicamento prescrito; 2. Seringa de 1-3 ml e agulhas estéreis (o tamanho da agulha depende do medicamento dado e tipo corporal do paciente) – geralmente 13x0,45 mm; 3. Agulha para aspiração 4. Algodão; 5. Álcool 70%; 6. Luvas descartáveis; 7. Fita microporosa (Micropore); 8. Luvas descartáveis; 9. Material para anotação.
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde; 2. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2; 3. Localizar a via de administração; 4. Calçar luvas de procedimento;

5. Realizar antissepsia do local com álcool 70%;
6. Para o paciente de tamanho médio, estenda firmemente a pele através do local da injeção ou pince a pele com a mão não dominante;
7. Inserir a agulha de forma rápida e firme em ângulo de 45° a 90°. A seguir, libere a pele;
8. Opção: continue a beliscar a pele e libere após a administração de medicamentos;
9. Para paciente obeso, pince a pele do local e insira a agulha em um ângulo de 90° abaixo da dobra tecidual;
10. Injetar lentamente o medicamento;
11. Após retirar a agulha realizar compressão do local com algodão seco;
12. Fixar fita microporosa com algodão no local da picada.
13. Posicionar o paciente de maneira confortável;
14. Descartar a seringa agulhada dentro do recipiente para materiais perfurocortantes e frascos vazios nos recipientes adequados;
15. Retirar as luvas e realizar higienização das mãos, conforme POP 2;
16. Realizar checagem da medicação com nome e horário da administração.

Informações Complementares:

Ver preparo de injeções, POP 12.

No caso de vacinas, álcool não poderá ser utilizado;


Referências Bibliográficas:

POTTER, Patrícia, PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem, Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1568p.

TAYLOR, Carol R. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 1768p.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. – São Paulo: SMS, 2014.162 p. – (Série Enfermagem)

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Câmara Técnica. Parecer COREN-SP 010/2018. Ticket nº546.292. Ementa: Técnica de administração de injeção/vacina por via subcutânea. São Paulo, SP 2018.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>15. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Administração Insulina por Via Subcutânea</p>	<p>Código: POP – 15</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>Consiste em aplicar insulina por via subcutânea.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>
<p>Indicação:</p> <p>Utilizada para tratamento do diabetes.</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Insulina (conforme prescrição); 2. Seringa de insulina agulhada; 3. Algodão; 4. Álcool 70%; 5. Fita microporosa (Micropore); 6. Material para anotação.
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento ao usuário de serviço de saúde; 2. Lavar e secar as mãos, conforme POP 2; 3. Reunir a insulina prescrita, a seringa com agulha, o algodão e o álcool 70%; 4. Homogeneizar a insulina, se suspensão; 5. Proceder à desinfecção da borracha do frasco de insulina com algodão embebido em álcool 70%; 6. Manter o protetor da agulha e puxar o êmbolo até a graduação correspondente à dose de insulina prescrita; 7. Retirar o protetor da agulha e injetar o ar dentro do frasco de insulina; 8. Posicionar o frasco de cabeça para baixo, sem retirar a agulha, e aspirar a

- insulina até a dose prescrita;
9. Eliminar bolhas de ar, se existentes, realizando movimentos com as pontas dos dedos até que as bolhas atinjam o bico da seringa para serem eliminadas;
 10. Virar o frasco para a posição inicial;
 11. Remover a agulha do frasco, protegendo-a até o momento da aplicação;
 12. Realizar antissepsia com álcool 70% no local escolhido para aplicação;
 13. Esperar secar;
 14. Realizar a prega subcutânea;
 15. Introduzir a agulha com movimento único, rápido, firme e leve;
 16. Injetar insulina continuamente;
 17. Manter a agulha no subcutâneo por, no mínimo, cinco segundos;
 18. Remover a agulha suavemente, com movimento único;
 19. Soltar a prega subcutânea;
 20. Realizar suave pressão local por alguns segundos, caso ocorra sangramento.
Não massagear;
 21. Descartar o material em coletor apropriado.
 22. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2

Informações Complementares:

Ver preparo de injeções, POP 12;

Insulina regular: ação rápida.

Insulina NPH: ação intermediária.

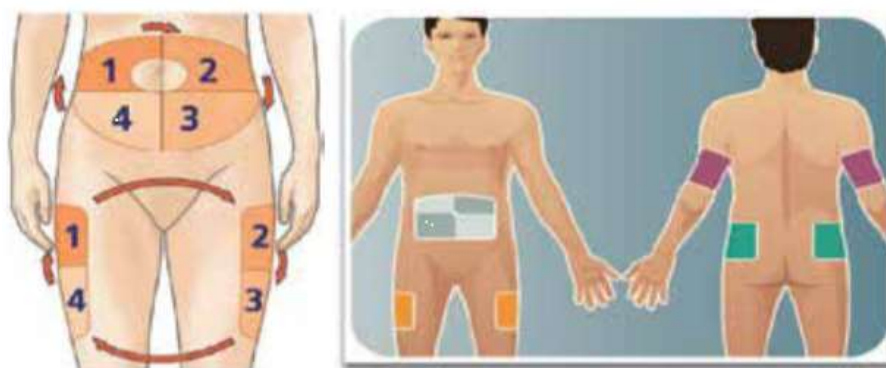
A insulina nunca deve ser exposta a temperaturas inferiores a 2 °C para não ter o risco de congelamento e perda de seu efeito;

Evitar armazenamento na porta da geladeira e a proximidade com as paredes da geladeira e o congelador. Os locais mais indicados são as prateleiras localizadas do meio para baixo e sempre acondicionada em sua embalagem original; Quando conservada sob refrigeração, a insulina deverá ser retirada da geladeira entre 15 a 30 minutos antes da aplicação, para prevenir dor e risco de irritação no local de aplicação.

A insulina que não foi aberta deve ser guardada na geladeira entre 2 e 8°C.

Depois de aberta, pode ser deixada à temperatura ambiente (menor do que

30°C) por 30 dias, com exceção da detemir (Levemir), que pode ficar em temperatura ambiente por até 42 dias. É importante manter todos os tipos de insulina longe da luz e do calor. Descarte a insulina que ficou exposta a mais de 30°C ou congelada. Não use medicamentos após o fim da data de validade. Deve-se realizar o rodízio dos locais de injeção de forma sistemática, de tal maneira que eles fiquem separados um do outro por, pelo menos, 1 cm, a fim de evitar repetição do local e trauma ao tecido.




Sociedade Brasileira de Diabetes. Recomendações sobre o tratamento injetável do diabetes: insulinas e incretinas. São Paulo, SP, 2017.

Referências Bibliográficas:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Aplicação de insulina: dispositivos e técnica de aplicação. **Diretrizes SBD**. São Paulo, SP, 2014-2015. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-1/002-Diretrizes-SBD-Applicacao-Insulina-pg219.pdf> . Acesso em: 29 de outubro de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Insulina: Armazenamento. São Paulo, SP, 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/insulina>. Acesso em 13 de julho de 2020.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>16. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização da Administração de Medicação Intramuscular</p>	<p>Código: POP – 16</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>Administrar medicamento no tecido muscular.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>
<p>Indicação:</p> <p>Administração de soluções/medicações por via intramuscular; Utilizada na administração de medicações cuja ação esperada seja rápida ou prolongada (anti-inflamatórios, antibióticos, por exemplo); Utilizada na administração de vacinas (contra Difteria, Tétano e Coqueluche; Hepatite B; Hepatite A, por exemplo).</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicamento prescrito; 2. Seringa de 2-3 ml e agulhas estéreis (o tamanho da agulha depende do medicamento dado e tipo corporal do paciente) – geralmente 25x0,7 mm; 3. Agulha para aspiração (40x1,2 mm) 4. Algodão; 5. Álcool 70%; 6. Luvas descartáveis; 7. Fita microporosa (Micropore); 8. Luvas descartáveis;
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde; 2. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2; 3. Localizar a via de administração; 4. Calçar luvas de procedimento;

5. Realizar antissepsia do local com álcool 70%;

6. Pinçar a pele e o músculo do local selecionado;

Obs: Para técnica em Z: Posicionar a mão não dominante logo abaixo do local e puxar a pele aproximadamente 2,5 a 3,5 cm para baixo ou lateralmente como lado ulnar da mão, a fim de administrar uma técnica em Z. Mantenha a posição até que a medicação seja injetada.

7. Com a mão dominante, injete a agulha com bisel lateralizado rapidamente em ângulo de 90° no músculo;

8. Quando a massa muscular do paciente for pequena, segure o corpo do músculo entre o polegar e os dedos;

9. Inserir a agulha no músculo através de um movimento suave e constante. Após a agulha furar a pele, segurar a parte inferior do tubo da seringa com a mão não dominante para estabilizar a seringa. Continuar a segurar a pele firmemente com a mão não dominante. Mover a mão dominante para o fim do êmbolo. Não mover a seringa;

10. Puxar o êmbolo de volta por 5 a 10 segundos. Se não houver retorno de sangue, injetar o medicamento de forma lenta, numa taxa de 1 ml/10s;

11. Esperar 10 segundos e então retirar suavemente a agulha e liberar a pele;

12. Retirar a agulha enquanto aplica-se uma bola de algodão seca gentilmente sobre a região;

13. Aplicar uma pressão gentilmente. Não massagear a região;

14. Fixar fita microporosa com algodão no local da picada;

15. Posicionar o paciente de maneira confortável;

16. Descartar a seringa agulhada dentro do recipiente para materiais perfurocortantes e frascos vazios nos recipientes adequados;

17. Retirar as luvas e realizar higienização das mãos, conforme POP 2;

18. Realizar checagem da medicação com nome e horário da administração.

Informações Complementares:

Ver preparo de injeções, POP 12.

No caso de vacinas, álcool não poderá ser utilizado.

Volume máximo administrado por via intramuscular:

- Deltoide: 2 ml;

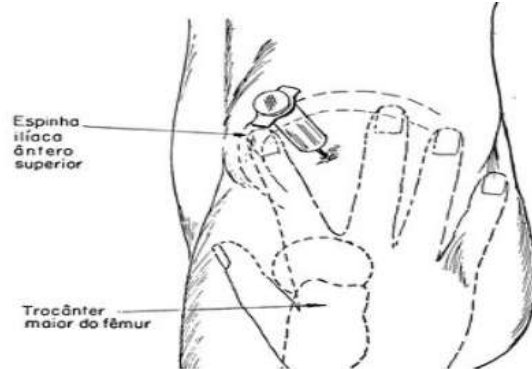
- Glúteo: 5 ml;
- Ventroglúteo: 5 ml;
- Vasto lateral da coxa: 4 ml (adultos) e 2 ml (crianças).

Via de aplicação intramuscular dorso glútea



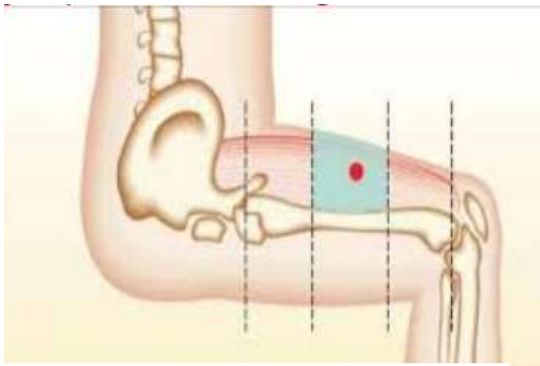
Disponível em:
http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_33_administracao_de_medicao_por_via_intramuscular_em_adultos.pdf

Via de aplicação intramuscular ventroglútea



Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/319089095_INJECCOES_PARENTERAIS

Via de aplicação intramuscular região vasto lateral



Disponível em:
<https://www.ufjf.br/fundamentosenf/files/2019/08/POP-FACENF-Parenteral-n.-061.pdf>

Via de aplicação intramuscular região do músculo deltoide



Disponível em:
[http://www.hupe.uerj.br/hupe/Administracao/AD_coordenacao/AD_Coorden_public/POP%20CDC%20080.%20ADMINISTRA%C3%87%C3%83O%20DE%20MEDICA%C3%87%C3%83O%20POR%20VIA%20PERCUT%C3%82NEA%20\(%20S.C,%20ID,%20IM\).pdf](http://www.hupe.uerj.br/hupe/Administracao/AD_coordenacao/AD_Coorden_public/POP%20CDC%20080.%20ADMINISTRA%C3%87%C3%83O%20DE%20MEDICA%C3%87%C3%83O%20POR%20VIA%20PERCUT%C3%82NEA%20(%20S.C,%20ID,%20IM).pdf)

Referências Bibliográficas:


POTTER, Patrícia, PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem, Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1568p.

TAYLOR, Carol R. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 1768p.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. – São Paulo: SMS, 2014.162 p. – (Série Enfermagem)

SOUZA, Emiliane N. de (org.). Manual de procedimentos de enfermagem. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2016. Disponível em:

file:///C:/Users/CECILIA/Downloads/Emiliane-Nogueira-deSouza-(org)---Manual-de-Procedimentos-em-Enfermagem.pdf. Acesso em 13 de julho de 2020.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>17. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Administração de Penicilina</p>	<p>Código: POP – 17</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

Finalidade:

As penicilinas são antimicrobianos betalactâmicos, bactericidas, de origem natural ou sintética, indicados no tratamento da maioria das infecções por serem amplamente distribuídos no organismo. O procedimento consiste em administrar o antibiótico por via intramuscular.

Responsável pela execução:

Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Indicação:

Utilizada no tratamento da sífilis, febre reumática e faringite estreptocócica.

Materiais:

1. Penicilina G benzatina 600.000 ou 1.200.000 UI + diluente (água destilada);
2. Seringa de 5 ml e agulhas estéreis (o tamanho da agulha depende do medicamento dado e tipo corporal do paciente) – geralmente 25x0,7 mm;
3. Agulha para aspiração (40x1,2 mm)
4. Algodão;
5. Álcool 70%;
6. Luvas descartáveis;
7. Fita microporosa (Micropore);
8. Luvas descartáveis;
9. Material para anotação.

Descrição do Procedimento:

1. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde;
2. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2;

3. Retirar o lacre metálico do frasco superior, limpar a borracha e o gargalo da ampola com o diluente, usando algodão embebido em álcool a 70%;
4. Aspirar o diluente da ampola e introduzir o líquido no frasco ampola;
5. Realizar rotação do frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma;
6. Colocar ar na seringa, na mesma quantidade do líquido que será aspirado;
7. Erguer o frasco verticalmente, com a borracha voltada para baixo, logo após introduzir a agulha, que está conectada à seringa, no mesmo e injetar o ar, aspirando a dose prescrita;
8. Realizar troca de agulha;
9. Localizar a via de administração;
10. Calçar luvas de procedimento;
11. Realizar antisepsia do local com álcool 70%;
12. Segurar o corpo do músculo entre o polegar e os dedos;
13. Inserir a agulha no músculo através de um movimento suave e constante. Após a agulha furar a pele, segurar a parte inferior do tubo da seringa com a mão não dominante para estabilizar a seringa. Continuar a segurar a pele firmemente com a mão não dominante. Mover a mão dominante para o fim do êmbolo. Não mover a seringa;
14. Puxar o êmbolo de volta por 5 a 10 segundos. Se não houver retorno de sangue, injetar o medicamento de forma lenta, numa taxa de 1 ml/10 s;
15. Retirar suavemente a agulha e liberar a pele;
16. Retirar a agulha enquanto aplica-se uma bola de algodão seca sobre a região;
17. Aplicar uma pressão gentilmente. Não massagear a região;
18. Fixar fita microporosa com algodão no local da picada;
19. Posicionar o paciente de maneira confortável;
20. Descartar a seringa agulhada dentro do recipiente para materiais perfurocortantes e frascos vazios nos recipientes adequados;
21. Retirar as luvas e realizar higienização das mãos, conforme POP 2;
22. Realizar checagem da medicação com nome e horário da administração.


Informações Complementares:

Ver preparo de injeções, POP 12.

Referências:

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de Enfermagem. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Orientações para uso de Penicilina Benzatina associada a lidocaína 2% para gestantes com sífilis e seus parceiros. Campinas, SP, 2017.

 ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas	18. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Administração de Medicamentos por Via Endovenosa	Código: POP – 18
	Elaboração: 03/04/2022	Revisão: 0

<p>Finalidade:</p> <p>Consiste em administrar medicações por via intravenosa visando obter uma ação medicamentosa mais rápida ou quando se deseja administrar uma grande quantidade de volume.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>
<p>Indicação:</p> <p>A via endovenosa é utilizada quando se deseja uma ação rápida 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.</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bandeja; 2. Bolas de algodão; 3. Álcool a 70%; 4. Fita microporosa (Micropore); 5. Garrote; 6. Seringa e agulha; 7. Luva de procedimento.
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde; 2. Realizar a higienização das mãos, conforme POP 2; 3. Preparar a medicação, acrescentando o garrote na bandeja; 4. Calçar luvas e selecionar a veia; 5. Solicitar ao paciente que feche a mão e mantenha o braço imóvel;


6. Garrotear acima do local escolhido;
7. Fazer antissepsia ampla, no sentido distal para proximal;
8. Esticar a pele com a mão não dominante, fixar a veia e segurar o algodão seco;
9. Posicionar o bisel voltado para cima, segurar o canhão da agulha com o dedo indicador e a seringa com a mão dominante;
10. Introduzir a agulha, aspirar o êmbolo com a mão não dominante até refluxo de sangue na seringa;
11. Pedir ao paciente para abrir a mão; retirar o garrote com a mão não dominante;
12. Injetar a medicação lentamente, retirar a agulha e comprimir com o algodão seco sem massagear;
13. Ao injetar a medicação em dispositivo de infusão, realizar a desinfecção prévia das tampas dos conectores com algodão umedecido em álcool;
14. Fazer higienização das mãos, conforme POP 2;
15. Registrar a anotação de enfermagem.

Informações Complementares:

Ver preparo de injeções, POP 12.

Referências Bibliográficas:

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de Enfermagem. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

 ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas	19. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Punção de Acesso Venoso Periférico (utilizando cateteres flexíveis ou agulhados)	Código: POP – 19
	Elaboração: 03/04/2022	Revisão: 0

Finalidade: <p>Consiste em puncionar um acesso venoso periférico por meio de um dispositivo agulhado (Scalp) ou flexível (Abocath)</p>
Responsável pela execução: <p>Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>
Indicação: <p>Necessidade de via de acesso para infusão de soluções e/ou medicamentos e quaisquer outras situações conforme indicação médica.</p>
Materiais: <ol style="list-style-type: none"> 1. Luvas de procedimento; 2. Algodão; 3. Álcool 70%; 4. Garrote (látex); 5. Seringa, agulha e solução salina para salinização; 6. Esparadrapo ou similar para fixação 7. Cateter intravenoso (agulhado (Scalp) ou flexível (Abocath)); 8. Solução salina preparada em equipo (já preenchido com solução); 9. Equipo de 2 vias (Polifix) preenchido com solução salina (em caso de Abocath se necessário); 10. Equipo de soro; 11. Caixa de perfurocortante.
Descrição do Procedimento: <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde;

2. Realizar a higienização das mãos, conforme POP 2;
3. Utilizar EPI obrigatório;
4. Orientar o paciente quanto à realização do procedimento, se possível;
5. Selecionar o local de acesso mais adequado com vistas à indicação e condição do paciente;
6. Selecionar o tipo de dispositivo e calibre, levando em consideração idade e condição da rede venosa;
7. Para melhor visualização da rede venosa, garrotear 10 a 15 cm acima do local de inserção proposta (no membro superior, preferencialmente acima da fossa antecubital);
8. Realizar a antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%, no sentido do proximal para o distal (sentido do retorno venoso), três vezes;
9. Preparar o dispositivo: Remover a embalagem; Retirar o protetor do cateter em movimento firme e único; Inspecionar integridade; Realizar um giro de 360° da agulha (girando o conector – no caso de Abocath); (Caso utilizar o Scalp, removê-lo do invólucro e salinizá-lo antes da punção);
10. Tracionar a pele com o polegar abaixo do local a ser puncionado para minimizar a mobilidade da veia;
11. Introduzir o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, a um ângulo de 15° a 30°, até a cateterização do vaso;
12. Ao visualizar o refluxo sanguíneo na câmara, reduzir o ângulo e introduzir por 0,5 cm e estabilizar o cateter com uma mão paralelamente à pele;
13. Soltar o garrote;
14. Introduzir o cateter enquanto retira gradualmente a agulha guia/mandril (Abocath);
15. Após a retirada total da agulha guia, conectar o equipo previamente preparado.
Atenção para os dispositivos com recolhimento automático da agulha;
16. Fixar de forma que não interfira na visualização e avaliação do local;
17. Desprezar agulha guia no coletor de resíduos perfurocortantes;
18. Recomenda-se identificar o acesso, assim que possível, com hora e data, tipo e calibre do dispositivo e nome do profissional;
19. Fazer higienização das mãos, conforme POP 2;

20. Realizar anotações.

Informações Complementares:

Ver preparo de injeções; POP 12;

O uso de cateter simples com agulhas (escalpe) é indicado para infusão de volumes baixos (por curto período e/ou sem necessidade de infusão contínua) e para medicações de administração única. Seu uso está relacionado a maior ocorrência de transfixação e infiltração;

Evitar puncionar em locais com lesões de pele;

Em caso de transfixação e formação de hematoma, retirar o cateter e promover compressão direta;

Atentar para a ocorrência de sangramento e infiltrações.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Protocolos de Intervenção


para o SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília:

Ministério da

Saúde, 2ª ed, 2016. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_avancado_vida.pdf.

Acesso em 29 de outubro de 2019.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>20. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Venocliseterapia</p>	<p>Código: POP – 20</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

Finalidade:

A venocliseterapia consiste na administração de volumes de líquidos no organismo através de uma veia.

Responsável pela execução:

Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Indicação:

Repor líquidos nos casos de hemorragia, choque e desidratação; Manter o acesso para administrar medicamentos por via endovenosa.

Materiais:

1. Bandeja;
2. Frasco de soro com solução prescrita;
3. Cateter de inserção periférica (Scalp ou Abocath);
4. Bolas de algodão;
5. Álcool 70%;
6. Suporte para frasco de soro;
7. Seringa e agulha;
8. Garrote;
9. Esparadrapo em tiras;
10. Equipos de soro;
11. Luvas para procedimento;
12. Identificação do soro.

Descrição do Procedimento:

1. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde;
2. Realizar a higienização das mãos, conforme POP 2;


3. Reunir o material;
4. **Se a solução de soro estiver acondicionada em frascos de plástico:** passar algodão umedecido em álcool no local a ser aberto; girar a extremidade e abrir o frasco de soro; injetar o medicamento; adaptar o equipo e retirar o ar da extensão; pinçar e manter a ponta do equipo com protetor próprio;
5. **Se a solução estiver acondicionada em bolsas plásticas:** remover o lacre protetor, conectar o equipo e preenchê-lo com soro; puncionar a bolsa no local indicado e injetar o medicamento;
6. Identificar o soro;
7. Colocar o soro no suporte, em altura superior a 1 m do leito;
8. Cortar tiras de fita adesiva;
9. Calçar as luvas, selecionar a veia, garrotear, fazer a antisepsia e puncionar;
10. Retirar o garrote, conectar o equipo de soro e fixar o dispositivo com fita adesiva;
11. Controlar gotejamento e identificar a data, o horário e o nome do responsável pela punção;
12. Observar anormalidades;
13. Fazer higienização das mãos, conforme POP 2;
14. Realizar anotações.

Informações Complementares:

Ver preparo de injeções, POP 12.

Referências Bibliográficas:

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de Enfermagem. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>21. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Administração de Medicamentos por Via Retal</p>	<p>Código: POP – 21</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

Finalidade:

Consiste em administrar medicações através do reto.

Responsável pela execução:

Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Indicação:

A via retal é utilizada para pacientes com alterações gástricas como náuseas e vômito, com dificuldade ou incapacidade de deglutição, aos inconscientes. A mucosa retal é altamente vascularizada e favorece a absorção do medicamento, podendo ser administrado por meio de sonda retal, se líquido ou diretamente, se supositório.

Materiais:

1. Bandeja;
2. Luva de procedimento;
3. Gaze;
4. Supositório.

Em caso de medicação líquida

1. Medicação prescrita;
2. Sonda retal;
3. Seringa 20 ml;
4. Agulha 40x12.


Descrição do Procedimento:

1. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde;
2. Realizar a higienização das mãos, conforme POP 2;
3. Confirmar previamente a necessidade de evacuação do paciente;

4. Reunir o material: gaze, luvas de procedimento e medicação prescrita;
5. Orientar o paciente e colocá-lo em decúbito lateral;
6. Calçar as luvas;
7. Aplicação de supositório: afastar as nádegas e introduzir, no orifício anal, o supositório envolto em gaze; pedir para o paciente contrair o ânus a fim de reter o supositório;
8. Aplicação de medicação líquida: aspirar o conteúdo em uma seringa, conectar na sonda retal e introduzir a sonda no ânus; injetar o medicamento e retirar a sonda.
9. Fazer higienização das mãos, conforme POP 2;
10. Realizar anotações no prontuário.

Referências Bibliográficas:

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de Enfermagem. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>22. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Retirada de Pontos</p>	<p>Código: POP – 22</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>Retirar pontos após o processo de cicatrização.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro e Técnico de enfermagem.</p>
<p>Indicação:</p> <p>Retirada de fios colocados para aproximar as bordas de uma lesão (sutura)</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bandeja; 2. Pacote de curativo; 3. Gaze esterilizada; 4. Soro fisiológico 0,9%; 5. Saco de lixo; 6. 01 par de luvas de procedimento; 7. Lâmina de bisturi descartável.
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde; 2. Checar prescrição médica; 3. Colocar o material a ser usado próximo ao usuário do serviço de saúde; 4. Aproximar o lixo, em posição que não cruze material sujo sobre o limpo; 5. Colocar o usuário do serviço de saúde em posição confortável, expondo apenas o local da incisão; 6. Calçar as luvas; 7. Retirar o curativo, se estiver usando técnica de curativo simples (usar luvas);

8. Verificar as condições de cicatrização, avaliando se os pontos podem ser retirados totalmente ou alternados;
9. Colocar o pacote de curativo sobre o carrinho ou bandeja;
10. Dispor as pinças num lado, em cima e na borda do campo esterilizado, com auxílio da pinça servente;
11. Abrir o pacote de gaze e colocá-las no campo esterilizado distante das pinças;
12. Fazer antisepsia da incisão e lavar com SF 0,9% e preparar o bisturi;
13. Pegar a pinça dente de rato, fixar e levantar o ponto na altura do nó cirúrgico;
14. Cortar o fio logo abaixo do nó cirúrgico, próximo a pele;
15. Puxar o ponto retirando-o;
16. Colocar o ponto retirado sobre a gaze próximo a incisão;
17. Proceder da mesma maneira para os demais pontos;
18. Desprezar a gaze;
19. Observar se todos os pontos saíram por inteiro;
20. Fazer o curativo de acordo com a técnica simples ou contaminado.
21. Desprezar o material utilizado em local adequado;
22. Lavar as mãos, conforme POP 2;
23. Realizar as anotações no prontuário.

Informações Complementares:

Certificar-se do tipo de fio utilizado na sutura. Em geral, suturas com fios absorvíveis não precisam ser retiradas;

Nos casos em que houver sinais de processos inflamatórios ou infecciosos, solicitar avaliação do enfermeiro;


Sangramento: compressão local e avisar o médico;

Deiscência: Aproximar parede com pontos falsos e avisar o médico.

Referências Bibliográficas:

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

HARAGUSHIKU C. G. BERTOLDI L. Manual de procedimentos para sala de curativos. Disciplina de Administração da Assistência à Saúde, da Universidade Federal do Paraná, 2003.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>23. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Coleta de Sangue Venoso</p>	<p>Código: POP – 23</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>É o ato de realizar a coleta de sangue venoso para análise laboratorial.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro e Técnico de enfermagem.</p>
<p>Indicação:</p> <p>Coleta de sangue venoso para fins de análise laboratorial.</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Água, sabão e papel toalha; 2. Bandeja; 3. Etiqueta para identificação e caneta; 4. Luvas de procedimento; 5. Garrote, bolas de algodão, álcool 70°; 6. Seringa de 10ml com agulha 30X7mm com dispositivo de segurança; 7. Frascos para condicionamento da amostra devidamente identificado; 8. Pedido do exame.
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fazer higienização das mãos, conforme POP 2; 2. Reunir o material necessário numa bandeja; 3. Fazer o rótulo do frasco de coleta, com nome completo do paciente, número do prontuário, leito hospitalar e data; 4. Conferir o nome completo do paciente; 5. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde; 6. Levar a bandeja até o usuário de serviço de saúde; 7. Posicionar o paciente de modo a facilitar a localização da veia para punção; 8. Calçar as luvas de procedimento;

9. Solicitar que o usuário do serviço de saúde feche a mão;
10. Instalar o garrote, aproximadamente há 4 cm acima do local escolhido para coleta de sangue;
11. Proceder a antissepsia da pele com álcool 70°;
12. Aplicar o antisséptico com algodão em sentido “caracol” do centro para periferia, trocar o algodão a cada antissepsia do local, esperar secar;
13. Introduzir a agulha no local escolhido com o bisel posicionado para cima;
14. Aspirar a quantidade de sangue necessária para o (s) exame(s) a serem realizado(s);
15. Soltar o garrote e solicitar ao usuário do serviço de saúde que abra a mão;
16. Comprimir o local da punção sem dobrar o braço do usuário do serviço de saúde, solicitando que o mesmo continue a comprimir por mais dois ou três minutos;
17. Colocar o sangue nos frascos, deixando que o sangue escorra lentamente pelas paredes dos mesmos;
18. Movimentar o tubo lentamente para homogeneizar seu conteúdo, caso tenha anticoagulante;
19. Recolher o material, desprezando a agulha e a seringa na caixa de descarte para perfurocortante e os demais encaminhar ao expurgo e desprezar em saco de lixo branco;
20. Não reencapar a agulha;
21. Retirar as luvas de procedimento;
22. Deixar o usuário do serviço de saúde confortável;
23. Fazer higienização das mãos, conforme POP 2;
24. Realizar as anotações de enfermagem;
25. Enviar o material ao laboratório acompanhado do pedido, o mais rápido possível;
26. Proceder a higienização da bandeja com água e sabão, secar e guardar em local apropriado.

Informações Complementares:

Permitir a secagem da área por 01 minuto, para evitar hemólise da amostra, e também a sensação de ardência quando o braço do paciente for puncionado;


Não assoprar, não abanar e não colocar nada no local; Não tocar novamente na região após a Antissepsia.

Referências Bibliográficas:

BORTOLOZO, N. M. et al. Técnicas em enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. Florianópolis-SC, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA. Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial para coleta de sangue venoso. 2. ed. Barueri, SP: Minha Editora, 2010. Disponível em: [http://www. Sbpc.org.br/upload/conteudo/320090814145042.pdf](http://www.Sbpc.org.br/upload/conteudo/320090814145042.pdf). Acesso em 22/06/2016.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>24. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para realização de Curativo de Ferida Cirúrgica Limpa</p>	<p>Código: POP – 024</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>Evitar a contaminação de feridas limpas; Facilitar a cicatrização; Reduzir a infecção nas lesões contaminadas; Absorver secreções, facilitar a drenagem de secreções, promover a hemostasia com os curativos compressivos; Manter o contato de medicamentos junto à ferida e promover conforto ao paciente.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro e Técnico de enfermagem.</p>
<p>Indicação:</p> <p>Ferida cirúrgica com cicatrização por primeira intenção com ou sem drenos (abertos fechados).</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacote de curativo estéril; 2. Luvas de procedimento ou estéril quando houver exposição de tecidos nobres – osso, tendão, nervo, periósteo, peritônio e outros; 3. Gazes estéreis e não estéreis, chumaços de gaze estéril; 4. Soro fisiológico a 0,9% (SF a 0,9%), de 125 ml ou 250 ml; 5. Fixadores do tipo esparadrapo ou micropore, fita adesiva ou similar; 6. Agulha 40 x 12.
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fazer a higienização das mãos, conforme POP 2; 2. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde; 3. Calçar luva de procedimento; 4. Retirar o curativo (anterior); 5. Higienizar as mãos, conforme POP 2;

6. Calçar luvas estéreis;
7. Abrir o pacote de curativo. Manipulação do pacote de curativo com técnica asséptica, incluindo a utilização de luvas;
8. Utilizar gaze e soro fisiológico a 0,9%;
9. Aplicar a gaze umedecida na ferida em um único sentido, repetindo por três vezes;
10. Secar ferida operatória quando utilizar soro fisiológico a 0,9%;
11. Avaliar local da incisão, se não apresentar exsudato manter as incisões expostas até a remoção da sutura. Nestes casos recomenda-se higienizar as incisões com água e sabão comum durante o banho e secar o local com toalhas limpas e secas;
12. Retirar as luvas;
13. Colocar o resíduo no lixo infectante;
14. Fazer higienização das mãos, conforme POP 2;
15. Registrar no prontuário o procedimento mencionando, o aspecto da ferida, secreção e odor.

Informações Complementares:

A oclusão das feridas cirúrgicas deverá ser por 24 a 48 horas mantendo o curativo seco.

A ferida somente será coberta com gaze e fixada com micropore ou esparadrapo (ou atadura de crepom), **somente** a critério médico;

Após suspensão do curativo, manter a ferida limpa e seca;

Orientar o paciente a lavar o local com água corrente e sabonete neutro;

Após o banho, secar o local com toalha limpa, e sem fazer fricção ou pressão;

Utilizar roupas confortáveis evitando que haja pressão ou fricção sobre o local.

Este procedimento também pode ser realizado no domicílio.

Solicitar avaliação da Comissão de Curativos se necessário.

Referências Bibliográficas:

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

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

ROCHA FRANCISCA CECÍLIA VIANA. Procedimento Profissional Padrão Enfermagem, 2014. Hospital Getúlio Vargas.


FRANCO, Diogo; GONCALVES, Luiz Fernando. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 3, p. 203-206, June 2008 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912008000300013&lng=en&nrm=iso)

[69912008000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912008000300013&lng=en&nrm=iso).

access

on 13 July 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912008000300013>.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>25. Procedimento Operacional – POP Procedimento para Realização Padrão de Curativo de Ferida Aberta</p>	<p>Código: POP – 025</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> Limpeza e aplicação de uma cobertura na ferida; Proteger o tecido recém-formado da invasão microbiana; Aliviar a dor; Oferecer conforto para o paciente; Manter o ambiente úmido; Promover a rápida cicatrização; Prevenir a contaminação ou infecção.
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro e técnico de enfermagem.</p>
<p>Indicação:</p> <p>Limpeza e aplicação de material sobre uma ferida para sua proteção, absorção e drenagem, com o intuito de melhorar as condições do leito da ferida e auxiliar em sua resolução.</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacote de curativo estéril; 2. Luvas de procedimento ou estéril quando houver exposição de tecidos nobres – osso, tendão, nervo, periósteo, peritônio e outros; 3. Gazes estéreis e não estéreis, chumaços de gaze estéril; 4. Soro fisiológico a 0,9% (SF a 0,9%), morno, de 125 ml ou 250 ml (aquecido com ebulidor elétrico); 5. Fixadores do tipo esparadrapo ou micropore, fita adesiva ou similar; 6. Seringa de 20 ml.

7. Agulha 40 x 12;
8. Coberturas padronizadas.

Acrescentar, caso seja necessário:

1. Uma lâmina de bisturi nº 23 com cabo, tesoura estéril reta pequena;
2. Uma bacia ou cuba estéril;
3. Faixa crepe de tamanhos previamente avaliados (10 cm, 15 cm, 20 cm).

Descrição do Procedimento:

1. Higienizar as mãos conforme POP 2;
2. Reunir o material, observando validade e integridade, e levá-lo próximo ao paciente;
3. Explicar ao paciente o procedimento que será realizado;
4. Garantir a privacidade do paciente;
5. Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
6. Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
7. Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
8. Abrir a embalagem do SF a 0,9% e colocá-la sobre o campo estéril;
9. Calçar as luvas;
10. Realizar a desinfecção da borda superior do frasco de soro fisiológico com álcool a 70% e perfurar a parte superior do frasco com agulha 40 x 12;
11. Remover o curativo anterior, utilizando solução fisiológica se houver aderência;
12. Observar o nível de saturação da cobertura e a manutenção de suas características específicas, bem como o aspecto, o volume e o odor do exsudato, caso haja;
13. Desprezar as luvas;
14. Calçar novas luvas;
15. Realizar a limpeza adequada da ferida, irrigando o leito com soro fisiológico em jato a uma distância de 20 cm. Deve ser exaustiva até a retirada dos debrís, crostas e do exsudato presente no leito da ferida;
16. A limpeza da pele adjacente à ferida deve ser feita com gaze umedecida com soro fisiológico. Em caso de sujidade, associar sabonete líquido, desde que a pele esteja íntegra;

17. Examinar a área da ferida cuidadosamente observando: pele e adjacências (coloração, hematomas, saliências), aparência das bordas, características do exsudato, presença de tecido necrosado, de granulação, sinais de infecção (hiperemia, edema, calor, dor);
18. Aplicar a cobertura primária apropriada para o tipo de tecido da lesão;
19. Ocluir a ferida com gaze estéril, chumaço ou compressa (cobertura secundária) e fixar com esparadrapo, micropore ou atadura de crepe, quando necessário. Atentar para a desidratação da pele no contato com as coberturas;
20. Retirar as luvas;
21. Lavar as mãos conforme POP 2;
22. Registrar o procedimento no prontuário do cliente;
23. Passar as orientações gerais ao paciente e agendar retorno, caso seja necessário.
24. Dar orientações ao paciente e a seus acompanhantes/cuidadores quanto aos cuidados com o curativo, e recomendar que procurem a unidade caso ocorra alguma intercorrência na ferida (sangramento, exsudação serosa excessiva ou purulenta transpassando a cobertura secundária, dor e odor acentuado).

Conduta para a Realização de Curativo em Paciente com Fixador Externo:

Limpar os locais de inserção dos pinos com Soro Fisiológico 0,9% removendo crostas e sujidades. Após, realizar toque de álcool a 70%; primeiro na inserção dos pinos, depois na área periférica e por último, no fixador. Posteriormente, ocluir com gazes, acolchoado e atadura de crepom.

Informações complementares

Cobertura primária é a que permanece em contato direto com a ferida;

Cobertura secundária é a cobertura seca colocada sobre a cobertura primária com a finalidade de proteger contra traumas e penetração de corpo estranho;

A troca do curativo será prescrita de acordo com a avaliação da ferida e o tipo de cobertura utilizada;

Proceder à desinfecção da bandeja ou da mesa auxiliar após a execução de cada curativo, com álcool a 70%;

Após cada curativo, encaminhar o material usado ao expurgo da unidade;


A lixeira deverá estar próximo do local onde realiza o procedimento para o descarte da sujidade, de forma que você não necessite manipulá-la durante ele; Caso a sala não tenha condições físicas de acomodar os insumos descritos, deverá ser providenciado o melhor ambiente disponível, de forma a se adequar ao ideal. Esse procedimento também pode ser realizado no domicílio.

Referências Bibliográficas:

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

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

ROCHA FRANCISCA CECÍLIA VIANA. Procedimento Profissional Padrão Enfermagem, 2014. Hospital Getúlio Vargas.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>26. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Triagem Neonatal (Teste do Pezinho)</p>	<p>Código: POP – 026</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

Finalidade:

Consiste em coletar a amostra de sangue do recém-nascido (RN) entre o 3^o e o 5^o dia de vida para identificar precocemente doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas (fenilcetonúria; doença falciforme; fibrose cística; hiperplasia adrenal congênita; deficiência de biotinidase; hipotireoidismo congênito) para que possam ser tratadas as doenças em tempo oportuno.

Responsável pela execução:

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

Indicação:

Recém-nascidos entre 3^o e o 5^o dia de vida.

Materiais:

1. Cartão de coleta;
2. Lanceta estéril;
3. Envelope (carta resposta);
4. Lista nominal das mães;
5. Caneta esferográfica azul ou preta;
6. Álcool 70%;
7. Algodão ou gaze;
8. Luva de procedimento;
9. Estante de secagem;
10. Papel alumínio;
11. Refrigerador para teste do pezinho.


Descrição do Procedimento:

1. Orientar os pais e/ou responsáveis sobre o procedimento a ser realizado e as indicações possíveis para coleta conforme descrição nas orientações gerais e esquema de coleta do teste do pezinho; - Separar todos os materiais;
2. Preencher todos os dados de coleta no cartão (letra legível e de forma). Não usar pontos, vírgulas, hífen, etc. Se rasuras, utilizar corretivo de modo que não prejudique a visualização das informações;
3. Higienizar as mãos conforme POP 2;
4. Pesar o RN e registrar no cartão específico no campo peso atual;
5. Posicionar o RN em posição vertical no colo do responsável;
6. Colocar as luvas de procedimento;
7. Aquecer o pé do RN (água morna, soro aquecido, massagem);
8. Segurar o pé e o tornozelo envolvendo com o dedo indicador e o polegar todo o calcanhar para imobilizar o pé, evitando garroteamento do membro;
9. Delimitar o local da punção (região lateral plantar do calcâneo);
10. Fazer antissepsia com álcool 70% e esperar secar;
11. Pressionar firmemente a lanceta estéril de modo a puncionar o local na área delimitada destinada a punção;
12. Desprezar a primeira gota retirando com algodão ou gaze seco;
13. Encostar no verso do papel-filtro a nova gota fazendo movimentos circulares preenchendo todos os círculos do cartão de coleta (frente e verso);
14. Deixar o sangue fluir normalmente para preencher os círculos. **ATENÇÃO** para não coagular realizando movimentos contínuos mantendo o fluxo do sangue;
15. Certificar que o sangue tenha passado no verso do papel-filtro;
16. Durante a coleta, se houver interrupção do sangramento, massageie novamente a região do calcanhar, caso não surta efeito, repita a punção no mesmo local da anterior. Se houver necessidade de uma terceira punção, usar o outro pé;
17. Pressionar levemente o local puncionado com gaze esterilizada ou algodão para conter o sangramento;

18. Colocar o cartão de coleta para secar na posição horizontal em estante própria, por no mínimo, 2 horas em ambiente climatizado;
19. Preencher a lista nominal das mães e acrescentar junto ao teste do pezinho dentro envelope a ser recolhido;
20. Fechar o envelope (carta resposta) e identificá-lo antes de entregar ao responsável pelo transporte; OBS: Após a secagem do cartão, caso não seja recolhido no mesmo dia, colocar em papel alumínio e guardar em geladeira até o momento do envio. Retirar o papel alumínio antes de entregar ao laboratório.

Referências Bibliográficas:

- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS: Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.
- CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>27. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Coleta de Citopatológico Oncótico do Colo Uterino (Papanicolaou)</p>	<p>Código: POP – 027</p>
	<p>Elaboração:03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>Consiste na coleta material celular da cérvix uterina que permite a detecção de lesões precursoras e realização do diagnóstico precoce do câncer de colo de útero.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro</p>
<p>Indicação:</p> <p>Realizar coleta de citologia oncótica para rastreamento e diagnóstico de patologias cervicais e prevenção do câncer de colo uterino.</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. EPIs: óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos; 2. Espéculeo descartável estéril; 3. Lâmina de vidro com uma extremidade fosca para identificação; 4. Espátula de Ayres; 5. Escova cervical; 6. Recipiente para acondicionamento das lâminas; 7. Gaze; 8. Pinça Cheron; 9. Álcool absoluto 99°; 10. Formulário de Requisição do exame e de remessa de exames; 11. Livro de registro;

12. Lápis para identificação da lâmina;
13. Camisola/Avental descartável;
14. Lençol descartável.

Descrição do Procedimento:

1. Chamar a paciente, confirmar o nome, apresentar-se, recepcionando-a;
2. Realizar anamnese e registrar em prontuário (DUM, data última coleta, idade, dentre outros);
3. Orientar a paciente quanto ao procedimento, apresentando os materiais que serão utilizados; preencher formulário de solicitação do exame;
4. Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite (iniciais do nome, código da lâmina e data), colocando-a na mesa auxiliar, para receber o material coletado;
5. Oferecer camisola/avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando que retire toda a roupa, vista o avental com a abertura para frente e esvazie a bexiga;
6. Higienizar as mãos, conforme POP 2;
7. Solicitar à paciente que se deite sobre a mesa ginecológica, cobrindo-a com o lençol;
8. Expor as mamas e realizar exame clínico das mamas, sempre explicando o procedimento;
9. Auxiliar a paciente a se posicionar na mesa ginecológica adequadamente, para a coleta do exame citopatológico;
10. Calçar as luvas de procedimento;
11. Realizar o exame da região vulvar, anotando se houver lesões esbranquiçadas ou hipercrômicas, nódulos, verrugas e/ou feridas, lesões, pólipos, leucorreias;
12. Escolher o espéculo adequado;
13. Introduzir o espéculo, na posição vertical, ligeiramente inclinado (15°), fazendo uma rotação de 90° mantendo-o em posição transversa de modo que a fenda do espéculo fique na posição horizontal;
14. Abrir o espéculo lentamente e com delicadeza;

15. Se ao visualizar o colo uterino houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça Cheron, sem esfregar, para não perder a qualidade da amostra;
16. Encaixar a ponta mais longa da espátula de Ayres no orifício do colo, apoiando-a com firmeza, e com movimento rotativo de 360° ao redor de todo o orifício. Caso a amostra não tenha sido representativa repetir o movimento;
17. Estender o material ectocervical, dispondo-o no sentido vertical ou horizontal, ocupando 2/3 iniciais da parte transparente da lâmina, com movimento de cima para baixo, utilizando as duas laterais da espátula;
18. Utilize a escova de coleta endocervical, introduzindo-a delicadamente no canal cervical realizando movimento circular em 360°;
19. Estender o material ocupando o 1/3 restante, rolando a escova de cima para baixo, em sentido único;
20. A lâmina com material deve ser submersa no álcool a 99°
21. Fechar o espéculo, retirando-o delicadamente colocando em lixo contaminado;
22. Retirar as luvas e auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;
23. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
24. Retirar os EPIs e higienizar as mãos, conforme POP 2;
25. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
26. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Informações Complementares:

Em condições normais deve ser realizado anualmente em mulheres de 25 a 64 anos (Ministério da Saúde).

Os procedimentos de acondicionamento, conferência, preenchimento de lâminas, preenchimento de guia de remessa e envio ao Laboratório de Citologia podem ser realizados pelos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, tendo os seguintes cuidados:

- a) As lâminas devem ser acondicionadas no recipiente próprio (caixa de madeira ou plástico) para transporte;

- b) Conferir cada lâmina com o formulário de solicitação do exame;
 - c) Preencher a relação de remessa na mesma sequência das lâminas e das requisições;
 - d) Enviar as lâminas ao Laboratório de Citologia conforme rotina do serviço;
- Caso a visualização do colo não seja possível solicitar que a paciente tussa ou faça pequena força com o períneo.

Não coletar de mulheres menstruadas: aguardar o 5º dia após término da menstruação;

Não usar creme vaginal, ducha vaginal, ou ter relação sexual ou submeter-se a exames intravaginais (ex. ultrassom) dois dias antes do exame; Evitar lubrificar o espécuro com agente oleoso;

Em mulheres idosas, com vagina ressecada recomenda-se molhar o espécuro com solução salina (SF 0,9%);

Em paciente gestante ou com suspeita de gravidez realizar apenas coleta de material ectocervical. Realizar coleta em mulheres histerectomizadas desde que o colo uterino tenha sido preservado, caso não realizar coleta do fundo de saco apenas;

Recomenda-se que os enfermeiros (homens) realizem o procedimento acompanhados por um profissional de enfermagem evitando a exposição do paciente e do profissional.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 381. Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou. 2011.


POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS: Secretaria de Saúde. Manual de normas de rotinas de procedimentos para a enfermagem: assistência de enfermagem. Campinas, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica nº 13. Controle

dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama. DF: Brasília, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>28. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Coleta de Escarro para Baciloscopia</p>	<p>Código: POP – 028</p>
	<p>Elaboração:03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>Consiste em realizar uma coleta adequada do escarro, para identificar o mais rápido possível os casos bacilíferos de Tuberculose Pulmonar para tratamento precoce da patologia e interrupção da cadeia de transmissão.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro ou técnico de enfermagem.</p>
<p>Indicação:</p> <p>Pacientes sintomáticos respiratórios para identificação e tratamento precoce da tuberculose pulmonar.</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pote plástico descartável e estéril; 2. Saco plástico; 3. Fita adesiva.
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar o paciente sintomático respiratório; 2. Entregar ao mesmo o pote com identificação (nome completo, DN, Unidade de Saúde) fixa por fita adesiva; 3. Colher SEMPRE NA UNIDADE, durante o atendimento do sintomático; 4. Orientá-lo a ir para um local aberto e bem arejado em condições adequadas de biossegurança (quintal da unidade);

5. Respirar fundo umas 8 a 10 vezes e tossir profundamente e escarrar no frasco;
6. Preencher no mínimo 1,5 cm do frasco com escarro;
7. Colher o escarro no recipiente de boca larga recomendado pelo laboratório;
8. Vedar a tampa do recipiente com uma fita adesiva e colocá-lo dentro do saco plástico e entregar na sala de triagem;
9. Caso o paciente seja identificado em atendimento domiciliar, orientar o cliente que pela manhã, imediatamente após acordar, eliminar o material de drenagem nasal que estiver presente;
10. Escovar os dentes e a lateral da boca e lavar com bastante água (não usar pasta de dente);
11. Ir para um local aberto e bem arejado em condições adequadas de biossegurança;
12. Respirar fundo umas 8 a 10 vezes e tossir profundamente e escarrar no frasco.
13. Preencher no mínimo 1,5 cm (5 a 10 ml de escarro) do frasco com escarro;
14. Colher o escarro no recipiente de boca larga recomendado pelo laboratório;
15. Vedar a tampa do recipiente com uma fita adesiva e colocá-lo dentro do saco plástico;
16. Receber a amostra do paciente, juntar ao material o pedido com todos os dados do paciente;
17. Lançar no livro de sintomático respiratório;
18. Higienizar as mãos;
19. Registrar no prontuário do paciente;
20. Teste rápido: Uma amostra, na ausência do teste rápido, colher amostras de escarro, pela manhã, em 2 dias consecutivos (ou conforme prescrição médica), e enviá-las a cada dia ao distrito, logo após a coleta, acompanhado de solicitação do exame.

Informações Complementares:

Caso o paciente esteja em tratamento da tuberculose, ingerir os medicamentos após a coleta de escarro;

Entregar o material na unidade de saúde em até duas horas, dentro de saco plástico e protegido da luz solar;

Caso não seja possível levar o material até a unidade de saúde em até duas horas, acondicionar a amostra na geladeira.


Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da Tuberculose e outras Micobactérias. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA “PROF. ALEXANDRE VRANJAC”. Divisão de Tuberculose. Manual de orientação para coleta de amostras de escarro e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da tuberculose. São Paulo, 26p. 2002.

GARAY SM. Pulmonary tuberculosis. Chapter 25. In: Tuberculosis. ROM WN & GARAY SM. 2nd edition. 2006. ISENBERG H. D. Essential Procedures for Clinical Microbiology. (Editor in chief). ASM Press. 1998. WHO/World Health Organization. Laboratory Services in tuberculosis control. Part III: Culture. Geneva, Switzerland, WHO/TB/98.258. 1998.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>29. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Prova do Laço</p>	<p>Código: POP – 29</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>Consiste na realização de um exame para determinação da fragilidade capilar.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro.</p>
<p>Indicação:</p> <p>Todos os casos suspeitos de dengue.</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esfigmomanômetro aneroide; 2. Estetoscópio; 3. Caneta; 4. Régua.
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar a pressão arterial do paciente, seguindo as recomendações técnicas; 2. Voltar a inflar o manguito até o ponto médio entre a pressão máxima e a mínima (Ex.: PA de 120 por 80 mmHg, inflar até 100 mmHg); 3. O aperto do manguito não pode fazer desaparecer o pulso; 4. Aguardar 5 minutos com o manguito inflado nesta pressão (em adultos, para crianças será 3 minutos); 5. Às vezes é preciso reinflar ar no manguito para manter a pressão desejada; 6. Orientar o paciente quanto ao pequeno desconforto sobre o braço;

7. Após 5 minutos (3 min no caso de crianças), soltar o ar do manguito e retirá-lo do braço do paciente;
8. Deixar o sangue circular normalmente durante uns 2 minutos;
9. Procurar por petéquias na área onde estava o manguito e abaixo da prega do cotovelo;
10. Escolher o local de sua maior concentração e marcar um círculo (com caneta) do tamanho de 1,78 cm de diâmetro, isto é, pouco menor que uma moedinha de 1 centavo;
11. Contar nessa área o número de petéquias;
12. A prova do laço é considerada positiva se forem contadas 20 ou mais petéquias para adultos ou 10 ou mais em crianças;
13. Porém, um resultado com 5 a 19 pontinhos já pode indicar suspeita de dengue, devendo-se fazer outros exames que ajudam a confirmar se há ou não a infecção.

Informações Complementares:

Podem positivar falsamente o teste, aspirina, a fase imediatamente pré e pós menstrual em mulheres e a pele com eritrodermia solar.


Pode negatizar falsamente o teste, a tomada de hormônios esteróides.

Como identifica o risco de sangramento, a prova do laço não precisa ser utilizada quando já existem sinais de hemorragia, como sangramento nas gengivas, nariz ou urina.

Referências Bibliográficas:

Ministério da Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança. 5.ed. Brasília: 2016. 10-11.

LABORATÓRIO BIOLÍDER. Prova do laço: prova do torniquete. Link: www.biolider.com.br. Acesso em 29 de Outubro 2019.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>30. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Lavagem Intestinal</p>	<p>Código: POP – 30</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

Finalidade:

Consiste na instilação de grande volume de água, solução laxativa e/ou medicamento no reto, geralmente por meio de um irrigador.

Responsável pela execução:

Enfermeiro ou técnico de enfermagem.

Indicação:

1. Estimular a peristalse e defecação;
2. Aliviar a distensão abdominal e flatulência;
3. Preparar o cliente para cirurgias, exames e tratamento intestinal.

Materiais:

1. Solução de glicerina em frasco ou fleet enema;
2. Sonda retal;
3. Xilocaína gel;
4. Gaze;
5. Luvas de procedimento;
6. Comadre;
7. Suporte de soro;
8. Irrigador;
9. Intermediário de Látex;
10. Lençol móvel e impermeável;

11. Pinça Kocher.

Descrição do Procedimento:

1. Higienizar as mãos, conforme POP 2;
2. Reunir o material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
3. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
4. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. Colocar avental descartável de mangas longas;
6. Colocar máscara descartável;
7. Colocar óculos de proteção;
8. Calçar luvas de procedimento;
9. Posicionar o paciente em posição de SIMS à esquerda;
10. Lubrificar a sonda retal com xilocaína gel;
11. Afastar a prega interglútea com o auxílio de gaze visualizando a região anal;
12. Solicitar ao paciente que inspire profundamente;
13. Introduzir a sonda retal aproximadamente 7,5 cm para adulto e 5 cm para crianças;
14. Fixar a sonda retal com esparadrapo;
15. Conectar a extensão de PVC na sonda e no frasco graduado;
16. Realizar higiene íntima, após o procedimento;
17. Deixar o paciente confortável no leito;
18. Desprezar o material utilizado em local próprio;
19. Retirar luvas de procedimento;
20. Retirar máscara;
21. Retirar óculos de proteção;
22. Retirar avental descartável de mangas longas;
23. Higienizar as mãos conforme POP 2;
24. Manter o ambiente em ordem;
25. Realizar as anotações no prontuário do paciente.

Informações Complementares:


Em caso de dor contínua ou resistência ou se ocorrer sangramento durante o procedimento, suspenda-o e comunique o enfermeiro.

Referências Bibliográficas:

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 7ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. Fundamentos de enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>31. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Sondagem Nasoenteral/ Nasogástrica</p>	<p>Código: POP – 31</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>Consiste na inserção de sonda nasoenteral/nasogástrica para administração de dieta, medicamentos ou drenagem.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro.</p>
<p>Indicação:</p> <p>Alimentação;</p> <p>Remoção de secreções do estômago;</p> <p>Remoção de doses excessivas de medicamentos ingeridos ou venenos, para esvaziamento gástrico antes de cirurgias e para administração de medicações.</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 01 par Luvas de procedimentos; 2. Sonda nasoenteral ou nasogástrica conforme indicação; 3. 01 Seringa de 20ml; 4. 05 ml Xilocaína gel; 5. 01 pacote de gazes não estéreis; 6. 01 Estetoscópio; 7. 01 Cateter enteral (número de acordo com a indicação); 8. 10 cm Fita microporosa adesiva; 9. 05 cm Esparadrapo; 10. 10 ml Soro fisiológico 0,9%.
<p>Descrição do Procedimento:</p>

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
3. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
4. Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
5. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
6. Posicionar o paciente em posição de Fowler 45°;
7. Reservar porção de xilocaína gel sobre gaze simples;
8. Calçar luvas de procedimento;
9. Realizar limpeza do local da fixação (lateral da face) com soro fisiológico e gaze;
10. Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida à cicatriz umbilical, mantendo técnica limpa;
11. Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter);
12. Lubrificar ponta distal do cateter com xilocaína gel;
13. Fletir a cabeça do paciente suavemente em direção ao tórax;
14. Segurar o cateter com a extremidade apontada para baixo, curvÁ-lo se necessário e com cuidado, inseri-lo na narina;
15. Introduzir o cateter para baixo e na direção do ouvido mais próximo a narina a escolhida. Empurrar o cateter lentamente, ao chegar na região nasofaringe, sentirÁ resistÊncia;
16. Pedir para o paciente deglutir;
17. Introduzir o cateter até a marcação;
18. Testar o posicionamento do cateter;
19. Proceder com a fixação do cateter;
20. Desprezar o material utilizado em local próprio;
21. Retirar luvas de procedimento;
22. Deixar o paciente confortável no leito;
23. Higienizar as mãos;
24. Manter o ambiente em ordem;
25. Solicitar à equipe médica RX de controle enteral (em caso de sonda nasoenteral) e após confirmação retirar o fio guia e guardÁ-lo em local seguro;

26. Realizar as anotações no prontuário do paciente.

Informações Complementares:

Riscos:

Obstrução da sonda, remoção acidental da sonda e ulceração nasal.

Prevenção de agravo:

Seguir procedimento técnico, fixar a sonda adequadamente, inspecionar narinas para avaliar a necessidade de aliviar pressões da sonda e tratar agitação psicomotora.

Tratamento da não conformidade:

Comunicar as intercorrências ao enfermeiro e médico e realizar os registros necessários;

Em caso de remoção acidental repassar a sonda caso necessário;

Lavar a sonda com 20 mL de água filtrada em caso de obstrução;

Assegurar tratamento dos agravos e atenção à família.

Observações/Recomendações complementares:

Sempre usar EPI;

Realizar os registros necessários após os procedimentos 2 de 3;

Manter o local em ordem.

Sinais de mal posicionamento da sonda:

Cianose facial e de extremidades;

Tosse e dificuldade respiratória;

Dificuldade de injetar ar para teste de ruído no fundo gástrico;

Na presença destes sinais retirar a sonda e tentar introdução novamente.


Referências Bibliográficas:

MOTTA, A. L. C. Normas, rotinas e técnicas de enfermagem. São Paulo: Iátia, 2003.

PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2013.

CINTRA, E. A.; NISCHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. São Paulo: Atheneu, 2003.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>32. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Administração de Nutrição Enteral</p>	<p>Código: POP – 032</p>
	<p>Elaboração:</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade: Oferecer aporte nutricional para melhora clínica do paciente.</p>
<p>Responsável pela execução: Enfermeiro ou técnico de enfermagem.</p>
<p>Indicação: Administração de dieta enteral, definida como um alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, industrializado ou não, através de sondas.</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. EPI (luva de procedimento e óculos de proteção); 2. Dieta industrializada ou não; 3. Frasco para dieta; 4. Equipo de dieta enteral; 5. Seringa de 20 ml; 6. Estetoscópio; 7. Luvas de procedimento.
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pedir que o paciente se identifique e logo após confirmar o nome do mesmo; 2. Confirmar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao

medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;

3. Higienizar as mãos conforme POP 2;
4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
5. Promover a privacidade do paciente;
6. Preparar a dieta conforme recomendações do fabricante ou solicitar a dieta preparada pelo familiar em residência e colocá-la em frasco próprio, utilizando técnica limpa e luvas calçadas;
7. Conectar o frasco de dieta ao equipo e preencher o equipo retirando o ar da extensão, evitando a entrada de ar desnecessária no TGI do paciente e facilitando o controle de infusão;
8. Colocar o paciente em posição Fowler (45°), quando não contraindicado, evitando o risco de broncoaspiração;
9. Com auxílio da seringa, injetar 20ml de ar com pressão e auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica;
10. Aspirar e medir o resíduo gástrico, colocando-o em um copo plástico para posterior reintrodução (se menor que 200ml);
11. Conectar o equipo com dieta à sonda;
12. Abrir a pinça rolete do equipo ajustando apropriadamente a velocidade de infusão;
13. Injetar 40ml de água na sonda logo após o término da dieta, com auxílio da seringa;
14. Administrar água conforme prescrição médica;
15. Deixar o paciente em posição de Fowler por cerca de 30 minutos após o término da infusão, evitando refluxo, broncoaspiração e facilitar a digestão;
16. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
17. Retirar os EPI e higienizar as mãos conforme POP 2;
18. Anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário.

Informações Complementares:

Contraindicação:

Absoluta: obstrução mecânica;

Relativa: pancreatite hemorrágica grave, enterocolite necrotizante, íleo paralítico prolongado, diarreia grave, refluxo de vômito, fístulas entéricas, disfunção da motilidade intestinal;

Cada contraindicação deve ser avaliada pela equipe multiprofissional e de maneira individual.

Observações:

Existem diferentes tipos de sondas de alimentação: naso/orogástrica, naso/oroenteral, gastrostomia e jejunostomia;

As sondas de gastrostomia e jejunostomia não necessitam de confirmação de localização antes das administrações de dieta;

Seguir a prescrição médica/nutricionista em relação ao tipo de dieta do paciente e valor calórico;

A dieta enteral deve ser preparada com técnica limpa seguindo as recomendações do fabricante;

O equipo e o frasco de dieta deve ser trocado a cada dieta;

Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de dieta, para evitar obstrução da sonda;

Realizar higiene oral conforme prescrição de enfermagem;

Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida com água ou SF 0,9%;

Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e descamação da pele;

Aplicar creme ou vaselina nos lábios e narinas para prevenir a formação de crostas;

Comunicar ao enfermeiro as alterações ocorridas devido à infusão da dieta (vômitos, diarreia, constipação);

As dietas não devem estar muito quentes ou frias;

As infusões de dietas enterais por sonda devem ser administradas de forma intermitente, com infusão ou gotejamento lento por gravidade, cinco a seis vezes ao dia, durante um período de 40 a 60 minutos;

Antes de cada administração de nova dieta deve-se verificar o resíduo gástrico, quando este for superior a 200ml e o paciente apresentar desconforto ou distensão abdominal, recomenda-se interromper a infusão de dieta enteral e avaliar o paciente radiologicamente. Na ausência de sintomas digestivos, reavaliar o resíduo novamente em 1h. Deve-se comunicar o enfermeiro tal alteração; Lembrar sempre de devolver o resíduo retirado quando este for inferior a 200ml.

Orientar o cuidador:

A utilizar 1 frasco/equipe para dieta e 1 frasco/equipe para água e sucos por 7 dias. Após este período desprezar o frasco/equipe da dieta, substituindo pelo frasco/equipe da água e abrir novo frasco/equipe para água e sucos;

Utilizar seringa de 20ml para lavar as sondas após as administrações das dietas, essa deve ser substituída a cada 7 dias;


O paciente, sempre que possível, deve ser estimulado a participar da terapia de cuidado da higiene das narinas e da sonda, e ainda ser instruído sobre os horários de infusão, bem como a relatar sintomas de desconforto e mal-estar, mudanças no hábito intestinal ou qualquer alteração que possa indicar uma complicação.

Referências Bibliográficas:

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 25/2013. Inserção da sonda nasogástrica/nasoentérica (sng/sne) e lavagem gástrica em rn por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria municipal de saúde. Manual de procedimentos de enfermagem. Brasília/df. 2012.

UNAMUNO M.R.D.L.; JULIO S.M. sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. Ribeirão preto, 35: 95-101, jan./mar. 2002.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>33. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Cateterismo Vesical de Alívio</p>	<p>Código: POP – 33</p>
	<p>Elaboração:03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>É a introdução de um cateter estéril através da uretra até a bexiga, com o objetivo de drenar a urina.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro.</p>
<p>Indicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Obtenção de urina asséptica para exame; Esvaziar a bexiga de pacientes com retenção urinária, em preparo cirúrgico e mesmo no pós-operatório; Monitorizar o débito urinário horário; Determinação da urina residual com bexiga neurogênica que não possua um controle esfinteriano.
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Luvas estéreis; 2. Luvas de procedimento para higienização da região genital; 3. Equipamentos de proteção individual (gorro, máscara, capote e/ou avental não estéril); 4. Cateter uretral estéril descartável, compatível com o paciente; 5. Solução antisséptica (PVPI tópico ou clorexidina aquosa); 6. Compressas de gaze estéril; 7. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo vesical;

8. Campo impermeável estéril;
9. Lençol;
10. Frasco para coleta de urina, se necessário;
11. Lubrificante hidrossolúvel (Lidocaína gel a 2%);
12. Álcool glicerinado;
13. Recipiente para drenagem de urina;
14. Recipiente graduado;
15. Foco de luz portátil (opcional).

Descrição do Procedimento:

1. Checar a identificação do paciente;
2. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
3. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
4. Colocar equipamentos de proteção individual: gorro, máscara, capote não-estéril e óculos; Higienizar as mãos com álcool glicerinado;
5. Calçar luvas de procedimentos;
6. Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
7. Homens: decúbito dorsal;
8. Mulheres: decúbito dorsal com membros inferiores fletidos;
9. Realizar a higiene genital;
10. Retirar luvas de procedimento;
11. Realizar higienização das mãos com álcool glicerinado;
12. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica;
13. Abrir todos os materiais sobre o campo esterilizado da bandeja utilizando técnica asséptica; Colocar a solução antisséptica na cuba redonda, mantendo uma distância segura para evitar contaminação;
14. Colocar o lubrificante sob a gaze estéril;
15. Calçar a luva estéril.

Paciente do sexo feminino:

1. Iniciar antissepsia com movimento unidirecional de cima para baixo, desprezando a gaze ao final de cada região seguindo a ordem: monte de Vênus, grandes lábios do lado distal para o proximal;

2. Afastar com a mão não dominante, os grandes lábios e com a mão dominante proceder antissepsia dos pequenos lábios do lado distal para o proximal;
3. Manter os grandes lábios afastados com a mão não dominante de forma a visualizar o meato uretral e proceder a antissepsia do mesmo, de cima para baixo (com a mão dominante);
4. Lubrificar a extremidade distal do cateter com lubrificante hidrossolúvel (xilocaína em gel);
5. Introduzir o cateter lentamente de 5 a 7 cm no meato uretral, observando o retorno urinário; Observar casos de falso trajeto; retirar o cateter introduzido em canal vaginal, sendo necessário utilizar um novo cateter vesical;
6. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente desprezando a urina na comadre ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial;

Paciente do sexo masculino:

1. Afastar o prepúcio com a mão não dominante expondo a glândula e o meato urinário, com auxílio de uma gaze;
2. Realizar antissepsia com a solução antisséptica em movimentos circulares na glândula e unidirecionais de cima para baixo no corpo do pênis;
3. Tracionar o pênis perpendicularmente ao corpo para retificar a uretra;
4. Injetar 10 a 20 ml de lubrificante hidrossolúvel (xilocaína gel estéril) no meato urinário e com a mão não dominante (a que segura o pênis), pressionar a glândula por 1 min, a fim de evitar refluxo do lubrificante;
5. Aguardar de 3 a 5 minutos para o efeito anestésico do lubrificante;
6. Introduzir cateter dentro da uretra até que a urina flua;
7. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente desprezando a urina na comadre ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial;
8. Reposicionar o prepúcio em caso de paciente circuncidado;
9. Após o procedimento:
10. Remover o cateter suavemente, quando o fluxo urinário terminar;
11. Secar a área, deixar o paciente confortável;
12. Mensurar o débito urinário drenado;
13. Retirar as luvas estéreis;

14. Retirar todo o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
15. Higienizar as mãos com água e sabão;
16. Registrar o procedimento, descrevendo características da urina e possíveis intercorrências assinando e carimbando o registro.

Informações Complementares:**Contraindicação:**

- Cistectomia radical (relativa para pacientes com neoplasia de bexiga);
- Renal crônico (sem diurese);
- Fimose (contra-indicação relativa);
- Hiperplasia prostática grave (estenose uretral).

Observações:


- O tamanho do cateter uretral deve ser avaliado conforme o meato urinário do paciente;
- Para pacientes adultos é recomendado o uso de cateteres nº 8, 10 e 12 e para crianças indica-se nº 4, 6 e 8;
- Promover a capacitação de familiar e/ou cuidador, no caso de paciente que necessitarão de manter a realização da técnica no domicílio;
- Em Neonatos e clientes pediátricos prefere-se o uso de clorexidina aquosa, entretanto, é importante utilizar o antisséptico adequado ao peso e a idade gestacional. Deve-se retirar completamente o antisséptico com água destilada, pois o mesmo provoca queimaduras e/ou é absorvido pela pele, tornando-se tóxico para o RN;
- Para neonatos e crianças não utilizamos a introdução de gel hidrossolúvel (xilocaína gel estéril) no meato urinário;
- A utilização de gel hidrossolúvel no meato só será feita sob prescrição médica, para exames como por exemplo: uretrocistografia e em casos especiais.

Referências Bibliográficas:

- BRUNNER & SUDDARTH'S, TRATADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA. Ed. Guanabara Koogan S.A 2002
- COREN SC. Parecer nº 019/AT/2004. Realização de procedimentos de enfermagem pelos diferentes níveis profissionais. Florianópolis, 2004.

COREN SP. Parecer cat. Nº 022/2009: sondagem vesical de demora em domicílio. São Paulo, COREN SP, 2009.

COREN DF. Parecer nº 004/2011. É atribuição de qual profissional de enfermagem a inserção de sonda vesical de demora ou intermitente/alívio no ambiente hospitalar/extra-hospitalar? Brasília, 2011. Kawamoto, Emília Emí, Fortes, Júlia Ikeda. Fundamentos de enfermagem. 2ª ed rev. e atual. São Paulo, EPU, 1997..

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>34. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Cateterismo Vesical de Demora</p>	<p>Código: POP – 34</p>
	<p>Elaboração:03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

Finalidade:

É a introdução de uma sonda ou cateter de látex/silicone estéril através da uretra para o interior da bexiga, por meio de técnica asséptica.

Responsável pela execução:

Enfermeiro.

Indicação:

1. Remover a urina do interior da bexiga;
2. Controle de diurese horária nos casos de instabilidade hemodinâmica;
3. Retenção urinária;
4. Avaliar a eliminação e mensuração do débito urinário;
5. Coleta de urina para realização de exames;
6. Instilar medicamentos.

Materiais:

1. Gaze estéril;
2. Xilocaína gel;
3. Seringa de 20ml;
4. Agulha 40 x12;
5. Luvas estéreis;
6. Campo estéril;
7. Máscara e gorro descartável;
8. Clorexidina aquosa 2%;
9. Ampolas c/ água destilada;
10. Coletor estéril;
11. Comadre estéril;

12. Biombo;
13. Bandeja de cateterismo vesical estéril;
- 14.01 campo fenestrado ou compressas cirúrgicas estéreis;
15. Esparadrapo;
16. Sonda foley de látex ou silicone (escolher o tamanho de acordo com o diâmetro da uretra em mulheres de 14 a 16 Fr).

Descrição do Procedimento:

1. Verificar a prescrição médica e conferir a solicitação do cateterismo vesical de demora;
2. Explicar o procedimento à paciente;
3. Indagar alergia a látex;
4. Reunir material;
5. Colocar biombo em volta do leito;
6. Colocar a máscara e gorro descartável;
7. Posicionar a paciente com as pernas fletidas apoiando os pés no leito, expondo a genitália;
8. Inspeccionar o períneo e verificar a presença de eritema, drenagem e odor;
9. Realizar a higienização das mãos conforme POP 02;
10. Calçar luvas de procedimento;
11. Realizar a higiene íntima;
12. Realizar a higienização das mãos conforme POP 02;
13. Abrir a bandeja de cateterismo;
14. Colocar a clorexidina na cuba redonda;
15. Abrir o restante do material estéril sobre a bandeja de cateterismo;
16. Colocar o gel de xylocaína sobre uma gaze;
17. Aspirar 10ml de água destilada na seringa;
18. Abrir a luva estéril;
19. Calçar luvas estéreis;
20. Testar sonda e o balonete com a seringa estéril;
21. Acoplar a sonda ao coletor de urina deixando a pinça aberta;

22. Iniciar antissepsia com gaze embebida no antisséptico em movimento unidirecional de cima para baixo;
23. Desprezar a gaze ao final de cada região seguindo a ordem: monte de Vênus, grandes lábios do lado distal para o proximal;
24. Afastar com a mão não dominante, os grandes lábios;
25. Realizar antissepsia dos pequenos lábios do lado distal para o proximal, com a mão dominante. Manter os grandes lábios afastados com a mão não dominante de forma a visualizar o meato uretral;
26. Realizar a antissepsia grandes lábios, de cima para baixo, com a mão dominante;
27. Lubrificar a sonda com xilocaína gel;
28. Colocar o campo ou compressas estéreis entre as coxas da paciente;
29. Puxar a borda dobrada bem abaixo das nádegas;
30. Aplicar um campo ou compressa sobre o períneo;
31. Expor os lábios;
32. Pegar o cateter com a mão dominante enluvada;
33. Segurar a extremidade do cateter levemente enovelada na palma da mão dominante;
34. Retrair cuidadosamente os lábios, com a mão não dominante para expor completamente o meato uretral;
35. Inserir o cateter num total de 5 a 7,5 cm até que a urina flua para região externa do cateter;
36. Avançar o cateter por mais 2,5 a 5 cm, após a saída da urina;
37. Soltar os lábios;
38. Segurar o cateter firmemente com a mão dominante;
39. Inflar lentamente o balão com 10ml de água destilada ou de acordo com a recomendação do fabricante;
40. Promover uma leve tração da sonda;
41. Retirar o campo ou compressa;
42. Fixar sonda na face lateral interna da coxa, evitando tracioná-la;
43. Posicionar a paciente confortavelmente;
44. Reunir o material;

45. Organizar a unidade do cliente;
46. Retirar as luvas;
47. Realizar a higienização das mãos conforme POP 02;
48. Registrar o procedimento na folha de observação informando volume e características da urina drenada e intercorrências durante o cateterismo.

Informações Complementares:***Contraindicações:***

Obstrução uretral.

Observações:


Nunca elevar a bolsa coletora acima do nível da bexiga;

Fazer a limpeza completa 2 (duas) vezes ao dia ao redor do meato uretral; Nunca desconectar o sistema de drenagem fechado;

Realizar troca da sonda na vigência de sinais inflamatórios, sangramento peri-uretral, contaminação do coletor, presença de grumos no coletor, dor ou ardência na uretra.

Referências Bibliográficas:

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2009. -SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem medicocirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.


 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>35. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Organização e Funcionamento da Sala de Nebulização</p>	<p>Código: POP – 35</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de inalação.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Auxiliares, Técnicos de Enfermagem e <u>Auxiliar de Higienização*</u></p> <p><i>*Para realização de limpeza concorrente/terminal.</i></p>
<p>Indicação:</p> <p>Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de inalação.</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sabão/ detergente; 2. Álcool 70%; 3. SF 0,9%; 4. Hipoclorito 1%. 5. *Materiais básicos de limpeza: Panos, baldes, rodos... 6. EPI's conforme atribuição (luvas de borracha, botas de borracha, óculos de proteção, máscaras, luvas de procedimento, avental).
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organizar a sala; 2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão; 3. Solicitar ao auxiliar de higienização que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal; 4. Checar o funcionamento do compressor, chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro; proceder a sangria do sistema ao final de cada dia;

5. Preparar material necessário para o dia, trocar o soro fisiológico utilizado no procedimento a cada 24 horas;
6. Executar os procedimentos conforme prescrição médica e/ ou do enfermeiro, anotando no verso na própria receita com letra legível a data, horário, nome e COREN, preenchendo boletim de produção;
7. Lavar criteriosamente os inaladores logo após o uso com água e sabão os materiais, retirando os resíduos, em seguida enxaguá-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo;
8. Secar o material com pano limpo;
9. Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro necessidade de reposição;
10. Colocar o material seco em imersão no hipoclorito à 1% - em caixa fechada - por 30 minutos, registrando em formulário o horário de início do processo;
11. Enxaguar o material em água corrente, secar e armazenar em local fechado e limpo;
12. Manter a sala limpa, organizada e abastecida, verificando diariamente a validade dos medicamentos;
13. Ao final do expediente retirar os extensores e proceder a limpeza e desinfecção conforme rotina das máscaras de inalação, desprezar o hipoclorito de sódio e lavar a caixa;
14. Anotar a validade do hipoclorito.

Referências Bibliográficas:

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>36. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Oxigenoterapia (Cateter Nasal)</p>	<p>Código: POP – 36</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

Finalidade:

Ofertar O2 ao paciente por meio de um catéter nasal.

Responsável pela execução:

Auxiliares, Técnicos de Enfermagem

Indicação:

Aumentar a oferta de O2 carreado no sangue, a fim de reverter o quadro de hipóxia tecidual, que se caracteriza pela diminuição dos níveis de O2 para a realização das funções metabólicas normais, o que acarreta em morte celular. A indicação, prescrição e administração de forma adequada da oxigenoterapia tem por objetivo promover efeitos benéficos e também evitar efeitos deletérios, que podem acarretar em danos ao SNC, respiratório e cardiovascular.

Materiais:

1. Cateter nasal tipo óculos ou sonda nasal;
2. Fluxômetro de O2;
3. Frasco umidificador de gases;
4. Água destilada;
5. Oxímetro de pulso;
6. Fluxômetro, cilindro de oxigênio (torpedo) ou rede de oxigênio (régua);
7. Luva de procedimento.

Descrição do Procedimento:

1. Avaliar e Monitorizar (oxímetro de pulso) o cliente;
2. Explicar o procedimento e a finalidade da conduta;
3. Reunir todo o material e levar até o leito;
4. Higienizar as mãos conforme orientação da CCIH;

5. Calçar as luvas de procedimento;
6. Testar a saída de oxigênio na régua de gases ou rede portátil (torpedo de oxigênio);
7. Instalar o fluxômetro, caso este já não esteja na saída de oxigênio e conectá-lo ao umidificador; Preencher o frasco umidificador com água destilada, no máximo 2/3 de sua capacidade, caso fluxo maior que 4 L/min ou caso o cliente queixe de secura ou desconforto;
8. Conectar o cateter tipo óculos a extensão e este ao umidificador;
9. Posicionar o cliente em decúbito dorsal 45° a 60°
10. Introduzir as pontas da cânula nas narinas do cliente e ajustar acima e atrás de cada orelha e abaixo da região mentoniana;
11. Regular o fluxômetro conforme prescrição médica ou SpO₂;
12. Reunir e retirar todo o material da unidade do cliente;
13. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
14. Reavaliar o cliente quanto ao alívio dos sinais e sintomas;
15. Registrar no prontuário o início do suporte e o desmame, quando realizado.

Informações Complementares:

Certificar-se de que o equipamento esteja completo e em perfeito estado para sua utilização;

Proceder a troca do cateter de narina de acordo com orientação da CCIH, evitando ferimentos na mucosa nasal e obstrução do cateter por secreção;

Observar desconforto ou lesões no pavilhão auricular, devido a uma fixação inadequada;

A administração do oxigênio em alta velocidade de fluxo deve ser sempre administrada através de um sistema de umidificação, para evitar que ele resseque as mucosas do trato respiratório;

Quando possível, manter monitorização da oximetria digital;

Nunca completar o reservatório, aproveitando a quantidade de água que esteja no umidificador;

Não retornar para o reservatório a água que esteja acumulada no extensor intermediário. Esta também deverá ser desprezada;

Altos fluxos podem gerar desconforto, náuseas, distensão gástrica;
Atenção contínua a sinais de toxicidade pelo uso prolongado e/ou em altas concentrações de oxigênio.

Desvios e ações necessárias

Explicar as condutas e as necessidades da oxigenoterapia aos pacientes e acompanhantes e pedir para não fumar;

Observar e palpar o epigástrio para constatar o aparecimento de distensão;

Avaliar com frequência as condições do paciente, sinais de hipóxia e anotar e dar assistência adequada, se necessário efetuar a troca do sistema de administração;

Manter vias aéreas desobstruídas;

Manter os torpedos de O₂ na vertical, longe de aparelhos elétricos e de fontes de calor.

Referências Bibliográficas:


GUYTON AC; HALL JE. Tratado de fisiologia médica. 9 ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997

KALLSTROM TJ. American Association for Respiratory Care (AARC). AARC Clinical Practice Guideline: oxygen therapy for adults in the acute care facility. Respiratory Care. 2002 Jun;47(6):717-20.

LAGO AP; INFANTINI RM; RODRIGUES H. Fisioterapia Respiratória Intensiva, 1 ed. São Paulo: CBBE, 2010 (Cap.15). LINDAHL SG. Oxygen and life on earth: an anesthesiologist's views on oxygen evolution, discovery, sensing and utilization. Anesthesiology. 2008 Jul;109(1):7-13.

O'DRISCOLL BR1; HOWARD LS; DAVISON AG. British Thoracic Society. BTS guidelines for emergency oxygen use in adult patients. Thorax 2008 Oct; 63(Suppl 6):1-68.

SARMENTO GJV. Fisioterapia respiratória no paciente crítico: rotinas clínicas. 3 ed. São Paulo: Manole, 2010. (Cap. 7)

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>37. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Troca de Bolsa de Estomia</p>	<p>Código: POP – 37</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

Finalidade:

Consiste na implementação de cuidados de enfermagem sistematizados aos pacientes portadores de estomas intestinais: ileostomia ou colostomia, o qual consiste uma intervenção cirúrgica com desvio do conteúdo fecal para o meio externo através da parede abdominal.

Responsável pela execução:

Enfermeiro, Auxiliares, Técnicos de Enfermagem.

Indicação:

Instituir condutas específicas destinadas a manutenção do estoma intestinal saudável, com avaliação e limpeza do estoma, remoção e troca do equipamento coletor.

Materiais:

1. Bandeja não estéril;
2. Carro de curativos ou mesa auxiliar ou superfície fixa;
3. Bolsa coletora com clamp próprio;
4. Protetores cutâneos em forma de: anel, placa, pasta e/ou pó, de acordo com a prescrição de enfermagem;
5. Guia de mensuração do estoma ou pedaço de plástico transparente (ex: invólucro do pacote de gaze);
6. Tesoura com ponta redonda;
7. Caneta hidrográfica;
8. Soro Fisiológico a 0,9% ou Água;
9. Bolas de algodão ou gaze não estéril;
10. Álcool glicerinado à 70%;

11. Equipamentos de proteção individual: gorro, máscara cirúrgica , óculos de proteção, avental ou capote não estéril e luvas de procedimento;
12. Recipiente plástico graduado ou uma comadre;
13. Saco plástico, forro impermeável ou papel toalha;
14. Lixeira;
15. Biombo.

Descrição do Procedimento:

1. Ler o prontuário ou ficha do paciente;
2. Realizar higienização das mãos com água e sabão conforme o POP 02;
3. Separar uma bandeja para o procedimento;
4. Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardar secagem espontânea;
5. Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
6. Separar o material conforme o cuidado a ser executado, colocando-o na bandeja;
7. Levantar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira ou superfície fixa;
8. Apresentar-se ao paciente e acompanhante;
9. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento, pedir sua autorização;
10. Se for necessário realizar o registro fotográfico do estoma e/ou paciente, solicitar por escrito a autorização;
11. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
12. Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento; expor apenas a área tratada;
13. Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
14. Colocar equipamentos de proteção individual: gorro, máscara, capote não estéril e óculos de proteção;
15. Calçar as luvas de procedimento;
16. Durante todas as etapas a seguir estimule, na medida do possível, a participação ativa do paciente e família;
17. No caso da indicação ser de limpeza do estoma, deve-se seguir os passos:

18. Observar os aspectos gerais de: cor, forma, tamanho, protrusão e integridade;
19. Lavar o estoma e a pele ao redor com jato abundante de SF 0,9% ou água em temperatura ambiente ou morna;
20. Com ajuda de gaze ou bolas de algodão embebidas em SF 0,9% ou água; faça movimentos suaves ao redor do estoma e periestoma;
21. Enxágue bem para retirar fezes ou resíduos, a fim de evitar dermatite química ou de contato;
22. Enxugar delicadamente a pele com algodão /ou gaze;
23. No caso da indicação ser de remoção e troca do equipamento coletor, deve-se seguir os passos: Esvaziar a bolsa, proteja o lençol do paciente com o auxílio de um forro plástico ou papel toalha sob o abdome do paciente, em seguida ponha por cima da proteção do lençol o recipiente plástico ou uma comadre para recolha das fezes;
24. Abrir o clamp da bolsa coletora, e faça movimentos de forma que o conteúdo fecal saia em direção ao recipiente/comadre, se for necessário a mensuração do conteúdo deve-se optar por um recipiente graduado;
25. Após todo o conteúdo ter sido esvaziado da bolsa, inicie a lavagem do interior da bolsa com SF0,9 % ou água em volume suficiente para remoção dos resíduos;
26. Observar os aspectos e características do conteúdo fecal;
27. Desprezar o respectivo material no vaso sanitário (Não esquecer de registrar a quantidade e características ao final do procedimento);
28. Para retirar a bolsa, levante a parte adesiva da bolsa, segure firme e vá descolando lentamente a bolsa e mantendo a pele esticada;
29. Medir o diâmetro do estoma utilizando o guia de mensuração, ponha-o em cima do estoma, avaliando qual seja melhor o diâmetro, desde que envolva todo estoma, em torno de 1mm a mais, identifique o tamanho conforme a escala do guia; na ausência do guia, sugere-se adequar com um plástico transparente como por exemplo: o invólucro do pacote de gaze; coloque-o em cima do estoma e desenhe com auxílio de uma caneta hidrográfica o estoma; esse molde deverá ficar com o paciente e ser utilizado sempre para as próximas trocas;

30. Com o molde feito, coloque sobre a flange da placa adesiva da bolsa coletora, recorte conforme o tamanho feito, a bolsa coletora deve atender preferencialmente o tipo e características do estoma;
31. Retirar o adesivo sobre a placa e aplicar a bolsa diretamente na pele fazendo leve pressão em movimentos circulares em torno da flange da placa na área periestoma para uma melhor aderência. Caso seja necessário utilize um protetor cutâneo;
32. Quando for colar a bolsa preferencialmente coloque-a com a abertura para baixo,
33. Fechar o fundo da bolsa coletora utilizando o clamp próprio;
34. Reunir o material e organizar a unidade do paciente;
35. Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
36. Realizar higienização das mãos com água e sabão conforme o POP 02;
37. Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (o técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

Informações Complementares:

A bolsa deve ser esvaziada sempre que estiver com 2/3 da metade da sua capacidade, o excesso de peso favorece o descolamento da mesma;

Nas colostomias ao esvaziar a bolsa também acontece a eliminação de gaze;

Ao proceder a limpeza para lavar ou esvaziar o conteúdo fecal da bolsa estimule o paciente, caso estiver independente, a desprezar no vaso sanitário;

Existem uma variedade de tipos e tamanhos das bolsas coletoras e dos flanges (placa ou disco), permitindo recortes que vão de 12 até 80 mm, de acordo com o fabricante, podem ser de uma ou duas peças, e placas com disco convexo para os estomas retraídos;

Em relação à troca das bolsas, se for drenável, deve-se trocá-la quando o material do flange (resina geralmente a base hidrocolóide) estiver esbranquiçada e ocorrer vazamento do efluente. Se a bolsa for fechada, a troca deve ocorrer quando a bolsa estiver parcialmente cheia;

Para retirar a bolsa, pode-se estimular o paciente, se independente, a trocar a bolsa durante o banho de aspersão;

Os clamps são geralmente de dois tipos: o plástico rígido e côncavo com dois grampos que se encaixam com a extremidade da bolsa, e o flexível que deve ser enrolado 2 vezes dobrando-se as extremidades do clamp para dentro;

O sistema coletor deve permanecer aderido, no mínimo, por 24 horas e no máximo por 6-7 dias. Deve-se Evitar trocas constantes, prevenindo a ulceração da pele.

A pele deve estar seca para receber a nova bolsa, e não haver interferência na aderência do sistema coletor;

No caso da ileostomia sugere-se o uso de chumaço de gaze sobre o estoma a fim de absorver o efluente fecal e manter a pele seca durante a troca do dispositivo;

Cabe a equipe de enfermagem estimular o paciente e família na reabilitação social, o estímulo ao autocuidado é imprescindível para o alcance da qualidade de vida;

Cabe ao enfermeiro o agendamento para próxima consulta para o acompanhamento; sendo importante os encaminhamentos também a outros da equipe multidisciplinar: assistente social, nutricionista, psicologia e medicina;

As pessoas portadoras de estomas são classificados como portadores de deficiência, na medida em que houve uma doença prévia que deixou uma deficiência no sistema excretor e produz limitações em várias esferas da vida, tanto social quanto pessoal.

Terminologia e expressões utilizadas:

Estoma, ostoma ou estomia – Possuem o mesmo significado, derivam do grego, exprimem a ideia de “boca” ou “abertura” significam a exteriorização de víscera oca através do corpo por causas variadas.

Demarcação – Ato de delimitar uma região ideal e proceder a marcação com uma caneta especial à prova d’água.

Ileostomia: É a exteriorização de um segmento do intestino delgado, na parede abdominal, com drenagem de fezes líquidas a semipastosas de alto débito, com pH alcalino, possui pouca eliminação de gases; podem ser terminal ou em alça (exteriorização da alça proximal com um estoma protuberante e um outro plano, chamada de fístula mucosa).

Colostomia: É a exteriorização de um segmento do intestino grosso na parede abdominal para eliminação de fezes e gases; com drenagem de fezes pastosas a consistentes, podem ser terminal em duas “bocas”, sendo um como estoma fecal e a outra fístula mucosa.

Colostomia úmida: Tipo de técnica cirúrgica com alça construída para permitir a saída de urina e fezes pelo mesmo estoma.

Estomas definitivos: Quando o trânsito intestinal não pode ser restabelecido posteriormente.

Estomas temporários: Implicam em outra cirurgia para recomposição do intestino; são realizadas na fase aguda em algumas doenças.

Fístula mucosa: É a exteriorização de um segmento intestinal com finalidade de manutenção da drenagem muco intestinal.

Dispositivo ou equipamentos: São equipamentos afixados no corpo, desenhados para substituir ou atuar como parte corporal perdida, exemplos: Bolsas coletoras, Protetores cutâneos e Acessórios.

Pasta protetora de pele: Para formação e anel ou camada protetora de pele capaz de impedir ou minimizar infiltração de efluentes sob o adesivo, nivela áreas de desnível da pele periestomia.

Protetores cutâneos: Agem como película para pele como selante protetor oferecem aderência ao adesivo do equipamento.

Pó protetor de pele: Formam uma camada protetora em áreas de dermatites (presença de exsudação).

Referências Bibliográficas:


Cesaretti IUR, Santos VLG. Assistência em Estomaterapia: cuidando do Ostomizados. São Paulo: Atheneu; 2005.

Cezaretti, IUR. Cuidado da Pessoa Com Estoma no Pós-Operatório Tardio. Rev.Estima, 2008; 6(1): 27 – 32.

Cezaretti, IUR. Ostomizado: reabilitação sem fronteiras? Ponto de vista do enfermeiro. Rev. Bras. Enfermagem. 1995: 48(1): 60-65.

Chistóforo, BEB; Carvalho, SD. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré operatório. Rev Escola de enfermagem da USP, 2009: (43)1.

DIAS, CDG; RODRIGUES, FR,; MARQUES, G S, ÁVILA, RSG E SANTOS, R A. Perfil do grupo de portadores de estomia intestinal de um hospital universitário do município do rio de janeiro: “Á flor da pele, e com muito carinho”.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>38. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para Realização de Reanimação Cardiopulmonar – Suporte Básico de Vida</p>	<p>Código: POP – 38</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

Finalidade:

Associação de técnicas de compressão torácica, abertura de vias aéreas, respiração artificial e desfibrilação que define a sequência primária de ações para salvar vidas

Responsável pela execução:

Enfermeiro, Auxiliares, Técnicos de Enfermagem

Indicação:

Pacientes com diagnóstico de parada cardiorrespiratória (PCR). A PCR pode ocorrer por diversas causas: cardíacas ou não cardíacas: infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e obstrução de vias aéreas.

Materiais:

1. Equipamentos de proteção individual;
2. Bolsa ventilatória manual com reservatório (Ambú);
3. Máscara facial de oxigênio;
4. Fluxômetro;
5. Umidificador (no atendimento do suporte básico não é necessário complementar com água destilada, pois a prioridade é o suporte de oxigênio para o paciente);
6. Conexão de borracha e/ou silicone para oxigênio;
7. Fonte de oxigênio;
8. Superfície rígida e plana para aplicação de compressão torácica;
9. Escada auxiliar para paciente (para aumentar a altura do profissional).

Descrição do Procedimento:

1. Solicitar ajuda de outro profissional de saúde ao encontrar uma vítima que não responde;
2. Aferir pulso central (carotídeo), sendo que esta avaliação deve ser realizada entre 5 a 10 segundos. No caso de dúvida da presença de pulso, devem ser iniciadas imediatamente as compressões torácicas;
3. Solicitar que algum profissional acione o serviço móvel de urgência;
4. Realizar a vestimenta dos equipamentos de proteção individual;
5. Posicionar o paciente em decúbito dorsal sobre uma superfície rígida e plana (colocar embaixo da região torácica do paciente);
6. Expor o tórax do paciente, certificando que esteja seco;
7. Posicionar a base de uma das mãos (região hipotenar) no centro do tórax do paciente (linha intermamilar, na metade inferior do esterno);
8. Colocar a base da outra mão sobre a primeira;
9. Entrelaçar os dedos das mãos e assegurar que as compressões estejam sendo realizadas sobre o esterno, fora do alcance das costelas do paciente;
10. Posicionar-se na posição vertical em relação ao tórax do paciente, ao lado do paciente, em posição superior ao paciente e aplicar movimentos de compressão com um ângulo de 90°;
11. Caso seja necessário utilize a escadinha;
12. Manter os joelhos com certa distância um do outro para ter mais estabilidade;
13. Iniciar compressão torácica externa de qualidade (30 compressões/minuto com uma frequência, mínima, de 100/minuto, com uma profundidade mínima de 2 polegadas (5 cm));
14. Permitir o retorno total do tórax após cada compressão, minimizando interrupções nas compressões, sem perder o contato das mãos com o esterno do paciente;
15. Evitar interrupções nas compressões torácicas;
16. As compressões torácicas devem ser iniciadas o mais rapidamente possível, pois garantem o fornecimento de sangue para os órgãos nobres e aumentam o sucesso da desfibrilação;

17. O profissional responsável pelas ventilações deve posicionar-se atrás da cabeça do paciente;
18. Colocar a máscara contra o rosto do paciente, usando a ponta nasal como guia para obter a posição correta;
19. Vedar a máscara contra o rosto: usando as mãos, colocar os dedos indicadores e os polegares ao longo da borda da máscara, formando dois “C”;
20. Colocar os dedos restantes das mãos ao longo da margem óssea da mandíbula, fazendo dois “E”, e elevá-la. Executar uma manobra de inclinação da cabeça e do queixo para abrir a via aérea;
21. Ao erguer a mandíbula, pressionar com firmeza e por completo em torno da borda exterior da máscara para vedá-la contra o rosto;
22. É importante observar a elevação do tórax do paciente;
23. Ventilações em excesso podem causar distensão gástrica, aumento da pressão intratorácica, diminuindo o retorno venoso para o coração, o débito cardíaco e a taxa de sobrevivência.
24. Revezar com outro profissional a cada dois minutos (5 ciclos de 30 compressões torácicas externa e 2 ventilações) para evitar fadiga e compressões de má qualidade;
25. Aplicar duas ventilações rápidas (com duração de 1 segundo cada) com bolsa ventilatória manual conectada a uma fonte de oxigênio com suporte de 15 litros/minuto, após o término de cada ciclo de 30 compressões torácicas;
26. Avaliar a permeabilidade da via aérea durante a ventilação (realizar a inclinação da cabeça e elevação do queixo e, em caso de suspeita de trauma na coluna, promover a anteriorização da mandíbula);
27. Manter observação sobre a elevação da caixa torácica durante a ventilação;
28. Manter a sequência de 30 compressões e 2 ventilações (ciclo) por 2 minutos (completando assim 5 ciclos de manobras);
29. Reavaliar a resposta do paciente após completar cinco (5) ciclos (2 minutos) de manobras aplicadas checando a responsividade, pulso carotídeo e a expansão da caixa torácica;

30. Manter os procedimentos de reanimação até a chegada da equipe de emergência ou em situações extremas, até a exaustão da equipe;
31. A cada minuto sem desfibrilação, o paciente perde 10% da chance de sobrevivência;
32. Relatar para a equipe médica todos os procedimentos realizados quando de sua chegada;
33. Atender as solicitações da equipe médica na prestação de assistência durante as manobras de reanimação cardiopulmonar (Suporte Avançado de Vida);
34. Deixar o paciente confortável, ao término das manobras com resposta positiva;
35. Manter a organização da unidade do paciente;
36. Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
37. Realizar higienização das mãos, conforme o POP 2;
38. Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

Informações Complementares:

A prioridade do profissional, se atuando sozinho, ainda deve ser ativar o serviço médico de emergência e aplicar compressões torácicas;

As compressões torácicas de alta qualidade conseguem promover débito cardíaco de aproximadamente 25% do normal e perfusão cerebral de aproximadamente 10% do normal;

Apesar de reduzidas, as perfusões coronariana e cerebral promovidas pelas compressões torácicas são fundamentais para aumentar a probabilidade de sucesso da desfibrilação, com maiores chances de retorno à circulação espontânea;

As Diretrizes da AHA para RCP enfatizavam a importância de compressões torácicas de alta qualidade (a uma frequência e profundidade adequadas, permitindo retorno total do tórax a cada compressão. O número de compressões torácicas aplicadas por minuto durante a RCP é um fator determinante importante para o retorno da circulação espontânea (RCE) e da sobrevivência do paciente com boa função neurológica;

Nos pacientes com parada cardiorrespiratória (PCR), a língua pode bloquear a via

aérea superior, o que poderá ser aliviado pela abertura das vias aéreas. Para não retardar o início das compressões torácicas, a abertura deve ser realizada somente depois de aplicar trinta compressões torácicas. Aplicação de ventilação com bolsa/válvula/máscara;

É aconselhável que os socorristas forneçam compressões torácicas que comprimam, pelo menos, um terço do diâmetro anteroposterior do tórax de pacientes pediátricos (bebês com menos de 1 ano) e crianças até o início da puberdade). Isso equivale a cerca de 1,5 polegada (4 cm) em bebês até 2 polegadas (5 cm) em crianças. Uma vez que as crianças tenham atingido a puberdade (isto é, adolescentes), utiliza-se a profundidade recomendada para as compressões em adultos de, pelo menos, 2 polegadas (5 cm), mas não superior a 2,4 polegadas (6 cm);

Para um bebê, os socorristas solitários (sejam os socorristas leigos ou os prestadores de cuidados de saúde) devem comprimir o esterno com 2 dedos colocados logo abaixo da linha intermamilar, permitindo o retorno total do tórax a cada compressão;

Aconselha-se usar em bebês e crianças a velocidade de compressões torácicas recomendada para adultos de 100 a 120/min;


Preconiza RCP usando compressões torácica com respirações de resgate para lactentes e crianças em parada cardiorrespiratória. Se os espectadores não estão dispostos ou não conseguem realizar respirações de resgate, recomenda-se que os socorristas forneçam compressões torácicas para bebês e crianças.

Referências Bibliográficas:

American Heart Association: Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. TECA: Treinamento de Emergências Cardiovascular Básico. Editores Manuel Fernandes Canesin, Sérgio Timeman).- Barueri, SP: Manole, 2013.

TECA: Treinamento de Emergências Cardiovascular Avançado. Editores Manuel Fernandes Canesin, Sérgio Timeman).- Barueri, SP: Manole, 2013.

BAUER, Affonso Chiamenti; et.al. Suporte Básico de Vida: Atualização das Diretrizes da American Heart Association 2017. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 04, Vol. 04, pp. 83-98, Abril de 2018.

 <p>ATENÇÃO BÁSICA Poços de Caldas</p>	<p>39. Procedimento Operacional Padrão – POP Procedimento para realização de Teste Rápido</p>	<p>Código: POP – 39</p>
	<p>Elaboração: 03/04/2022</p>	<p>Revisão: 0</p>

<p>Finalidade:</p> <p>Ampliar o acesso da população em geral, principalmente das populações mais vulneráveis, ao diagnóstico de HIV, sífilis, hepatites B e C;</p> <p>Detectar precocemente as infecções, permitindo a antecipação do início do tratamento;</p> <p>Fornecer resultado por pessoal capacitado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório; Diminuir o risco de transmissão vertical.</p>
<p>Responsável pela execução:</p> <p>Enfermeiro e Técnico de enfermagem.</p>
<p>Indicação:</p> <p>A recomendação é que toda pessoa com vida sexual ativa realize o teste;</p> <p>As gestantes e suas parcerias sexuais devem realizar o teste de HIV, sífilis e hepatites virais durante o pré-natal.</p>
<p>Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos; 2. Manual de instrução; 3. Álcool 70%; 4. Algodão ou gaze não estéril; 5. Cronômetro ou relógio; 6. Caneta esferográfica; 7. Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;

8. Papel toalha para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
9. Livro ata para anotação de realização dos Testes Rápidos;
10. Laudo;
11. Kit diagnóstico: lancetas para punção digital ou swabs para coleta do fluido oral, materiais para coleta das amostras, dispositivos plásticos para a realização dos testes reagentes necessários para a sua execução e a bula do fabricante.

Descrição do Procedimento:

1. Ler o manual de instrução;
2. Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
3. Realizar aconselhamento pré-teste;
4. Higienizar as mãos, conforme POP 2;
5. Colocar os EPIs;
6. Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
7. Deixar os reagentes atingirem a 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;
10. Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;
11. Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
12. Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
13. Realizar punção digital, conforme POP 11;
14. Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar, alça coletora ou pipeta capilar evitando a formação de bolhas. Realizar nova coleta, caso ocorra a formação de bolhas.
15. Adicionar as gotas de solução sobre a amostra, conforme orientação do fabricante;
16. Aguardar o tempo recomendado pelo fabricante e realizar a leitura do teste em local iluminado;

17. Fazer a interpretação conforme manual explicativo;
18. Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
19. Retirar os EPIs;
20. Realizar aconselhamento pós-teste;
21. Realizar anotação no livro ata, assinar e carimbar;
22. Registrar no prontuário, assinar e carimbar;
23. Registrar o procedimento no eSUS;
24. Emitir o laudo diagnóstico ao usuário do serviço de saúde;
25. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

Informações Complementares:

Resultados:

Não reagente: presença de apenas uma linha rosa/vermelha na região controle.

Reagente: presença de duas linhas de coloração rósea / avermelhada, com limites bem definidos e facilmente visualizáveis (região teste e controle). **Inconclusivo / inválido:** ausência de uma linha na região controle, independentemente da presença de uma linha na região teste.

Atenção: A presença de borrões ou linhas “fantasmas” não devem ser consideradas como “positiva”. Em caso de dúvidas, repetir o teste, utilizando um outro kit.

Em casos de resultados reagentes, agendar atendimento para acompanhamento no Programa de ISTs.

Referências Bibliográficas:

Infecções sexualmente transmissíveis: cuidados na execução dos testes rápidos: módulo I: compreendendo os testes rápidos [recurso eletrônico] / Lucy Maria Bez Birolo Parucker (coordenadora do projeto); [autores] Helena Cristina Ferreira Franz....[et al.]. Florianópolis: ACL/UFSC, 2017.

Caiola Cláudia Zímaro C. et al. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem, versão nº 2, Campinas, 2016.

Disponível em:

Ministério da Saúde, Departamento de Condições Crônicas e Infecções.
<<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/testagem>>

Acesso em 23 de Outubro de 2019.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Brasília: DF. 2017. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 09 de dezembro de 2019.

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988.

