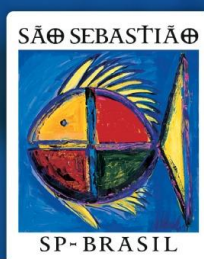
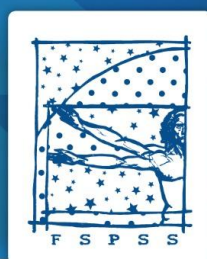


2º REVISÃO 2025

**MANUAL DE NORMAS,
ROTINAS E PROCEDIMENTOS
DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO
BÁSICA E ESPECIALIZADA**



Apresentação

A Fundação de Saúde Pública de São Sebastião (FSPSS) definiu como estratégia para sua reestruturação e fortalecimento a implantação da UBS Integral que visa o acesso com qualidade e atendimento integral à saúde da população. O atendimento nesse nível de atenção do sistema de saúde se caracteriza por uma atuação multi e interdisciplinar, o que inclui as Equipes de Enfermagem. Estas têm desenvolvido suas atividades com envolvimento e compromisso, com a proposta de responder às necessidades de saúde do seu território.

É com satisfação e reconhecimento que a Coordenação da Atenção Básica/FSPSS apresenta a presente publicação: “Manuais de Enfermagem – FSPSS/SP” composta por sete manuais atualizados, versando sobre os eixos: Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde do Adulto/do homem; Saúde da Pessoa Idosa; Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem; Risco biológico – Biossegurança na Saúde e Manual para Técnico e Auxiliar de Enfermagem, em consonância com as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde e do exercício profissional.

Acreditamos que os Manuais de Enfermagem serão uma importante ferramenta para contribuir na organização do trabalho, para atualização e alinhamento técnico frente às linhas de cuidados, promovendo novas habilidades na Assistência de Enfermagem em toda Rede da Atenção Básica e Especializada.

REINALDO ALVES MOREIRA

Prefeito do Município de São Sebastião

LAYSA CHRISTINA PIRES DO NASCIMENTO

Secretária Municipal da Saúde de São Sebastião

CARLOS EDUARDO ANTUNES CRAVEIRO

Presidente da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

PAULO HENRIQUE RIBEIRO SANTANA

Diretor de Atenção Básica da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

ANGÉLICA OLIVEIRA COSTA

Diretora da Atenção Especializada

“Não basta saber, é preciso também aplicar, não basta querer, é preciso também fazer”.

Goethe

Colaboradores

Aline Fava Busquetti Coelho

Enfermeira – Diretoria de Atenção Básica

Priscila Barbara

Enfermeira – Diretoria de Atenção Especializada

Felipe Manoel Rodrigues Moniz

Enfermeiro e Coordenador de Enfermagem – Diretoria de Atenção Básica

Julia Pires

Assessora Administrativa – Diretoria de Atenção Especializada

Thais Carvalho Zeferino

Auxiliar Administrativa – Diretoria de Atenção Especializada

Luana Lopes dos Anjos

Auxiliar Administrativa – Diretoria de Atenção Básica

Marcelo Galdino dos Santos

Auxiliar Administrativo – Diretoria de Atenção Básica

1ª Revisão realizada em 2022
2ª Revisão realizada em 2025

Lista de Siglas

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAB	Coordenação da Atenção Básica
CCD	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CCIH	Centro de Controle de Infecção Hospitalar
CE	Consulta de Enfermagem
CEE	Comissão de Ética de Enfermagem
CRT	Certidão de responsabilidade Técnica
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DUM	Data de Última Menstruação
EaD	Educação a Distância
EAPV	Eventos Adversos Pós Vacinação
ECR	Equipe de Consultório na Rua
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
EV	Endovenosa
FR	Frequência Respiratória
ID	Intradérmica
IM	Intramuscular
IV	Intravenosa
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMI	Programa Municipal de Imunização
PMSP	Prefeitura do Município de São Paulo
PNI	Programa Nacional de Imunização
POP	Procedimento Operacional Padrão
RN	Recém Nascido
RT	Responsável Técnico
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAP	Secretaria de Administração Penitenciária
SC	Subcutânea
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGA	Sistema de Informação para a Gestão de Assistência à Saúde
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SMS-G	Secretaria Municipal da Saúde - Gabinete
SRO	Sais de Reidratação Oral
STS	Supervisão de Vigilância em Saúde
SUVIS	Supervisão de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SF	Soro Fisiológico
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TRO	Terapia de Reidratação Oral
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliária
VR	Visita de Rua
VTEE	Visita Técnica de Enfermagem em Escolas
VTEUP	Visita Técnica de Enfermagem em Unidades Prisionais

Sumário

ADMINISTRATIVO ENFERMAGEM	8
PROCESSO DE ENFERMAGEM	24
VISITA DOMICILIAR DE ENFERMAGEM	32
EDUCAÇÃO CONTINUADA	37
EDUCAÇÃO PERMANENTE	38
GRUPOS EDUCATIVOS E ORGANIZAÇÃO	40
ROTINAS	44
6.1.3 SALA DE PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE.....	48
6.1.4 LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA	55
6.2 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES	56
6.3 SETOR DE MEDICAÇÃO	57
6.1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SALA DE INALAÇÃO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO: ENFERMEIRO	59
ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	60
6.2 ROTINA DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SALA DE CURATIVOS	60
HIGIENIZAÇÃO AMBIENTE DA SALA DE CURATIVOS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
INTRODUÇÃO	80
ÁREA 01	HIGIENIZAÇÃO, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO 81
NORMAS BÁSICAS DE HIGIENE PARA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	82
PRECAUÇÕES PADRÃO	83
LAVAGEM DAS MÃOS	84
TÉCNICA DE LIMPEZA MANUAL DE INSTRUMENTAL	86
TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES	87
TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS	88
TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS UMIDIFICADORES DE OXIGÊNIO	89
TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE CABOS E LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO	90
TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBU	91
ORGANIZAÇÃO DA SALA DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	92
PREPARO DE MATERIAIS PARA ESTERILIZAÇÃO	93
ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	94
INDICADOR BIOLÓGICO	95
• INTERPRETANDO OS RESULTADOS	96

ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE ACOLHIMENTO DO PACIENTE	98
DIGITAÇÃO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO	100
ORGANIZAÇÃO DA SALA DE PROCEDIMENTOS / EMERGÊNCIA	101
ORGANIZAÇÃO DA SALA DE COLETA DE EXAMES	102
SALA DE CURATIVO	103
ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE PRÉ-CONSULTA DE ENFERMAGEM	104
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	105
AFERIÇÃO DE PESO	109
AFERIÇÃO DE COMPRIMENTO E ESTATURA	110
AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	112
AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR	115
AFERIÇÃO DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL NO ADULTO	117
MEDIDAS DO PERÍMETRO CEFÁLICO TORÁCICO E ABDOMINAL DO RN	118
COLETA DE TESTE DO PEZINHO	120
COLETA DE COLPOCITOLÓGICO (EXAME DE PAPANICOLAOU)	123
COLETA DE ESCARRO	126
ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA ORAL	128
ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA	130
ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA OCULAR	132
ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA	134
ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA	137
ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR	140
ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA	150
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL	153
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	155
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	158

Introdução

Com intuito de subsidiar as linhas de cuidados das unidades de saúde da Atenção Básica e Especializada da Secretaria Municipal da Saúde de São Sebastião, a FSPSS elabora manuais que regulamentam e padronizam atividades, ações e procedimentos das equipes de enfermagem.

Com objetivo de atualizar os profissionais da enfermagem nas questões administrativas e técnicas, bem como nas rotinas de trabalho voltadas para Unidades de Saúde da Atenção Básica (AB) e Atenção Especializada (AE).

A proposta deste instrumento é divulgar e alinhar orientações administrativas e técnicas de relevância, como subsídio para a eficácia do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Básica e Atenção Especializada. As normas e rotinas apresentadas serão também referência para a capacitação dos profissionais.

Ressaltamos a importância de sistematizar técnicas e procedimentos em consonância com princípios científicos na perspectiva do aprimoramento da tecnologia do cuidado e para a segurança do usuário.

Distintamente do manejo de equipamentos e aparelhos, a tecnologia do cuidado envolve, além de saberes e habilidades, a escuta, o acolhimento e o estabelecimento de vínculos. A prática da Enfermagem exige a observância da legislação profissional, a execução de técnicas corretas e seguras e deve estar centrada no atendimento das necessidades dos usuários.

O conteúdo deste Manual permeia três tecnologias: leve; leve-dura e dura. Norteia as principais ações do Enfermeiro desde as relações com o usuário externo, como no acolhimento; bem como com o usuário interno, na gestão de serviços (tecnologia leve). Traz pontos importantes do processo de enfermagem (tecnologia leve-dura) e, também, apresenta normas de trabalho com equipamentos tecnológicos, como os refrigeradores na sala de vacinas (tecnologia dura).

Neste sentido, este instrumento é apresentado permeando o conteúdo Administrativo, que traz o regimento interno, orientação de supervisão e as relações com o órgão de classe; Orientações para a organização de grupos de educação em saúde; Sistematização da Assistência em Enfermagem, individual e coletiva; Orientações para ações de Educação Permanente em serviço; Rotinas de enfermagem nas unidades de Saúde e Técnicas e procedimentos de enfermagem mais utilizados nos serviços da Atenção Básica e Especializada.

Esses capítulos foram desenvolvidos com a preocupação de priorizar referências nacionais e internacionais reconhecidas, bem como Leis e Portarias que subsidiam e regulamentam o exercício profissional da enfermagem. Foram desenhados com o cuidado e o espírito de estimular a prática do trabalho multidisciplinar e em equipe para qualificar a Assistência de Enfermagem.

É com satisfação que a equipe de enfermeiros da Diretoria / Coordenadorias / Supervisões de saúde da Atenção Básica e Atenção Especializada, disponibiliza este conteúdo com o compromisso de revê-lo e atualizá-lo periodicamente e, de acordo com as necessidades rotineiras da rede, divulgar oficialmente em Notas Técnicas via site PMSS/SP: <http://www.saosebastiao.sp.gov.br>

Ressaltamos que o conteúdo registrado neste manual respalda as ações e serviços da equipe de enfermagem da FSPSS.

ADMINISTRATIVO ENFERMAGEM

1. Administrativo – Enfermagem

1.1. ESTRUTURA DA ENFERMAGEM – Atenção Básica e Atenção Especializada

A FSPSS, como gestora do SUS no Município, por meio da Diretorias da Atenção Básica e Especializada, formula e implanta políticas e, tem como responsabilidade estabelecer as diretrizes técnicas para o desenvolvimento da assistência de enfermagem nas unidades de saúde.

Em sua estrutura organizacional, as Supervisões Técnicas de Saúde (STS), as Coordenadorias e Diretoria Municipal de Saúde, são as instâncias responsáveis pelo acompanhamento das unidades, visando a qualidade e otimização dos serviços. Atualmente, o modelo de gestão conta com os Supervisores técnicos administrativos, que gerenciam e acompanham as Unidades de Saúde da Família de forma integrada com as equipes técnicas da Instituição.

1.2. Elaboração do regimento interno do serviço de enfermagem das unidades de atenção básica e especializadas em saúde / São Sebastião - São Paulo

Conforme DECRETO Nº 5899/2013 que dispõe sobre o Regimento Interno do Serviço de Enfermagem das Unidades de Saúde do Município.

Capítulo I

DAS FINALIDADES OU OBJETIVOS

Organizar, orientar e documentar todo o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando cumprir sua missão, que consiste no compromisso e dever dos profissionais da enfermagem para usuários, família, comunidade e equipe de saúde.

Art. 1º - O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

I - Assistir ao indivíduo, família e comunidade seguindo as diretrizes da Atenção Básica: integralidade, enfoque individual e familiar, humanização, intersetorialidade, democratização do conhecimento e participação popular;

II - Identificar as necessidades, promover e colaborar em programa de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem.

III - Trabalhar de acordo com o Código de Ética de Enfermagem e dos demais profissionais do serviço de saúde.

Capítulo II

DA POSIÇÃO

Posicionar o serviço de enfermagem no organograma institucional.

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde é coordenado tecnicamente por enfermeiros.

Capítulo III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º - O pessoal que compõe o Serviço de Enfermagem está assim classificado:

I - Enfermeiro / Enfermeiro RT

II - Técnico de Enfermagem

III - Auxiliar de Enfermagem

Capítulo IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 4º - À Unidade Básica de Saúde Compete:

Fomentar e desenvolver ações e serviços no sentido de intervir no processo de saúde-doença da população, ampliando a participação e o controle social com vistas à Vigilância à Saúde na defesa da qualidade de vida.

Art. 5º - Ao Enfermeiro RT (Responsável Técnico) Compete:

- I- Desenvolver ações que facilitem a integração entre os profissionais de enfermagem;
- II- Favorecer a integração entre a Unidade de Saúde e o Conselho Regional de Enfermagem;
- III- Assegurar que as ações de enfermagem ocorram de acordo com o código de ética de enfermagem e LEI 7498/86;
- IV- A implementação de Protocolos e Rotinas Assistenciais de Enfermagem elaborados pela FSPSS.
- V - Manter atualizada junto ao COREN-SP a relação de profissionais de enfermagem que atuam na sua Unidade;
- VI - Viabilizar aos profissionais de enfermagem treinamentos sistematizados, propiciando um melhor desenvolvimento de suas atividades;
- VII - Enviar a cópia de visita fiscalizatória do COREN às devidas instâncias responsáveis pelo serviço de enfermagem na Atenção Básica.

Art. 6º - Ao Enfermeiro Compete:

Lei 7498/86 Art. 11

O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: PRIVATIVAMENTE:

- I - Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- II - Organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- III - Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- IV - Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- V - Consulta de enfermagem;
- VI - Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- VII - Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

Especificidades da Atenção Básica e Atenção Especializada:

- I - Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica,
- II - Atuar no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- III - Desenvolver ações de promoção da saúde, conforme plano de ação da equipe, por meio de atividades educativas, com estímulo à participação comunitária e trabalho intersetorial, visando melhor qualidade de vida da população e garantir sua certificação;
- IV - Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a população, conforme plano de ação da equipe;
- V - Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população, conforme o planejamento da equipe de saúde;
- VI- Desenvolver monitoramento dos indicadores de saúde, avaliando o impacto das ações planejadas.

Art. 7º - Ao Técnico de Enfermagem compete:

Lei 7498/86 Art. 12

O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da

assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- I - Participar da programação da assistência de Enfermagem;
- II - Executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, Observando o disposto no Parágrafo Único do Art. 11 da Lei 7498/86;
- III - Participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;
- IV - Participar da equipe de saúde.

Especificidades da Atenção Básica e Atenção Especializada, mediante orientação/supervisão do enfermeiro:

- I - Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica;
- II - Auxiliar na efetivação das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- III - Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação comunitária com sua competência profissional;
- IV - Desenvolver ações de promoção, prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a saúde da população, conforme plano de ação da equipe;
- V - Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população conforme planejamento da equipe de saúde.

**Art. 8º - Ao Auxiliar de Enfermagem compete:
Lei 7498/86 Art. 13**

- I - Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:
- II - Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- III - Executar ações de tratamento simples;
- IV - Prestar cuidados de higiene, curativo, vacinas e conforto ao usuário.
- V - Participar da equipe de saúde.

Especificidades da Atenção Básica e Atenção Especializada, mediante orientação/supervisão do enfermeiro:

- I - Executar ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica;
- II - Auxiliar na efetivação das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- III - Executar ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação comunitária com sua competência profissional;
- IV - Executar ações de promoção, prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a saúde da população, conforme plano de ação da equipe;
- V - Executar ações de recuperação e reabilitação da saúde da população conforme planejamento da equipe de saúde.

Capítulo IV

Do Pessoal e seus Requisitos

Os profissionais de enfermagem devem obrigatoriamente possuir registro no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício - Art. 2º da Lei 7498/86.

Art. 9º - Requisitos necessários aos cargos:

I Enfermeiro:

1. Efetivo: Ser aprovado no concurso FSPSS;
2. Contratado ou Cessão: processo regulamentado pela FSPSS e município.
3. Apresentar no desempenho de suas funções: compromisso, responsabilidade, trabalho em equipe, iniciativa, postura ética e conhecimento técnico.

II Técnico de Enfermagem

1. Ser aprovado no processo no concurso FSPSS;
2. Contratado ou Cessão: processo regulamentado pela FSPSS e município.
3. Apresentar no desempenho de suas funções: compromisso, responsabilidade, capacidade de trabalho em equipe, iniciativa, postura ética e conhecimento técnico.

III Auxiliar de Enfermagem:

1. Ser aprovado no concurso FSPSS;
2. Contratado ou Cessão: processo regulamentado pela FSPSS e município.
3. Apresentar no desempenho de suas funções: compromisso, responsabilidade, capacidade de trabalho em equipe, iniciativa, postura ética e conhecimento técnico.

1.2.2. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM CAPÍTULO VI

Do Pessoal e suas Atribuições

Atribuições do pessoal em conformidade com a legislação e normas vigentes, Lei 7498/86 e Decreto 94406/87.

Art. 10º - Atribuições do pessoal

I ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO-RT, além das estabelecidas pelo COFEN e COREN-SP, deve:

- 1 Realizar diagnóstico situacional e plano de trabalho do serviço de enfermagem;
- 2 Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade de cada Unidade de Saúde, fazendo cumprir o regimento do serviço de enfermagem, normas, rotinas e protocolos assistenciais e as questões éticas da profissão;
- 3 Viabilizar espaços de discussões técnicas e éticas com a equipe de enfermagem e a Coordenação Técnica de Saúde (CTS), bem como com os supervisores técnicos administrativos e a Diretoria de Atenção Básica.
- 4 Realizar o dimensionamento de pessoal junto à equipe de enfermagem da Unidade de saúde.

II ENFERMEIRO

ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A Enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

DEFINIÇÃO: Profissionais com atribuição de realizar atividades Administrativas e Técnicas na área da saúde da Prefeitura do Município de São Sebastião;

ABRANGÊNCIA: Áreas que requeiram atividades Administrativas e Técnicas em saúde no município.

REQUISITOS BÁSICOS:

1. Comunicação: Transmitir informações, divulgar os eventos relacionados com a atividade profissional.

2. Flexibilidade: Possuir a capacidade para lidar com diferentes tipos de situações no exercício do cargo.

3. Iniciativa: Realizar outras atividades que não estão previstas na rotina de trabalho, não se limitando às funções específicas do cargo.

4. Interesse: Buscar sistematicamente ampliar os conhecimentos referentes aos assuntos relacionados às suas atividades.

5. Planejamento e Organização: Atuar de forma planejada e organizada, otimizando tempo e recursos materiais.

6. Pró-atividade: Prever situações e atuar antecipadamente, adotando ações proativas ao invés de atuar, somente, através de ações reativas.

7. Relacionamento Interpessoal: Agir de forma empática e cordial com as demais pessoas, durante o exercício das funções do cargo.

8. Ética: Desenvolver as atividades profissionais, observando as questões relacionadas à justiça e à ética nas relações de trabalho.

9. Qualidade: Executar as atribuições do cargo, buscando a satisfação das necessidades e superação das expectativas dos funcionários e usuários da PMSP.

10. Trabalho em Equipe: Realizar o trabalho em colaboração com outros profissionais, buscando a complementaridade de outros conhecimentos e especializações.

11. Visão Sistêmica: Desempenhar as atribuições específicas, percebendo a inter-relação e a interdependência de cada uma das tarefas com as atividades globais da SMS e seus respectivos impactos no todo.

ATRIBUIÇÕES GERAIS DO ENFERMEIRO

1. Da organização dos serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares nas unidades de saúde pública:

1.1. Dirigir/gerenciar a organização dos serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares nas unidades de saúde pública;

1.2. Planejar, organizar, executar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem, participando da organização do processo de trabalho da unidade e da escala de trabalho dos serviços de

enfermagem, bem como de folgas e férias, anualmente, mensalmente ou semanalmente, mediante a característica do serviço/ações gerenciadas;

1.3. Realizar o processo de enfermagem aplicando todas as etapas do processo - Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);

1.4. Solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos estabelecidos nos Programas de Saúde Pública e, em rotinas aprovadas pela FSPSS/SP;

1.5. Prestar cuidados de Enfermagem a usuários graves e com risco de vida;

1.6. Prestar assistência integral ao indivíduo, família e comunidade;

1.7. Prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;

1.8. Realizar a educação continuada e permanente em serviço para a equipe de enfermagem;

1.9. Participar no desenvolvimento, implantação, execução e avaliação dos programas de saúde pública;

1.10. Prestar assistência de Enfermagem à gestante, à parturiente, à puérpera, ao recém-nascido, criança/adolescente, adulto, deficiente e pessoa idosa mediante a característica do serviço de saúde;

1.11. Atuar na prevenção e controle sistemáticos de infecção mediante seu local de atuação;

1.12. Executar as ações de assistência integral: prevenção de agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde aos indivíduos e famílias na unidade e, quando necessário ou indicado, no domicílio, na rua e/ou demais espaços comunitários, em todas as fases do ciclo de vida, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

1.13. Realizar registro das atividades de enfermagem exercidas no PEC imediatamente após finalizar o atendimento, bem como supervisionar os registros realizados pela equipe de enfermagem conforme a rotina administrativa do serviço;

1.14. Planejar e executar visitas domiciliárias, visitas técnicas, visitas na rua, de referência da unidade de saúde mediante a característica do serviço de saúde;

1.15. Acompanhar e analisar a produção dos serviços de enfermagem;

1.16. Participar da elaboração de projetos de construção e reforma dos setores de atuação da enfermagem nas unidades de saúde;

1.17. Participar da elaboração/ atualização de manuais, guias, protocolos, notas técnicas para os serviços de enfermagem, quando solicitado pela FSPSS;

1.18. Participar na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, e nos programas de vigilância epidemiológica;

1.19. Realizar cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

1.20. Exercer suas atividades de acordo com os princípios da Ética e Bioética;

1.21. Participar na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos usuários e aos profissionais durante a assistência de enfermagem;

1.22. Participar em programas de atividades de educação sanitária, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral;

- 1.23.** Manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento de referência e contrarreferência;
- 1.24.** Realizar atividades de atenção à saúde/educativas, ações, procedimentos, atividades relacionadas à demanda espontânea de enfermagem;
- 1.25.** Participar da construção do dimensionamento da equipe de enfermagem na unidade de saúde;
- 1.26.** Participar do planejamento e monitorar os estágios curriculares desenvolvidos por FSPSS nas unidades de saúde;
- 1.27.** Participar nos programas de saúde ocupacional e biossegurança;
- 1.28.** Participar da elaboração do diagnóstico epidemiológico e social do território.
- 2. Da organização dos serviços de saúde:**
- 2.1.** Dirigir/ gerenciar a organização dos serviços de saúde, se designado;
- 2.2.** Dirigir ou Assessorar centros de pesquisa e desenvolvimento de projetos, se designado;
- 2.3.** Cumprir e fazer cumprir os regulamentos, normas e rotinas específicas da Unidade de Saúde na qual está inserido.

III TÉCNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM

DEFINIÇÃO: Profissionais que realizam atividades técnicas e técnico-auxiliares, na área da saúde da Prefeitura do Município de São Sebastião;

ABRANGÊNCIA: Áreas que requeiram atividades técnicas e técnico-auxiliares em saúde na FSPSS.

REQUISITOS GERAIS E ESPECÍFICOS

REQUISITOS GERAIS DO TÉCNICO E DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM:

- 1. Ética:** Desenvolver as atividades profissionais, observando as questões relacionadas à justiça e à ética nas relações de trabalho.
- 2. Qualidade:** Executar as atribuições do cargo, buscando a satisfação das necessidades e superação das expectativas dos usuários internos e externos da PMSP/SMS.
- 3. Trabalho em Equipe:** Realizar o trabalho em colaboração com outros profissionais, buscando a complementaridade de outros conhecimentos e especializações.
- 4. Visão Sistêmica:** Desempenhar as atribuições específicas, percebendo a inter-relação e a interdependência de cada uma das tarefas com as atividades globais da PMSP/SMS e seus respectivos impactos no todo.
- 5. Comunicação:** Transmitir informações, divulgar os eventos relacionados com a atividade profissional.
- 6. Flexibilidade:** Possuir a capacidade para lidar com diferentes tipos de situações no exercício do cargo.
- 7. Iniciativa:** Realizar outras atividades que não estão previstas na rotina de trabalho, não se limitando às funções específicas do cargo.
- 8. Interesse:** Buscar sistematicamente ampliar os conhecimentos referentes aos assuntos relacionados às suas atividades.

9. Planejamento e Organização: Atuar de forma planejada e organizada, otimizando tempo e recursos materiais.

10. Pró-atividade: Prever situações e atuar antecipadamente, adotando ações proativas ao invés de atuar, somente, através de ações reativas.

11. Relacionamento Interpessoal: Agir de forma empática e cordial com as demais pessoas, durante o exercício das funções do cargo.

ATRIBUIÇÕES GERAIS DO TÉCNICO E DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

1. Exercer atividades técnicas, de nível médio de assistência de enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro;
2. Assistir ao Enfermeiro nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco, nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
3. Integrar a equipe de saúde, cumprir normas e regulamentos disciplinares da unidade de saúde em que está inserido;
4. Atuar na prevenção e controle sistemáticos de infecção mediante seu local de atuação;
5. Executar atividades auxiliares atribuídas à equipe de enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro; No domicílio, na rua e/ou demais grupos comunitários conforme especificidade do serviço:
 - 5.1. Preparar o usuário para consultas, exames e tratamentos;
 - 5.2. Executar procedimentos de rotina e prescritos;
 - 5.3. Administrar medicamentos mediante prescrições;
 - 5.4. Realizar controle hídrico;
 - 5.5. Aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocлизма, enema, calor ou frio;
 - 5.6. Executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
 - 5.7. Efetuar controle de usuários e de comunicantes em doenças transmissíveis, bem como as atividades de vigilância em saúde;
 - 5.8. Realizar coleta de material para exames laboratoriais;
 - 5.9. Executar atividades de desinfecção e esterilização;
 - 5.10. Prestar cuidados de higiene e conforto ao usuário e zelar pela sua segurança;
 - 5.11. Oferecer alimentação ou auxiliar o usuário na alimentação (quando necessário);
 - 5.12. Registrar as atividades de assistência no prontuário do usuário;
 - 5.13. Preencher registros de produção de procedimentos de enfermagem, incluindo digitação no sistema e-SUS/PEC;
 - 5.14. Zelar e proceder a higienização de equipamentos e utensílios dos consultórios e setores de atuação da enfermagem;
 - 5.15. Orientar os usuários quanto ao cumprimento das prescrições médicas e da enfermagem;
 - 5.16. Integrar a equipe de saúde, participando de atividades de educação e saúde;
 - 5.17. Executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de usuários;
 - 5.18. Cumprir normas e regulamentos disciplinares da unidade de saúde em que está inserido;
6. Participar de atividades de educação permanente e/ou cursos de capacitação para desenvolvimento profissional;
7. Participar nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CONFORME COFEN

De acordo com COFEN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM)

o Decreto nº 94.406/87 de 25 de junho de 1986, são atribuições do Técnico em Enfermagem

Art. 10º - O Técnico de enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo lhe:

1. Assistir ao Enfermeiro:

- 1.1. No planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem.
- 1.2. Na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a usuários em estado grave.
- 1.3. Na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica.
- 1.4. Na prevenção voltada ao controle sistemático de infecção nas unidades de serviços de saúde (C.C.I.H.).
- 1.5. Na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a usuários durante a assistência de saúde.
- 1.6. Participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco.
- 1.7. Participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho.

CAPÍTULO VII

Do horário de trabalho

Art. 12 - O atendimento do Serviço de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde deve ser garantido durante todo o horário de funcionamento da Unidade, inclusive durante o almoço, reuniões gerais e treinamento dos profissionais, realizando o revezamento dos trabalhadores. Podendo, frente à designação dos serviços (previamente agendados) e necessidades locais, realizar ações, procedimentos e atendimentos na rua e comunidades. Obs.: Atentar ao item 1 das atribuições específicas do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem.

CAPÍTULO VIII

Das disposições Gerais ou Transitórias

Art. 13 - Todos os funcionários deverão apresentar-se ao trabalho no horário determinado, devidamente uniformizados (avental e calçados confortáveis descrito no manual de Biossegurança) e identificados com crachás. O profissional deverá apresentar-se com vestimentas apropriadas de acordo com seu trabalho diário (não estar trajando roupas inadequadas: roupas transparentes, minissaia, camisetas que não cobrem todo o corpo, decote avantajado, bermuda, camiseta sem manga.);

Art. 14 - O pessoal de Enfermagem não poderá receber de usuários ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho;

Art. 15 - O pessoal de Enfermagem, ao ser admitido, deverá apresentar na sua referência de RH os documentos relativos à sua categoria profissional solicitados em edital;

Art. 16 - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos representantes de enfermagem das Supervisões, Departamento Jurídico, Coordenadorias e Diretoria da Atenção Básica FSPSS.

Art. 17 - O Serviço de Enfermagem das Unidades de Saúde da administração direta, e ou parcerias/administração indireta, deverão seguir as normas, diretrizes, protocolos e notas técnicas, da Secretaria Municipal da Saúde de São Sebastião e FSPSS. As divulgações são realizadas em manuais.

1.3 RESPONSABILIDADE TÉCNICA PERANTE O COREN-RT

Em consonância com a Resolução COFEN – 727/2023 :

Art. 3º É obrigatório que toda empresa/instituição/organização pública, privada, beneficente ou filantrópica onde houver serviços e/ou ensino de Enfermagem, tenha pelo menos um ERT e apresente a respectiva CRT, devendo ser afixada em suas dependências, em local visível e de acesso público.

§ 1º A ART e a CRT terão validade de 12 (doze) meses, podendo ser renovada após este período para o respectivo ERT, mantendo a motivação anterior da ART, ou concedida nova ART e CRT.

§ 2º Havendo apresentação de comprovação de vínculo empregatício inferior a 12 (doze) meses, a CRT somente deverá ser emitida com validade compatível ao tempo de contratação, podendo ser renovada após este período para o respectivo ERT ou concedida nova ART e CRT.

Art. 4º A ART do Serviço de Enfermagem deverá ser requerida ao Coren pelo Enfermeiro designado para a função de Enfermeiro Responsável Técnico (ERT).

§ 1º Fica estabelecido no máximo 02 (duas) concessões de ART por enfermeiro, desde que não haja coincidência de horário de suas atividades como ERT e outras atribuições, mediante apresentação de Declaração de Não Coincidência de Horário.

Art. 5º O requerimento de ART ao Coren deverá conter os seguintes dados:

§ 1º Da Empresa/Instituição/Organização: razão social, nome fantasia, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), se houver, inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), natureza jurídica, horário de funcionamento, endereço completo, contatos telefônicos e endereço eletrônico.

§ 2º Do ERT: nome completo, número de inscrição no Coren, endereço completo, contatos telefônicos e endereço eletrônico, denominação do local/setor/unidade onde exerce a função de ERT, horário de trabalho para ERT e carga horária semanal para ERT. Outros vínculos profissionais com razão social, nome fantasia, horário de trabalho e carga horária semanal, devendo vir acompanhado da assinatura e carimbo ou assinatura eletrônica.

Conforme **Art. 14** Resolução COFEN – 727/2023:

Em caso de desligamento da função, o Enfermeiro deve comunicar imediatamente por escrito ao COREN-SP e devolver a CRT para o cancelamento da anotação. A unidade de saúde deverá indicar simultaneamente o novo RT.

Conforme **Art. 16** Resolução COFEN – 727/2023:

Das atuações e atribuições, destacamos oportunizar a equipe de enfermagem a implantação da Comissão de Ética de Enfermagem, bem como manter as normatizações estabelecidas no código de ética de enfermagem,

Proporcionar e garantir a educação em serviço com o objetivo de atualizar as informações à equipe de enfermagem sob sua responsabilidade.

Obs.: O exercício da Responsabilidade Técnica não implica em recebimento de gratificação ou adicional pelo profissional.

1.4

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM - CEE

De acordo com a resolução COFEN 593/2018:

Art. 1º Normatizar a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem-CEE nas Instituições com Serviço de Enfermagem.

Art. 2º As Comissões de Ética de Enfermagem representam os Conselhos Regionais de Enfermagem nas instituições onde existe Serviço de Enfermagem, com funções educativa, consultiva, e de conciliação, orientação e vigilância ao exercício ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem.

§ 1º Entende-se a função de conciliação as questões de conflitos interprofissionais que não envolvam terceiros.

§ 2º As CEE devem estabelecer relação de autonomia e imparcialidade com as Instituições de Saúde, bem como resguardar o sigilo e discrição nos assuntos vinculados às condutas de caráter ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem.

Art. 3º São atribuições específicas dos membros da CEE:

I – representar o Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição na instituição de saúde em se tratando de temas relacionados à divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

II – divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação de Enfermagem ora vigente;

III – identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde onde atua;

IV – receber denúncia de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem;

V – elaborar relatório, restrito à narrativa dos fatos que ensejaram a denúncia, anexando documentação, se houver, relativa a qualquer indício de infração ética.

VI – encaminhar o relatório ao Conselho Regional de Enfermagem e ao Enfermeiro Responsável Técnico (RT) da instituição, para conhecimento, nos casos em que haja indícios de infração ética ou disciplinar;

VII – propor e participar em conjunto com o Enfermeiro RT e Enfermeiro responsável pelo Serviço de Educação Permanente de Enfermagem, ações preventivas e educativas sobre questões éticas e disciplinares;

VIII – promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;

IX – assessorar a Diretoria/Chefia/Coordenadora de Enfermagem da Instituição, nas questões ligadas à ética profissional;

X – divulgar as atribuições da CEE.

XI – participar das atividades educativas do Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição e atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da CEE, inclusive promover e participar de treinamento e capacitação.

XII – apresentar anualmente relatório de suas atividades ao Conselho Regional de Enfermagem.

COMPOSIÇÃO

As CEE devem ser compostas conforme a Resolução COFEN 593/2018.

Art. 4º Tornar obrigatória a criação e funcionamento de Comissão de Ética de Enfermagem em instituições com no mínimo 50 (cinquenta) profissionais de enfermagem em seu quadro de colaboradores.

Parágrafo único. Torna-se facultativa a constituição da Comissão de Ética em instituições com número inferior a 50 (cinquenta) profissionais de enfermagem.

Art. 5º A constituição da CEE é definida por meio de eleição direta e secreta ou por meio de designação, obedecendo aos critérios específicos desta Resolução.

§ 3º A CEE será constituída por, no mínimo, 3 (três) e no máximo 11 (onze) profissionais de Enfermagem, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitando o número ímpar de efetivos, entre enfermeiros, obstetrizes, técnicos e auxiliares de enfermagem. A CEE será composta por presidente, secretário e membro, dentre os profissionais mais votados, cabendo ao Enfermeiro o cargo de presidente.

§ 4º O mandato dos membros eleitos da CEE será de 3 (três) anos, admitida apenas uma reeleição.

1.5 ORIENTAÇÕES PARA A VISITA DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA – FSPSS/SP

1. A visita fiscalizatória deverá ser acompanhada pelo enfermeiro Responsável Técnico (RT) ou alguém que o represente;
2. O Enfermeiro da Unidade deverá encaminhar as cópias das notificações do COREN-SP para a Coordenadoria de Enfermagem. A resposta à notificação deverá ser redigida pelo enfermeiro da unidade em consenso com a Supervisão e/ou Coordenadoria e uma cópia desta deverá ser arquivada em cada instância envolvida. A Coordenação da Atenção Básica deverá ser comunicada quando a situação necessitar.

1.6 DIRETRIZES - ADMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA FSPSS/SP - ORGANIZAÇÃO BÁSICA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE SAÚDE

É imprescindível que o ENFERMEIRO ao assumir uma Unidade de Saúde tenha ciência de suas responsabilidades técnicas, conhecendo e praticando as ATRIBUIÇÕES / FSPSS. As atividades prioritárias semanais / diárias permearão:

1. CONSULTAS

- A consulta de enfermagem é de alta acuidade e baixa especificidade voltada às necessidades humanas básicas.
- A consulta direcionada exclusivamente ao diagnóstico patológico é de responsabilidade médica.

ENFERMEIROS

2. AÇÕES BÁSICAS EM UNIDADES DE SAÚDE / ESPECIALIDADES

ATIVIDADES	DISTRIBUIÇÃO HORÁRIA IDEAL/Semana	ORGANIZAÇÃO SEMANAL
Atividade Administrativa	2	Escala -> Rodiziar os sítios de trabalho da equipe periodicamente; Produção; Reuniões administrativas; Preenchimento do e-SUS.
Supervisão de Enf. + Procedimentos	10	Supervisão técnica diária Enfermagem e quando necessário, prestar assistência de Enfermagem em situações de urgências e emergências clínicas na Unidade de Saúde, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada, através do referenciamento necessário e adequado, para outros pontos da rede, conforme fluxos institucionais.
Consulta de Enfermagem	20	20 consultas programadas e 10 eventuais
Grupo Educativo	2	2 grupos educativos / semana Realizar conforme planejamento da unidade.
Visita Domiciliária	2	2 a 4 VD /semana
Reunião / Educação em serviço da equipe/ permanência/ interna e externa	2	Realizar conforme planejamento da unidade no mínimo 1 (uma) vez por semana.
Vigilância epidemiológica	2	Realizar conforme planejamento da unidade. Organizar mutirões e campanhas.
Total de 40h/semana		

Obs.: Cabe ao enfermeiro organizar o processo de trabalho diário/semanal e mensal da equipe de enfermagem, atendendo suas atribuições específicas de cada serviço FSPSS/SP

3. TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM - ESPECIALIDADES

AÇÕES BÁSICAS EM UNIDADES DE SAÚDE / ESPECIALIDADES

ATIVIDADES (Distribuídas em escala pelo enfermeiro da Unidade)	DISTRIBUIÇÃO HORÁRIA IDEAL	ORGANIZAÇÃO SEMANAL (Realizada pelo enfermeiro da Unidade)
• Procedimentos de enfermagem / Ações de Vigilância	34	<ul style="list-style-type: none"> Quando necessário auxiliar a equipe de saúde a prestar assistência de enfermagem em situações de urgências e emergências; Realizar atividades dentro de suas atribuições; Participar de mutirões e campanhas.
• Visita Domiciliária	2	2 a 6 VD/ Semana
• Grupo Educativo	2	01 Grupo educativo (com pelo menos 5 participantes e duração em torno de 30 minutos)
• Educação Continuada Interna ou Externa / Reunião Geral da Unidade de Saúde	2	• Rodiziar quinzenalmente carga horária de 2 horas na semana com atividades de educação continuada, reunião de enfermagem ou geral da Unidade de saúde
Total de 40h/semana		• Obs.: Estar ciente da necessidade de rodiziar os sítios de trabalho.

Os quadros acima poderão auxiliar os diversos tipos/modelos de equipamentos de saúde a distribuírem atividades e carga horária de enfermagem para cada uma dessas atividades, e inserirem as específicas, como, por exemplo, da Estratégia Saúde da Família.

1.5. SUGESTÃO DE ESCALA MENSAL DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Escala de atividades de enfermagem

Ano: _____ Mês: _____ Horário de funcionamento: 07:00 às 17:00

USF: _____

Nome	Função	COREN:	Horario de Trabalho																													
			07:00 às 16:00																													
Dias do mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Dias da semana																																
Enf. R.T																																
Enf.																																
Aux enf.																																
Aux enf.																																
Aux enf.																																
Profissional	<i>Área Operacional</i>																															
Enfermeiro R.T:	<i>Supervisão(S), Coordenação(C), Gerencia(G), Consulta Enf. (CE), Reunião(R), Atividade Educativa (AE), Vigilância Epidemiológica (VE)</i>																															
Enfermeiro	<i>Supervisão(S), Coordenação(C), Gerencia(G), Visita Domiciliar (VD), Citologia Cronologica (CO), Consulta Enf. (CE), Reunião (R) Atividade Educativa(AE)</i>																															
Aux enfermagem	<i>Sala de Vacina (SV), Sala curativo (SC), Sala de Procedimentos (SP), Sala de esterilização (SE), Sala de observação (SO), Sala de Apolhimento (SAC)</i>																															
	<i>Sala de Inalação(SI), Atividade Educativa (AE), ECG(E), USG(S), Vigilância Epidemiológica (VE)</i>																															
	<i>Observações</i>																															
Férias:																																
Abonadas:																																
Atestado Médico:																																
Licença Médica:																																
Afastamento:																																
Elaborado:	Diretoria de Atenção Básica																															

IMPORTANTE! A ESCALA DEVE SER RODIZIADA.

1- O profissional da enfermagem deverá conhecer e saber atuar em todos os serviços e ações da unidade de saúde

1.1- O rodízio dos profissionais nos setores (atendimentos, procedimentos e ações) favorece o trabalho em equipe.

1.2- Possibilita ao profissional sempre estar atualizado: equipamentos, instrumentos, medicações, procedimentos e novas ações na unidade.

1.3- Favorece o não usuáriorismo

1.4- Permite adequações da escala frente a possíveis situações de absenteísmo.

1.5- Permite o distanciamento de "vícios" na rotina de trabalho.

SUPERVISÃO TÉCNICA

O processo de supervisão, ou Visita Técnica realizada junto ao Enfermeiro na unidade de saúde faz parte do dia a dia.

Organiza e conduz a equipe;

Distribui e equaciona as suas atividades;

Acompanha o andamento do trabalho/verifica ações;

Acompanha o desempenho do trabalhador;

Zela pelo cumprimento das normas e rotinas estabelecidas;

Orienta rotineiramente a equipe;

Avalia Resultados;

Faz a interface entre o gestor administrativo e a equipe de trabalho.

A supervisão técnica deve buscar estratégias de cooperação no intuito de concretizar o trabalho da equipe, para garantir uma assistência de qualidade à população.

Nessa perspectiva, a Atenção Básica da FSPSS entende que a visita técnica deve ter caráter de acompanhamento próximo e menos coercitivo e fiscalizador. O processo de supervisão deve privilegiar os aspectos educativos e de formação buscando a sensibilização e o aprimoramento da equipe que resulte em intervenções mais seguras e de qualidade.

“O supervisor deve estabelecer metas a serem alcançadas pela sua equipe, concernentes com as da instituição ou organização e para tanto, deve ter o controle das atividades a serem executadas e pessoal competente para realizá-la” (DUCKER, 1981).

SUPERVISÃO

É a oportunidade de estabelecer as transformações necessárias

O que deve permanecer do que está sendo feito

O que deve ser retirado

O que pode ser transformado

PROCESSO DE ENFERMAGEM

2. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Ordenar; Organizar; Metodizar; Regularizar

A equipe de enfermagem é formada por profissionais com diferentes níveis de formação e habilidades, designadas a conduzir um processo de cuidados voltados para pessoas com necessidades individuais ou a um grupo de pessoas com necessidades coletivas.

As intervenções de enfermagem, como a consulta, se voltam ao monitoramento do estado de saúde e à resposta aos tratamentos, à redução dos riscos, às necessidades humanas básicas, aos cuidados específicos das patologias ou agravos à saúde, ao auxílio das atividades da vida diária, dando a informação necessária para a tomada de decisões de forma a intervir no processo saúde-doença individual ou coletivo.

O gerenciamento desta equipe é realizado pelo enfermeiro. Para este profissional está a responsabilidade de realizar o planejamento, a implementação e avaliação das atividades individuais e coletivas da equipe. O resultado das atividades e ações desta equipe são produtos da organização sequencial de atividades, ações e procedimentos realizados de forma metodológica, necessariamente traçada e dirigida pelo enfermeiro.

Nas atividades diárias do enfermeiro, além da preocupação com o processo de trabalho da sua equipe, está sua assistência de caráter individual, na realização de suas consultas e de caráter coletivo, quando presta assistência à família e à comunidade. Estas são priorizadas considerando as características locais de morbimortalidade e necessidades da população assistida.

De acordo com a RESOLUÇÃO COFEN 736/2024

Art. 1º O Processo de Enfermagem-PE, deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem.

Art. 2º O Processo de Enfermagem deve estar fundamentado em suporte teórico, que podem estar associados entre si, como Teorias e Modelos de Cuidado, Sistemas de Linguagens Padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados, Protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos correlatos, como estruturas teóricas conceituais e operacionais que fornecem propriedades descritivas, explicativas, preditivas e prescritivas que lhe servem de base.

Art. 3º Os diagnósticos, os resultados e os indicadores, as intervenções e ações/atividades de enfermagem podem ser apoiadas nos Sistemas de Linguagem Padronizada de Enfermagem, em protocolos institucionais, e com os melhores níveis de evidências científicas.

Art. 4º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas, descritas a seguir:

§ 1º Avaliação de Enfermagem – compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática;

§ 2º Diagnóstico de Enfermagem – compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais;

§ 3º Planejamento de Enfermagem – compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para à pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. Deverá envolver:

I – Priorização de Diagnósticos de Enfermagem;

II – Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde;

III – Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.

§ 4º Implementação de Enfermagem – compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto a competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem, e apoiados nos seguintes padrões:

I – Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pelo Enfermeiro, por Técnico de enfermagem ou por Auxiliar de Enfermagem, observadas as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão;

II – Padrões de cuidados Interprofissionais: cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde;

III – Padrões de cuidados em Programas de Saúde: cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares.

§ 5º Evolução de Enfermagem – compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem.

Art. 5º A consulta de Enfermagem deve ser organizada e registrada conforme as etapas do Processo de Enfermagem.

Art. 6º Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, no processo de enfermagem cabe-lhe privativamente o Diagnóstico de Enfermagem e a Prescrição de Enfermagem.

Art. 7º Os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam do Processo de Enfermagem, com Anotações de Enfermagem, bem como na implementação dos cuidados prescritos e sua checagem, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

Art. 8º A documentação do Processo de Enfermagem deve ser realizada pelos membros da equipe formalmente no prontuário do paciente, físico ou eletrônico, cabendo ao Enfermeiro o registro de todas as suas etapas, e aos membros da equipe de enfermagem a Anotação de Enfermagem, a checagem da prescrição e a documentação de outros registros próprios da enfermagem.

Art. 9º Os profissionais de enfermagem bem como as instituições de saúde devem buscar os meios necessários para a capacitação/qualificação na utilização do Processo de Enfermagem.

Art. 10º Na Educação Permanente em Saúde e Enfermagem e na formação de profissionais em nível médio, graduação e pós-graduação devem ser contempladas temáticas que favoreçam a qualificação dos profissionais para a implementação do Processo de Enfermagem.

Art. 11º Os profissionais de enfermagem devem empenhar-se para a criação de políticas institucionais de incorporação de resultados de pesquisas acerca do Processo de Enfermagem e suas etapas na prática, se corresponsabilizando no processo de translação de conhecimento.

Art. 12º Compete ao Conselho Federal de Enfermagem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem, a fiscalização do Processo de Enfermagem na prática profissional, no que se refere ao cumprimento desta Resolução.

Art. 13º Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

2.2 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM - INDIVIDUAL

Execução

A execução do Processo de Enfermagem DEVE SER REGISTRADO formalmente, envolvendo:

- a. Um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade em um dado momento do processo de saúde e doença;
- b. Os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade em um dado momento do processo saúde e doença
 - c. As ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
 - d. Os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

RESOLUÇÃO COFEN-358/2009

DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO

O enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas:

Inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do usuário e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas na coleta de dados ou anamnese.

PASSOS:

1 - COLETA DA HISTÓRIA: Ambiente tranquilo, iluminado, considerar privacidade.

2 - ABORDAGEM

(lavagem das mãos)

Início -> usuário sentado

Expor a parte a ser examinada, cobrindo o restante do corpo

Realizar o exame cefalopodal (em crianças seguir o manual da criança SMS-SP) Explique todos os procedimentos.

3 - INSPEÇÃO -> Observar o “continuum” de forma panorâmica e localizada utilizando visão e audição.

PERCUSSÃO->Colocar em movimento o tecido subjacente: técnica que ajuda Observar se o tecido subjacente é sólido e/ou, se contém ar e/ou líquido

PALPAÇÃO->Tocar observando as estruturas e distinguir as variações do normal ao anormal

AUSCULTA ->Com auxílio do estetoscópio pode-se ouvir sons de alta frequência

SINAIS VITAIS:

4 - Temperatura Pulso Respiração Pressão Arterial

BCF -> no caso de gestantes Dor

APARÊNCIA GERAL

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Altura

Peso

IMC

EXAME FÍSICO Etapas:
Quadro abaixo exemplifica apenas o exame geral

a. Higienizar as mãos – sempre utilizar a técnica recomendada				
Geral				
Pele Coloração	Inspeccionar todas as partes do corpo. Icterícia, pigmentação, albinismo, palidez, eritema, cianose			
Pele Temperatura	Hipotermia	Hipertemia	Simetria de temperatura	
Hidratação	Úmida, Lisa	Turgar – mobilidade (prega cutânea)	Teste Godet Edema com “cacifo”	
Geral Infantil				
Pele Integridade	Textura	lesões, máculas, pústulas, vesículas sardas, nervos Formato e contorno		
Pele	Textura	lesões, máculas, pústulas, vesículas sardas, nervos	Cicatrizes, nódulos	
Integridade	Coloração, brilho	Formato e contorno;	Inflamação;	
Unhas;	Textura, palidez, cianose, espessura, enchimento capilar;	(Sinal do perfil), descolamento;	descamação, indicação de presença de fungos;	
Pelos e cabelos;	Inspeccionar todas as partes do corpo. Icterícia, pigmentação, albinismo, palidez, eritema, cianose			
Pele Lactante;	Cabelos: Cor, textura, distribuição e lesões/descamações Inspeccionar todas as partes do corpo;			
Pele Temperatura	Cor da pele: Mancha mongólica, mancha café-com-leite, eritema tóxico ou erupções do RN. icterícia fisiológica, carotenemia;			
Pele Hidratação/Umidade	Hipotermia; Vernix caseoso;	Hipertemia; Turgar – mobilidade (prega cutânea) Lesões, máculas, pústulas, vesículas	Simetria de Temperatura Teste Godet Edema com cacifo	Depressão
Pele Textura/Espessura;	Miliária; Coloração, brilho;	Bicada da cegonha”, intertrigo, dermatites; Formato e contorno;	Sacroccígena;	
Unhas;	Textura, palidez, cianose, espessura, enchimento capilar	(Sinal do perfil), descolamento;	Inflamação;	
Pelos e cabelos	Examinar à medida que se inspecciona todas as partes do corpo. Lanugem;			
Cabeça e pescoço;	Cabelos: Cor, textura, distribuição e lesões/descamações;			

b.	Boca e garganta
c.	Mama
d.	Tórax
e.	Abdome
f.	Aparelho Geniturinário
g.	Sistema Músculo esquelético
h.	Circulação periférica
i.	Avaliação neurológica
j.	Pés

Check list disponível no apêndice 2.1

7 – DIAGNÓSTICO

a. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) -> Atividade privativa do enfermeiro

O DE provém da identificação clara e específica do enfermeiro sobre fatores de risco e/ou alterações das necessidades humanas básicas encontradas durante o histórico de enfermagem (coleta de dados e exame físico).

Sua descrição exige um pensamento crítico e profundo podendo ser registrado em até três partes:

- Nome da alteração encontrada; a causa que levou a esta alteração; e os sinais e sintomas que a definem.

LUNA, 2011

Obs.:O Enfermeiro deverá utilizar uma taxonomia, QUE TENHA RECONHECIMENTO INTERNACIONAL, para registrar seu diagnóstico.

8 – PRESCRIÇÃO

Conforme cada caso individualmente.

MOMENTOS DA CONSULTA -> gestante; criança / adolescente; adulto



Fotos: Unidades da Atenção Básica SMS-SP

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:
PORTARIA MS/GM Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**

Das atribuições específicas Do Enfermeiro:

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

VISITA DOMICILIAR DE ENFERMAGEM

3. VISITA DOMICILIAR

A Visita Domiciliária (VD) é uma prática voltada ao atendimento ao indivíduo, à família e à comunidade.

É uma ação de interação e aproximação entre a equipe de saúde e o foco (indivíduo, família e/ou comunidade).

Por meio da VD é possível “ver dentro”: conhecer o ambiente familiar e as reais condições de vida; habitação, higiene, alimentação, meio ambiente, hábitos e rotinas.

Este conhecimento da realidade e interação com o indivíduo, família e/ou comunidade, traz um sentido de valorização da mesma, facilitando a comunicação e o planejamento dos cuidados num enfoque de corresponsabilização.

A realização da Visita Domiciliária é um processo dinâmico, pois, a cada visita, são identificadas novas situações, que alteram e/ou complementam as outras existentes e que apontam para novas reavaliações e intervenções.

O planejamento para execução e avaliação das VD(s) deve acontecer em caráter MULTIDISCIPLINAR. O feedback, para a equipe, o registro dos dados encontrados, a organização das intervenções proveniente das VD(s), resulta em maior qualidade e efetividade, se estes passos forem executados em equipe respeitando as inserções técnicas multidisciplinares.

3.1. A VD PODE SER REALIZADA PARA ATENDER VÁRIOS OBJETIVOS:

1. Prestar cuidados, como por exemplo:

1.1. Troca de dispositivos invasivos no domicílio (cateter nasoenteral, cateter de gastrostomia, cateter de cistostomia, cateter vesical de demora)

1.2. Lavagem intestinal (fleet enema e enteroclisma)

1.3. Coleta de Material biológico (sangue, urina)

1.4. Outras classificações de medicações injetáveis (anticoagulantes, complexo vitamínico)

1.5. Entrega de insumos hospitalares

2. Orientar cuidados aos cuidadores

3. Para investigação epidemiológica

4. Para buscar adesão do usuário ao tratamento

5. Para busca ativa

6. Para orientação e encaminhamento a outros recursos da comunidade

7. Para incentivar o envolvimento e participação em programas em favor da comunidade; entre outros

Execução do procedimento: Auxiliar e, ou Técnico de Enfermagem e Enfermeiro Materiais: Insumos e recursos

1 – Prontuário

2 – Material de Escritório

3 - Insumos e recursos conforme a necessidade específica da VD, como: VD para consulta de acamado
 VD para investigação epidemiológica
 VD para realização de atendimento em feridas VD para acompanhamento de TB
 VD para acompanhamento familiar de rotina e para qualquer situação que demande resolubilidade no âmbito domiciliar.

Descrição da Técnica de VD:

1. Planejamento
2. Execução
3. Registro de dados
4. Avaliação do processo.

Descrição do procedimento:

1. Identificar a necessidade da VISITA DOMICILIAR
2. Planejar de acordo com a necessidade identificada
 Realizar a visita domiciliar possibilitando a participação do maior número possível, de membros da família
3. Na chegada ao domicílio, o profissional deve identificar-se e expressar de maneira informal, mas com clareza o objetivo da visita:
 - Diga o seu nome e, qual é o seu trabalho, a importância do seu trabalho, o motivo da sua visita e, principalmente, se pode ser recebido naquele momento
4. Escolher um bom horário. Definir o tempo de duração da visita é recomendável
5. Levar as informações sobre a família a ser visitada, tratar pelo nome é uma demonstração de interesse.
6. O relacionamento com a família deve ser cordial evitando os extremos da formalidade e da intimidade no contato com os usuários
7. Realizar a observação sistematizada da dinâmica da família
 - Sempre suas crenças, seu modo de ser, seus problemas e seus sentimentos, esta é uma forma de conquistar confiança.
 - A visita deve ser objetiva: Só se pede informação daquilo que foi planejado para aquela visita.
8. Caso a VD demande de procedimento de enfermagem:
 - Contatar antecipadamente o usuário.
 - Preparar o material necessário
9. Na VD o profissional tem muitas oportunidades de ensinar. É um momento onde, mediante os dados coletados, a educação em saúde pode ser realizada
10. Registrar a atividade e os procedimentos executados no prontuário e boletim de produção

3.1.1. AS VISITAS TÉCNICAS DE ENFERMAGEM

A visita técnica é uma das grandes ferramentas utilizada pelos profissionais da área de saúde, que possibilita realizar um diagnóstico sócio familiar, construir diagnósticos comunitários, realizar ações de intervenção e vigilância, além de ter um grande enfoque educativo.

A visita técnica é caracterizada pela ida dos profissionais de enfermagem a outros equipamentos da rede ou espaços coletivos como escolas, empresas e unidades prisionais. Tem como objetivo as ações de

promoção de saúde que devem ser planejadas por meio do diagnóstico local.

Sendo assim, a mesma não deve ser considerada como visita domiciliária.

Por meio da visita técnica, é possível:

1. Levantar os problemas situacionais que requerem a ação de enfermagem
2. Devolver ações de vigilância à saúde
3. Desenvolver ações educativas
4. Desenvolver ações de matriciamento
5. Fortalecimento de vínculos e viabilização de parcerias com diversos equipamentos
6. Realizar campanhas e busca ativa

VISITA TÉCNICA DE ENFERMAGEM EM ESCOLAS (VTEE)

A interface de maior prevalência destas visitas do enfermeiro nas Escolas de seu território, tem origem no controle das investigações epidemiológicas.

A Visita Técnica de Enfermagem nas escolas (VTEE) é prática das Unidades de Saúde da Atenção Básica voltada à educação em saúde, ao atendimento individual, ou coletivo às crianças, bem como, aos professores e funcionários da Instituição de Ensino em questão.

A Educação em saúde é uma atividade de extrema importância quando realizada na infância e na adolescência, em busca de comportamentos positivos frente ao reconhecimento do próprio corpo e de suas necessidades, bem como da realidade coletiva e suas necessidades saneantes.

Especificamente a enfermagem nas escolas, de acordo com sua formação, pode exercer suas funções com criatividade, utilizando inúmeras alternativas, mantendo a essência inerente do saber técnico/científico. A atividade promove troca de saberes e intervenções da equipe de saúde com a equipe de educadores e seus educandos. Hoje, a enfermagem tem uma atuação importante no Programa de Saúde na Escola (PSE).

Programa Saúde na Escola (PSE)

Com a inserção do Programa Saúde na Escola (PSE) houve uma melhoria da integração e articulação dos setores educação e saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

Mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, o PSE se propõe a ser um novo desenho da política de educação e saúde já que:

1. Trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos
2. Permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes; e
3. Promove a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política pública.

O público beneficiário do PSE são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA).

As atividades de educação e saúde do PSE ocorrerão nos Territórios definidos segundo a área de abrangência das unidades básicas de saúde com ou sem Estratégia Saúde da Família (Ministério da Saúde), tornando possível o exercício de criação de núcleos e ligações entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos, etc.).

No PSE a criação dos Territórios locais é elaborada a partir das estratégias firmadas entre a escola, a partir de seu projeto político-pedagógico e a unidade básica de saúde. O planejamento destas ações do PSE considera: o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar.

A Escola é a área institucional privilegiada deste encontro da educação e da saúde: espaço para a convivência social e para o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde pelo viés de uma Educação Integral.

Para o alcance dos objetivos e sucesso do PSE é de fundamental importância compreender a Educação Integral como um conceito que compreende a proteção, a atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar. Na esfera da saúde, as práticas das equipes de Saúde, incluem prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos humanos.

Para alcançar estes propósitos o PSE foi constituído por cinco componentes:

1. Avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública
2. Promoção da saúde e de atividades de prevenção
3. Educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de Jovens
4. Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes
5. Monitoramento e avaliação do programa

EDUCAÇÃO CONTINUADA

4. EDUCAÇÃO PERMANENTE

Realizar a educação permanente para a equipe de enfermagem é, também, atribuição do Enfermeiro conforme número 1.8 Cap. VI – Regimento Interno.

A capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente. Davini (2002).

Em 1978, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) conceitua a Educação Continuada como um processo permanente que se inicia após a formação básica e tem como intuito atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente à evolução técnico-científica e às necessidades sociais.

A educação continuada também é definida como algo que englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações, com atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais.

A educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso. No âmbito de uma estratégia sustentável maior, podem ter um começo e um fim e serem dirigidas a grupos específicos de trabalhadores, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional; finalmente, todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere. Davini (2002).

A Lei 8080/90, aponta como premente a organização de processos educativos para se implantar e implementar o SUS. O processo educativo busca desenvolver os profissionais individualmente, bem como potencializá-los para o trabalho em equipe, para atingir seu principal objetivo que é a melhoria da qualidade da assistência prestada aos indivíduos e coletividades.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

Entende-se como educação permanente para o controle social os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas (MS2007).

Apresenta a Educação Permanente como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Deve-se ter como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Rev. Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):605-10

.... incorpora o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem. aborda a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar.

Davini (2002)

Através das duas definições acima citadas, entendemos que no dia a dia é necessário observar, avaliar, discutir em equipe, a problemática da execução do trabalho e aplicar o aprimoramento para a equipe na própria rotina de trabalho.

Devem-se levantar os diagnósticos das necessidades, somar informações da equipe de enfermagem, dos profissionais da equipe multidisciplinar, da gerência, dos usuários, bem como avaliar os resultados das ações, procedimentos e atividades desenvolvidas pelos funcionários.

Primeiramente deve-se organizar as necessidades da equipe e inserir os funcionários no ciclo de treinamentos e aprimoramentos oficiais da SMS (agenda única), estimular os cursos EaD e divulgar junto às Supervisões e Coordenadorias os diagnósticos de necessidades levantadas.

Fica claro que frente às necessidades atuais, do trabalho em rede e em linhas de cuidados, que a metodologia da educação permanente deve ser privilegiada nas organizações de trabalho.

O Ministério da Saúde considera que no processo de Educação Permanente em Saúde o aprender e ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir

da problematização do processo de trabalho, onde a atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação das práticas, porém, não é seu foco central. Desta forma, a Educação Permanente é considerada como algo mais abrangente da educação enquanto formação integral e contínua do ser humano com um referencial teórico-metodológico problematizador.

Treinamentos/Capacitações/Orientações internas, muitas vezes de caráter emergencial com a equipe, são necessários.

TREINAMENTOS/CAPACITAÇÕES EM SERVIÇO

Para cada trabalho de Desenvolvimento Técnico realizado na unidade pelo enfermeiro, SUGERIMOS registrá-lo em uma PASTA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL – ENFERMAGEM, contendo lista de presença com: o objetivo do treinamento/capacitação, período de execução e avaliação posterior do referido treinamento/Capacitação.

Os enfermeiros elaboradores envolvidos nestes processos educativos devem assinar, datar e colocar número de COREN na referida documentação.

GRUPOS EDUCATIVOS E ORGANIZAÇÃO

5. ORIENTAÇÕES BÁSICAS NA CONDUÇÃO E MONTAGEM DE GRUPOS

Educação em Saúde

O profissional de saúde é um educador em potencial independente do contexto que esteja inserido.

Quando se realiza a educação popular em saúde a postura, a metodologia deve-se contrapor ao modelo tradicional, devem-se buscar formatos de transformação das relações de subordinação e de interlocução em favor da autonomia e da participação das pessoas comuns e da interlocução entre saberes e práticas. Deve-se trabalhar pedagogicamente o ser humano e os grupos envolvidos por meio de formas coletivas de aprendizado e a promoção do crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e estratégias de luta e enfrentamento.

A Educação em Saúde passa a ser um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para transformação da realidade.

O trabalho em grupo tem como foco principal a educação em saúde, a mudança de comportamento para o autocuidado.

Saber popular e Saber Científico

Em seu dia a dia, a população desenvolve um saber popular que chega a ser considerável. Embora a este saber falte uma sistematização coletiva, nem por isso é destituído de validade e importância. Não pode, pois, ser confundido com ignorância e desprezado como mera superstição. Ele é o ponto de partida e sua transformação, mediante o apoio do saber técnico-científico, pode constituir-se num processo educativo sobre o qual se assentará uma organização eficaz da população, para a defesa dos seus interesses.

O saber técnico, ao se confrontar com o saber popular, não pode dominá-lo, impor-se a ele. A relação entre estes dois saberes não poderá ser a transmissão unidirecional, vertical, autoritária, mas deverá ser uma relação de diálogo, relação horizontal, bidirecional, democrática. Diálogo entendido não como um simples falar sobre a realidade, mas como um transformar-se conjunto dos dois saberes, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada.

O conteúdo educativo deste processo de encontro e confronto não será, portanto, pré-determinado pelo grupo técnico. O confronto dar-se-á num processo de produção em que o conteúdo é o próprio saber popular que se transforma com a ajuda do saber técnico, enquanto instrumento do próprio processo. “Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987 série F Educação e Saúde.”

O trabalho realizado pela enfermagem com grupos formados para acompanhamento/monitoramento de doenças crônicas, prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde é um trabalho que deve ser desenvolvido de forma saudável com ações e ensino-aprendizagem que gerem sensibilização dos participantes para importância de conhecer e praticar as melhores estratégias para enfrentamento e prevenção de doenças em busca da qualidade de vida.

A equipe da unidade poderá propor a realização de grupos educativos a partir das necessidades identificadas na atenção aos usuários/usuários: nas consultas, no acolhimento, nas visitas domiciliares e na análise dos indicadores de saúde locais.

GRUPOS EDUCATIVOS

FINALIDADE DO GRUPO

- Trabalhar aspectos de promoção e prevenção da saúde, funcionando como espaços de educação em saúde, troca de experiências, esclarecimento de dúvidas e aproximação do conhecimento técnico com o saber popular.

ORGANIZAÇÃO

- Essencialmente multidisciplinar → A participação da equipe multidisciplinar no planejamento dos grupos promove o envolvimento e responsabilização de todos na elaboração do conteúdo, assim como auxilia na divulgação e captação de usuários.

- Momento onde se identifica o facilitador ou responsável pelo grupo, com o seguinte perfil:

FACILITADOR ou RESPONSÁVEL PELO GRUPO

- É o mediador entre os participantes do grupo e os temas a serem desenvolvidos, criando espaços, mostrando alternativas, despertando o desejo de conhecimento, assegurando o crescimento do grupo e sua integração;
- Deve estar aberto para o diferente, disponível para o diálogo, não devendo se considerar o dono da verdade;
- Respeitar os limites, necessidades e valores de cada indivíduo e do próprio grupo;
- É necessário que domine o conteúdo a ser desenvolvido e as dinâmicas a serem aplicadas. É indicado que tenha vivenciado anteriormente, ou ter muita segurança para conduzi-las.

PLANEJAMENTO

- Deve adequar os horários e pensar em locais ou espaços (na própria unidade ou na comunidade), que favoreçam a adesão;
- Conter objetivos; detalhes da metodologia; resultado esperado; avaliação.

CONDUTAS BÁSICAS

Estabelecer um pacto de convivência com o grupo expondo os objetivos e regras específicas, colocando o contexto, espaço e a duração, envolvendo todo o grupo na aceitação e no compromisso, assim como deve ser realizado pacto de sigilo.

Observar e saber identificar o que o grupo necessita, adequando o planejamento ao desenvolvimento do mesmo e ao objetivo da atividade, para que tenha condições de lidar com as variáveis que poderão surgir durante a dinâmica.

A participação dos integrantes do grupo nas escolhas dos temas a serem tratados é de suma importância, visto que é ponto chave na adesão e participação do grupo, que elencam suas necessidades reais, de conhecimento e de interação com o grupo. O facilitador aproveita a oportunidade para fazer um link com os temas de saúde.

Quanto mais participativa for a dinâmica e a metodologia utilizada, mais interesse e participação haverá por partes dos integrantes:

Ex:

1. Grupo dialogado e não expositivo,
2. Uso da música,
3. Da arte,
4. Passeios,
5. Filmes, ilustrações, outros.

Favorecer um ambiente favorável à quebra de resistência, à consolidação de vínculos de confiança e respeito mútuos.

É importante que o facilitador conheça o espaço físico e adapte-o à técnica que será utilizada.

O material a ser utilizado deve ser preparado com antecedência, inclusive recursos musicais e didáticos.

Estes recursos são importantes para possibilitar a participação e expressão do grupo, como: papel de vários tipos, jornal, lápis, canetas, outros necessários.

Sempre que possível utilizar dois profissionais, um teria a função de facilitador e o outro de ego-auxiliar.

ESTRUTURA BÁSICA DO TRABALHO EM GRUPO

A estrutura do grupo consiste nas três etapas seguintes:

- Fase de APRESENTAÇÃO é o primeiro contato do facilitador com o grupo e vice versa. É a fase da criação de vínculos e de tomar conhecimento do funcionamento do grupo.

É o momento onde se explica a metodologia a ser utilizada, levantando as expectativas dos participantes. neste momento podem ser utilizadas dinâmicas de apresentação e de descontração.

A fase de DESENVOLVIMENTO está dividida em três momentos:

- Aquecimento - introduz o tema
- Aprofundamento – exploração do tema
- Processamento – feedback sobre o tema

É nesta fase que geralmente surgem conflitos onde o facilitador pode identificar e trabalhar dentro dos limites e especificidade do grupo.

A fase de ENCERRAMENTO é o momento final da atividade do grupo, onde são realizadas dinâmicas de fechamento e, frequentemente, uma avaliação.

Neste momento o facilitador deve ficar atento para que todos os participantes possam comentar o que sentiram, pensaram e perceberam durante o trabalho, nesta fase pode-se escolher o tema do próximo grupo com objetivo de vínculo e continuidade.

MODELOS DE METODOLOGIAS – Educação em Saúde Individual e coletiva

PARTICIPATIVO: Ênfase no próprio processo Chamada por Paulo Freire de **PROBLEMATIZADORA**

- Objetivo: pensar, refletir, transformar-se, transformar
 - Destaca a transformação de pessoas, grupos e comunidades
 - Interessa-se mais pela interação entre as pessoas e sua realidade, pelo desenvolvimento de sua capacidade intelectual e de sua consciência social
 - Preocupa-se em desenvolver nas pessoas a capacidade de Observar, analisar, questionar a sua realidade, os seus problemas e procurar soluções ou respostas adequadas para mudá-las
 - Trabalha o aumento da capacidade das pessoas/grupos para detectar os problemas reais e buscar-lhes solução original e criativa
 - A experiência que deve ser valorizada é a Observação grupal da própria realidade, o diálogo e a participação na sua ação transformadora das condições de vida
 - O educador/técnico é o facilitador, um cogestor cuja intervenção é a de propor situações de ensino-aprendizagem (ações educativas) que viabilizem a participação real e o diálogo, estimulando a criatividade e a crítica, a tomada de decisões e a própria ação de todos envolvidos
 - Os participantes, incluindo o educador/técnico, habitam-se ao trabalho grupal, partindo de problemas concretos e objetivos, desenvolvendo sua consciência crítica e sua responsabilidade baseada na participação
 - O conhecimento é socializado e desmitificado, a cultura não é reflexa, mas criativa e autônoma.
- Indivíduos e coletividades são vistos como “sujeito”, e nossa relação é de diálogo, divisão de responsabilidade. -> É relação de iguais.

Passos principais do Modelo Participativo:

- A partir da observação da realidade, permitir às pessoas expressarem suas ideias e opiniões, fazendo, assim uma primeira leitura da situação concreta
 - Pessoas/grupos selecionam as informações e identificam os pontos-chaves do(s) problema(s), levantando suas relações/variáveis que determinam a situação concreta
 - Levantamento de questões sobre as causas do problema Observado -> momento que se recorre aos conhecimentos científicos que auxiliam o raciocínio das pessoas na compreensão do problema, não somente suas manifestações empíricas, mas nos princípios teóricos que o explicam, isto é, em suas causas e consequências
 - Confrontada a realidade com os conhecimentos existentes e que podem ajudar na resolução do problema, os indivíduos se veem naturalmente movidos a pensar em alternativas de solução para o(s) problema(s) encontrado(s). Esta etapa deve permitir a análise da viabilidade das ações propostas. É dada aos mesmos a oportunidade de decidir, priorizar e planejar ações
 - Tem como último passo, onde os participantes compreendem e praticam as soluções que o grupo considerou viáveis e aplicáveis à realidade, preocupando-se em mudar sua forma de agir, individual e/ou coletiva, contribuindo para a solução do(s) problema(s).

ROTINAS

6. ROTINAS

6.1 CENTRAL DE MATERIAL – LIMPEZA, DESINFECÇÃO e ESTERILIZAÇÃO

CONSULTORIA TÉCNICA

COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- COVISA

GERÊNCIA DO CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS - CCD NÚCLEO MUNICIPAL DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CONSULTORIA TÉCNICA

Profa. Dra. Enfa. Kazuko Uchikawa
Graziano Profa. Dra. Enfa. Maria Clara Padoveze

MISSÃO DA CME- Central de Material e Esterilização:

Fornecer material permanente seguramente processado garantindo que os parâmetros pré-estabelecidos para o reprocessamento (materiais seguramente limpos, desinfetados/esterilizados, livres de biofilmes, endotoxinas e outros pirógenos e de substâncias tóxicas utilizadas no processamento) foram atingidos e que são reproduzíveis, conferindo segurança na prática utilizada.

Recomenda-se que todo o produto para saúde utilizado na Unidade de Saúde seja processado na Central de Material e Esterilização – CME, independente do seu destino final.

A modalidade de CME vigente na maioria dos serviços de Atenção Primária e Especialidade de Saúde deve atender aos requisitos exigidos para CME Classe I. A CME tipo I, segundo a ANVISA (2012), é definida como:

O CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento.

Responsável: Enfermeiro

Execução dos Procedimentos: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

As competências do responsável pelo CME do serviço de saúde estão descritas na RDC 15 de 15/03/2012.

6.1.1 CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Central de Material Esterilizado - unidade destinada à recepção, limpeza, descontaminação, inspeção, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais utilizados nas diversas unidades de um estabelecimento de saúde. Pode localizar-se dentro ou fora da edificação usuária dos materiais.

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

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

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

Áreas críticas:

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

Nas Unidades Básicas de Saúde, as áreas podem ser classificadas como:
Áreas semicríticas e áreas não críticas

Áreas semicríticas:

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

Áreas não críticas:

- Administração
- Almoxarifado
- Auditórios

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

Deve-se dar ênfase à frequência aumentada de limpeza das superfícies mais tocadas, como

por ex.: bancadas de trabalho, maçanetas...

6.1.2 SALA DE EXPURGO

Esta área é um espaço fisicamente definido para recepção, separação e lavagem de produtos para a saúde.

A organização do expurgo visa o adequado processamento dos referidos artigos.

Estrutura fixa da sala:

1. Recipientes plásticos com tampa, para:

- Detergente enzimático (preferencialmente), ou Detergente alcalino, ou neutro
- Desinfetantes: ácido peracético ou hipoclorito de sódio

2. Lixeira com tampa acionada por pedal;

3. Pia ou tanque de cuba funda;

4. Mesa auxiliar ou bancada;

Obs: Não são permitidos armários fechados sob as pias.

1. EPI (s):

- Avental impermeável longo,
- Luva grossa de cano longo e luva de procedimento,
- Máscara,
- Óculos protetor,
- Gorro e
- Sapatos fechados.

2. Soluções:

- Detergente enzimático (preferencialmente), ou Detergente alcalino, ou neutro.
- Desinfetante: ácido peracético ou hipoclorito de sódio e,
- Álcool a 70% específico para superfície.

3. Escovas de cerdas macias

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

4. Recipientes plásticos com tampas para cada tipo de solução.

5. Falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas.

6. Saco plástico de lixo branco (até 20 litros).

Cuidados diários com a sala:

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

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

Limpeza dos produtos para saúde:

- Diluir o detergente enzimático em quantidade suficiente para o banho de imersão dos produtos para saúde no momento do uso, evitando diluições de grandes quantidades. A solução deve ser utilizada imediatamente após o preparo e não deve ser reutilizada. A reutilização da solução de limpeza pode provocar perda à eficiência (ANVISA, 2012b)
- Preencher os lumens dos materiais canulados com detergente enzimático com auxílio de uma seringa. Deixar os produtos para saúde • instrumental, inalador e extensor (“chicote”) imerso no detergente enzimático pelo tempo recomendado pelo fabricante (rótulo).
- Realizar limpeza mecânica manual por meio de escova de cerdas macias (ex: escovas tipo degermação da pele; escovas tipo dental e esponjas não abrasivas) ou, automatizada (por jato sob pressão ou ultrassônica)
- Enxaguar abundantemente com água potável corrente, inclusive o lúmen do extensor do inalador “chicote”
- Enxugar com falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas, inclusive externamente o extensor do inalador. * o lúmen do extensor secar com fluxo de ar
- Processar semanalmente o extensor do inalador “chicote”.

Utensílios:

Utilizar recipientes plásticos retangulares com tampa de cores diferentes para:

Inaladores contaminados na sala de inalação.

Inaladores processados, pronto para uso.

Utilizar balde plástico com tampa de cores diferentes para:

1. Detergente líquido enzimático, ou alcalino, ou neutro.
2. Solução de ácido peracético ou hipoclorito de sódio.

Obs.: Limpar as caixas e baldes plásticos ao término do período de 6 horas e ao des- cartar a solução química (ácido peracético).

6.1.3 SALA DE PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

Os produtos para saúde são encaminhados pela área técnica que os utilizam à área de preparo para serem inspecionados quanto à integridade, limpeza e funcionalidade, em seguida embalados, esterilizados, estocados e distribuídos.

Materiais necessários para uso diário:

1. Papel grau cirúrgico ou crepado, ou manta de polipropileno
2. Tesoura
3. Indicador químico classe 1 (fita adesiva “zebrada”) ou embalagem impregnada ou rótulo impregnado
4. Indicador químico a partir da classe 4, para monitorar as condições específicas do ciclo de esterilização
5. Indicador: biológico
6. Cadernos de registros dos controles de esterilização

Estrutura fixa da sala:

1. Autoclave - É necessário sempre ao adquirir uma autoclave, guardar seu manual de instruções, bem como se informar se o fabricante fará manutenção e validação térmica periodicamente

2. Seladora, em caso do papel cirúrgico /polietileno/propileno
3. Armário ou prateleira para armazenamento e estocagem
4. Mesa auxiliar e/ou bancada de trabalho
5. Incubadoras para indicador biológico
6. Lixeira com pedal
7. Mesa tipo escrivaninha (se a área física permitir)
8. Cadeira.

Estrutura fixa da sala:

1. Autoclave - É necessário sempre ao adquirir uma autoclave, guardar seu manual de instruções, bem como se informar se o fabricante fará manutenção e validação térmica periodicamente

2. Seladora, em caso do papel cirúrgico /polietileno/propileno
3. Armário ou prateleira para armazenamento e estocagem
4. Mesa auxiliar e/ou bancada de trabalho
5. Incubadoras para indicador biológico
6. Lixeira com pedal
7. Mesa tipo escrivaninha (se a área física permitir)
8. Cadeira.

Cuidados diários com a sala:

1. Checar a autoclave quanto: funcionamento elétrico e reservatório de água
2. Proceder diariamente a limpeza da câmara interna e externa da autoclave com água e detergente, removendo o resíduo do detergente com pano umedecido com água, ou seguindo recomendação específica do fabricante do equipamento
3. Manter a sala limpa e organizada.

Cuidados diários com a sala:

4. Checar a autoclave quanto: funcionamento elétrico e reservatório de água
5. Proceder diariamente a limpeza da câmara interna e externa da autoclave com água e detergente, removendo o resíduo do detergente com pano umedecido com água, ou seguindo recomendação específica do fabricante do equipamento
6. Manter a sala limpa e organizada.

Técnica de Preparo dos produtos para saúde:

APÓS LAVAGEM – detergente disponível (Limpeza dos produtos para saúde -> FRICÇÃO MECÂNICA)

- Ver quadro - Limpeza dos produtos para saúde acima

Obs.: a fricção mecânica é de suma importância e deverá ser intensificada frente ao tipo de detergente a ser utilizado ENXAGUAR abundantemente com água potável

SECAR - Enxugar com falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas.

1. Higienizar as mãos
2. Colocar luvas para procedimento
3. Inspeccionar o produto quanto à integridade, limpeza e funcionalidade
4. Colocar no pacote o indicador químico
5. Embalar com invólucro recomendado
6. Lacrar
7. Identificar no lacre (fita adesiva): considerar especificidade -> RDC 15 de 15/03/12 Art. 85

O rótulo de identificação da embalagem deve conter: Nome do produto, Número do lote; Data da esterilização; Data limite de uso; Método de esterilização; Nome do responsável pelo preparo.

De acordo com o preconizado pela ANVISA (2012), a data de limite de uso é definida como: “prazo estabelecido em cada instituição, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado”

Estudos demonstram que itens embalados e estocados adequadamente mantêm-se com a esterilidade preservada por até 6 meses, DESDE QUE NENHUM EVENTO AFETE A CONDIÇÃO DA INTEGRIDADE – por exemplo, cair no chão, ser apertado com elástico, etc.

Esterilização dos produtos para saúde:

1. Colocar na autoclave os produtos para saúde
2. Dispor os pacotes dentro da câmara, deixando espaço entre eles para facilitar a circulação do vapor e drenagem do ar e do vapor
3. Ordenar os pacotes mais pesados embaixo
4. Utilizar até 70% da capacidade da câmara da autoclave, deixando as paredes da câmara livres sem apoiar os pacotes
5. A utilização de indicadores biológicos deve ser feita no mínimo 1 vez ao dia, antes do início das atividades (ANVISA, 2012).

O monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico deve ser feito diariamente, em pacote desafio disponível comercialmente ou construído pelo CME ou pela empresa processadora, que deve ser posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, definido durante os estudos térmicos na qualificação de desempenho do equipamento de esterilização."

6. Ligar o aparelho conforme instruções do fabricante, fixadas em local de fácil acesso
7. Aguardar o ciclo de esterilização, observando se a temperatura e pressão corretas foram atingidas
8. Ao término do ciclo e, após o manômetro ter indicado ausência total de pressão, entreabrir a porta por 10 minutos para a saída do vapor
9. Higienizar as mãos
10. Verificar a integridade, ausência de umidade e manchas nos pacotes
11. Não colocar os pacotes quentes em superfícies frias, para evitar a condensação do vapor que ainda resta dentro deles.

Técnica de Armazenamento dos produtos para saúde:

1. Higienizar as mãos
2. Estocar os materiais esterilizados em local arejado, sem presença de umidade e de fácil limpeza.
3. Armazenar somente materiais corretamente identificados (conforme item 7 • TÉCNICA DE PREPARO).
4. Armazenar os pacotes de modo a assegurar as condições que preservem a esterilidade do conteúdo:

- O local de armazenagem não deve apresentar umidade;
- O local de armazenagem deve ser específico para guarda de itens estéreis ou, desinfetados (não misturar com outros itens);
- As embalagens utilizadas para materiais esterilizados devem ser claramente distintas daquelas utilizadas para materiais apenas desinfetados, para não haver uso equivocado.
- Os produtos devem ser estocados somente após serem resfriados;
- Os produtos não devem ser compactados ou agrupados por meio de elásticos ou presilhas;

Caso seja necessário organizá-los por tipo de produto, utilizar recipiente que permita a acomodação cuidadosa, sem compressão (recipiente de plástico rígido);

Não estocar produtos pesados sobre mais leves;

Os produtos devem apresentar a embalagem íntegra: não apresentar umidade, manchas, sujidade, selagem inadequada ou rompida, fissuras, rasgos, perfurações, dobras ou amassamentos;

Produtos com embalagem comprometida devem ser considerados contaminados e encaminhados para reesterilização.

Observação importante:

A manutenção da esterilidade do produto depende de condições que não permitam a penetração de microorganismos em pacotes esterilizados.

Assim sendo, desde que utilizada uma embalagem apropriada, a validade do material esterilizado está diretamente relacionada com:

Qualidade e integridade da embalagem;

Condições de transporte e estocagem;

Forma de manuseio apropriada.

Antes de armazenar novos lotes de produtos esterilizados, verificar as condições de integridade da embalagem dos produtos previamente estocados, removendo para reesterilizar os que estiverem inadequados

Técnica de utilização de produto esterilizado

1. Higienizar as mãos
2. Manusear pacotes esterilizados com cuidado, evitando compressão ou manipulação excessiva
3. Verificar a embalagem quanto às condições de integridade: não apresentar umidade, manchas, sujidade, selagem inadequada ou rompida, fissuras, rasgos, perfurações, dobras ou amassamentos. Pacotes cuja embalagem não estiver íntegra devem ser considerados contaminados, não utilizados e encaminhados para reesterilização
4. Verificar as condições do indicador químico externo: Se a fita zebrada não estiver completamente revelada, não utilizar e encaminhar para a reesterilização
5. Abrir a embalagem com técnica asséptica, utilizando o lado apropriado para abertura da selagem ou da abertura da dobra, conforme o tipo de fechamento que o pacote apresentar. Não rasgar ou utilizar tesoura para abertura de pacotes estéreis
6. Remover o produto com técnica asséptica evitando contaminá-lo com as mãos ou com a face externa do pacote ou se o produto for ser transferido para um campo estéril, utilizar técnica asséptica de transferência, impedindo o contato das mãos ou da face externa do pacote no campo estéril

7. Verificar as condições do integrador químico interno (integrador), que deverá estar na posição “esterilizado”. Caso o integrador indique falha na esterilização ou apresente-se duvidoso, o pacote deverá ser considerado como contaminado o que deverá ser relatado imediatamente para o enfermeiro responsável pela esterilização

8. No caso de cirurgias, registrar o resultado do indicador químico interno (integrador) ou anexá-lo no prontuário do usuário

9. Sempre que um indicador químico interno mostrar-se em posição que indique falha na esterilização ou duvidoso, devem ser estabelecidos processos de avaliação no equipamento de esterilização a fim de identificar as causas da falha ocorrida.

MÉTODOS DE MONITORAMENTO DA ESTERILIZAÇÃO:

Monitoramento Biológico:

É realizado por meio de indicador biológico contendo uma população de aproximadamente 10⁵ a 10⁶ de micro-organismos esporulados, comprovadamente resistentes ao agente esterilizante a ser monitorado.

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

Incubadora:

1. Ligar a incubadora e deixá-la aquecer por 1 hora
2. Colocar o tubete de plástico no local indicado na incubadora para que a ampola de vidro (interna no tubete de plástico) seja quebrada, se necessário apertar manualmente o tubete de plástico antes de colocar na incubadora
3. Manter a tampa da incubadora sempre fechada para manutenção da temperatura apropriada para a incubação
4. Proceder da mesma forma com um indicador que não tenha sido submetido ao processo de esterilização.

Este indicador servirá como controle positivo e testará a incubadora, verificando se esta apresenta as condições ideais de temperatura e se os esporos daquele lote de indicadores são viáveis

5. Incubar o indicador biológico por até 48hs, verificando periodicamente se houve crescimento bacteriano. A cor do meio de cultura permanecerá violeta (negativo) ou amarela (positivo).

O tempo de leitura do indicador biológico poderá ser menor, de acordo com a recomendação do fabricante.

6. Retirar as etiquetas identificadoras dos tubetes de plástico para colar no livro de controle

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

Monitoramento químico: O indicador/integrador químico

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

Integrador químico:

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

1. Colocar um indicador/integrador químico no meio do maior “pacote desafio” das cargas processadas na USF, UBS ou outros serviços identificando no lacre;
2. Processar a carga de acordo com procedimentos estabelecidos e armazenar o material;
3. Abrir o pacote desafio (na CME), retirar o integrador, realizar a leitura individual Anexar e fazer a anotação no caderno próprio.

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

Monitoramento físico:

É realizado por meio da verificação da temperatura da autoclave. Utilização da impressão dos parâmetros da autoclave.

CONTROLES:

1. Registrar em livro próprio na CME o resultado da leitura dos controles (biológico, químico e físico) com a data e nome do profissional que realizou a leitura;
2. Colar a etiqueta do indicador biológico e do indicador químico;
3. Registrar os lotes de esterilização;
4. Registrar eventos de manutenção da autoclave.

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

É recomendado realizar por laboratório capacitado:

1. Qualificação de instalação, qualificação de operação e qualificação de desempenho, para os equipamentos utilizados na limpeza automatizada e na esterilização de produtos para saúde.
2. Calibração das leitoras de indicadores biológicos e das seladoras térmicas
3. As informações resultantes das intervenções técnicas realizadas devem ser arquivadas para cada equipamento até a desativação ou transferência do equipamento.

Referência: Art. 37, 38, 39 e 40 RDC 15 de 15/03/12.

DESINFECÇÃO DE INALADORES

Materiais necessários para uso diário:

1. EPI (s): Avental impermeável longo, luva grossa de cano longo e luva de procedimento, máscara, óculos protetor, gorro e sapatos fechados.
2. Recipientes plásticos com tampa para cada tipo de solução química (ácido peracético ou hipoclorito de sódio).
3. Falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas
4. Fita reagente para controle da eficácia da solução química (ácido peracético)
5. Fita adesiva para identificação dos recipientes plásticos (nome do produto, data de validade, nome do profissional e COREN) -> ver item 7 do quadro; Técnica de Preparo dos produtos para saúde
6. Recipientes plásticos com tampa para cada tipo de solução química (ácido peracético e hipoclorito de sódio).

Técnica de Desinfecção:

APÓS LAVAGEM - detergente disponível (Limpeza dos produtos para saúde -> FRICÇÃO MECÂNICA)

- Ver quadro - Limpeza dos produtos para saúde acima

Obs.: a fricção mecânica é de suma importância e deverá ser intensificada frente ao tipo detergente a ser utilizado

1. Secar o inalador e o extensor “chicote”
2. Imergir na solução química: obs.: preencher o lúmen do extensor
- 3 a) I. Ácido peracético • 10 a 30 minutos conforme a recomendação do fabricante do produto (rótulo)

Obs.:Descartar a solução conforme a indicação da fita reagente e a recomendação do Fabricante.

- 3 b) II. Hipoclorito de sódio 1%

- 30 minutos

Obs.: Não diluir a solução de hipoclorito de sódio e descartar a cada período (6h)

4. Enxaguar abundantemente com água potável corrente, inclusive o lúmen do extensor do inalador “chicote”.
5. Imergir em água potável corrente por 30 minutos, com objetivo de amenizar a impregnação do odor característico do agente químico.
6. Enxugar com falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas O lúmen do extensor é seco com fluxo de ar.

Técnica de preparo

1. Higienizar as mãos
2. Colocar luvas de procedimento
3. Inspeccionar o produto quanto a integridade, limpeza e funcionalidade
4. Embalar o invólucro recomendado
5. Lacrar
6. Identificar no lacre (fita adesiva) nome do produto, data e nome do profissional que preparou e a data limite de uso do produto esterilizado

6.1.4 LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA

Responsabilidade: Responsável técnico pelo serviço de Higiene, sob orientação técnica do enfermeiro da unidade e supervisores técnicos.

Execução: Profissionais de higienização

1. Realizar diariamente limpeza concorrente da sala de expurgo e sala de preparo e esterilização com água e sabão.

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

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

2. Realizar semanalmente a limpeza terminal da sala de expurgo e sala de preparo e esterilização – piso, parede, teto, janelas e outros que se fizerem necessários.

3. Os resíduos devem ser segregados e acondicionados corretamente (Manual de Biossegurança SMS-SP, 2014). Caixa para descarte de perfurocortante, não deve ultrapassar 2/3 da capacidade.

Quando atingir a capacidade fechar e lacrar corretamente (Manual de Biossegurança SMS-SP,2014). Os sacos plásticos devem ser fechados com barbante ou nó.

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

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

BIOSSEGURANÇA: Lembre-se que:

- Usar adequadamente os Equipamentos de Proteção Individual – EPI.
- Lavar as mãos antes de calçar as luvas e após a sua retirada.
- Lembre-se: para sua segurança
- Lavar as mãos

6.2 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

Descrição da limpeza da superfície (bancada):

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

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

Execução do procedimento: Auxiliar e Técnico de Enfermagem Materiais: Insumos e recursos

1. Água
2. 03 Panos limpos
3. Luva de Borracha
4. Álcool a 70°
5. Hipoclorito de sódio 1%(para utensílios com secreção)
6. Sabão líquido
7. Balde
8. Papel toalha

Descrição da limpeza da superfície sem secreção (piso)

->execução do serviço de limpeza - sob orientação técnica do enfermeiro da unidade

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

Descrição da desinfecção da superfície com secreção (piso):

->execução do serviço de limpeza – sob orientação técnica do enfermeiro da unidade Preparar o material para a desinfecção após a limpeza e de acordo com o procedimento:

1. Hipoclorito de sódio a 1%, papel toalha e pano limpo.
2. Calçar as luvas
3. Para superfície com secreção realizar a retirada da mesma com papel toalha
4. Colocar o hipoclorito de sódio 1% no local onde estava a secreção. Aguardar 10 minutos e proceder à limpeza conforme descrito acima.

-> execução da equipe de enfermagem e demais técnicos da saúde ->

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

Descrição da desinfecção da superfície (bancada):

-> execução da equipe de enfermagem e demais técnicos da saúde

1. Álcool 70º e pano limpo (ou descartável)
 2. Calçar as luvas
 3. Umedecer um pano limpo com álcool 70% e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo
- Deve-se dar ênfase na frequência aumentada de limpeza das superfícies mais tocadas como, por ex.: bancadas de trabalho, maçanetas.

6.3 SETOR DE MEDICAÇÃO

A organização adequada do setor de medicação visa a realização dos procedimentos com efetividade e segurança, de forma a garantir a qualidade e a continuidade do tratamento prescrito.

Responsável: Enfermeiro

Localização: Próximo à sala de urgência (se houver), à sala de inalação e à sala de curativos.

Atentar para a ventilação e à privacidade do usuário durante o atendimento

Execução dos procedimentos: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem

Em todo e qualquer procedimento devem ser realizados acolhimento, orientação, educação em saúde, visando esclarecer o procedimento e toda e qualquer dúvida do usuário atendido.

Materiais: Insumos e recursos

Observações importantes:

Medicamentos • Acondicionar de forma a facilitar sua utilização e checagem de sua validade

Seringas • Acondicionar por tamanho (local identificado de fácil acesso aos profissionais)

Agulhas • Acondicionar por tamanho (local identificado de fácil acesso aos profissionais)

Escalpes • Acondicionar por tamanho (local identificado de fácil acesso aos profissionais)

Algodão • Sempre protegido

Álcool a • 70 % Em almotolias identificadas (quando não houver a padronizada SMS-SP)

Garrote (tubo de látex) • Desinfecção após uso; acondicionar em local seco longe do calor

Cuba rim • Desinfecção a cada procedimento; esterilização se necessário

Equipo (macro e microgotas) • Acondicionar em local seco, longe do calor

Suporte de soro • Limpeza e desinfecção

Braçadeira • Proteger a cada uso; limpeza e desinfecção

Sabão líquido • De fácil acesso para lavagem das mãos

Espradrapo/micropore • Acondicionar em local seco longe do calor

Caixa para descarte de perfuro cortante • Afixada na parede, não podendo ficar em cima da pia ou qualquer outro móvel

Divã • Troca de lençol descartável a cada usuário

Escada de dois degraus • Forrar para uso do usuário quando descalço

* cilindro de oxigênio • Longe do alcance dos usuários; checagem do volume de conteúdo estabelecida pelo enfermeiro

Caixa de emergência do carrinho • Com lacre; ser checada diariamente ou semanalmente dependendo da demanda da unidade, de responsabilidade da rotina estabelecida pelos enfermeiros com reposição imediata

Aspirador • Desinfecção e manutenção rotineira dependendo da característica da demanda da unidade; rotina estabelecida pelos enfermeiros (teste diário)

Tábua - p/ RCP Em local de fácil acesso - limpeza e manutenção rotineira dependendo da característica da demanda da unidade

Esfigmomanômetro • (Adulto, pediátrico e obeso) • Acondicionado em local de acesso aos funcionários, longe do calor excessivo.

Estetoscópio • Adulto e infantil Desinfecção após uso de cada usuário e manutenção rotineira; acondicionado em local de acesso aos funcionários, longe de calor excessivo

Equipamento s/ materiais de emergência • Em local seguro de acesso aos profissionais. Desinfecção (se necessário) e manutenção rotineira, dependendo da característica da demanda da unidade.

-> Medicamentos e insumos orientação REMUME

Biombos • Devem ter sua forração plástica ou descartável; Limpeza, Desinfecção (se necessário) e manutenção rotineira

Planilhas de produção • Local a ser indicado pelo enfermeiro – deverão serem preenchidos diariamente

Maca e cadeira de rodas para obesos • Em local de fácil acesso - limpeza e manutenção rotineira dependendo da característica da demanda da unidade.

Obs.:

*Os cilindros de O2 devem ser armazenados na parte externa da Unidade, em local seguro, sem passagem de usuários, cobertos e bem fixados.

OBSERVAÇÕES GERAIS	Recomendações
1 Diariamente, limpeza concorrente do setor de medicação	Utilizar água, sabão e álcool a 70% nas superfícies; mantendo o local limpo e organizado;
2 Semanalmente, a limpeza dos armários e gabinetes	Utilizar água, sabão e álcool a 70% nas superfícies; mantendo o local limpo e organizado;

6.6 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SALA DE VACINA

Vide procedimento operacional padrão de imunização, vigente da Fundação de Saúde pública de São Sebastião.

6.1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SALA DE INALAÇÃO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO: ENFERMEIRO

Insumos e recursos

1. Caixa plástica com tampa (de preferência branca/transparente) para acondicionar conjuntos de inaladores pós- processamento de desinfecção, devidamente identificada
2. Conjuntos de inaladores processados suficientes para demanda da unidade
3. Caixa plástica com tampa (não branca) para acondicionar conjuntos de inaladores para processamento de desinfecção
4. Armário fechado com portas (laváveis)
5. Almotolia com álcool a 70% (preferencialmente pronta para uso)
6. Sabão líquido – dispensador para sabão líquido
7. Papel toalha - papelreira no padrão usado por SMS; não usar peças embutidas
8. Impresso para anotação de produção
9. Saco para acondicionamento dos Kits de inalação.

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Atribuições específicas: Enfermeiro

1. Solicitar, junto ao serviço administrativo a substituição dos conjuntos quando necessário
2. Solicitar a reposição de oxigênio junto à gerência da USF e Supervisores Técnicos, quando necessário
3. Checar limpeza concorrente diária, ou quando necessário
4. Checar anotação de produção
5. Realizar educação em serviço.

Atribuições: Técnico de Enfermagem / Auxiliar de Enfermagem

1. Checar o quantitativo de inaladores a processar e processados
2. Avaliar as condições dos conjuntos de inaladores (aparência – fosco/riscado/rachado - e funcionamento)

6.2 ROTINA DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SALA DE CURATIVOS

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO: ENFERMEIRO

Atribuições específicas: Enfermeiro

1. Realizar consulta de enfermagem: avaliação, classificação da ferida, prescrição de cobertura adequada e Evolução conforme protocolo do Caderno de Atenção Básica nº 35 e 36
2. Encaminhar o usuário para avaliação médica (clínico) para determinar a etiologia da lesão ou em caso de intercorrências
3. Evoluir (descrever) a ferida - preencher a Ficha de Evolução ou Prontuário
4. Reavaliar periodicamente de acordo com o grau de complexidade e necessidade, ao menos uma vez a cada 30 dias.
5. Capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem nos procedimentos de curativo
6. Fazer a previsão e controle de consumo das coberturas para realização dos curativos.

Atribuições do Técnico de Enfermagem / Auxiliar de Enfermagem

1. Organizar e manter a sala de curativo em condições adequadas para o atendimento
2. Receber o usuário acomodando-o em posição confortável e que permita ao profissional boa visualização da lesão
3. Executar o curativo conforme prescrição do enfermeiro ou médico e sempre sob a supervisão do enfermeiro
4. Orientar o usuário quanto à data do retorno, cuidados específicos e gerais

5. Proceder à limpeza do instrumental se necessário
6. Fazer a desinfecção de superfície
7. Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser executado.

No primeiro atendimento explicar ao usuário a técnica do curativo

8. Realizar anotação de enfermagem conforme protocolo
9. Realizar anotação do material utilizado.

Materiais: Insumos e Recursos

1. Uma mesa tipo escrivaninha (com revestimento de material lavável);
2. Armário fechado ou gabinete com portas (laváveis);
3. Almotolia com álcool a 70% e outra com clorexidina aquosa (preferencialmente pronta para uso)
4. Papel toalha - papelreira no padrão usado por SMS - não usar peças embutidas
5. Caixa para aquecer o soro fisiológico / micro-ondas
6. Impressos em geral
7. Um divã para realização do curativo e exame clínico
8. Três cadeiras tipo hospitalar
9. Um carro para curativo em aço inoxidável
10. Uma lixeira com tampa acionada por pedal
11. Um mocho
12. Um refletor parabólico, com haste flexível e cúpula (220 V)
13. Uma escada de dois degraus
14. Sabão líquido – dispensador para o sabão líquido por aspensão, sem o toque de mãos no botão de acionamento ou orifício de saída.
15. Diferentes coberturas primárias e secundárias de acordo ao protocolo do Caderno de Atenção Básica nº 35 e 36

Obs.: orientações sobre layout e organização da sala -> Engenharia SMS-G -> Apêndice 2

HIGIENIZAÇÃO AMBIENTE DA SALA DE CURATIVOS

Equipe de Enfermagem

- Higienização diária e sempre que necessário, das bancadas e superfícies com água e sabão e desinfecção com álcool a 70%.

Serviço de Higiene – Utilizar técnica estabelecida pela empresa FSPSS, sendo que a periodicidade deverá ser:

- Limpeza Concorrente – diária e quantas vezes ao dia for necessária.
- Limpeza terminal – semanal ou diária se necessária.

7. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

7.1 HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

É o simples ato de Higienizar as mãos com água e sabão preferencialmente neutro -> podendo em algumas situações utilizar antisséptico.

Finalidade

1. Remover micro-organismos da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos.

Hábitos importantes e necessários

1. Higienizar as mãos ao chegar na unidade de trabalho.
2. Manter as unhas naturais, limpas e curtas
3. Não usar unhas postiças quando entrar em contato com o usuário
4. Evitar uso de esmaltes nas unhas
5. Dispensar o uso de anéis, pulseiras e outros adornos quando assistir o usuário
6. Aplicar creme nas mãos para evitar ressecamento (uso individual)
7. Não abrir ou fechar portas com luvas ou com sujidades nas mãos.
8. Não atender ao telefone com luvas
9. Não ficar com a mesma luva por período prolongado sem trocá-la sem lavagem das mãos.

Via de transmissão

1. As mãos constituem a principal via de transmissão de micro-organismos durante a assistência prestada aos usuários da saúde
2. A pele reserva diversos micro-organismos, como: Bactérias gram negativas -> gastroenterites agudas Bactérias gram positivas-> infecções na pele.

ATENÇÃO: os profissionais com lesão cutânea ou exsudativas devem evitar o contato direto com usuários.

Produtos

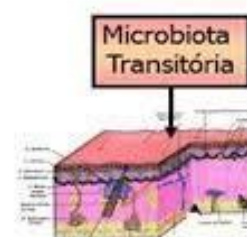
1. **SABONETES:** tem ação detergente, remove sujidades, detritos e impurezas da pele ou outras superfícies. O uso de sabão líquido é obrigatório nos hospitais e nas unidades de saúde
2. **ÁLCOOL GEL:** podem ser usados para higienização das mãos, é insuficiente quando as mãos estão sujas e, não substitui a lavagem das mãos.

Hábitos de higiene pessoal - Higienizar as MÃOS

- | | | |
|----|---------------|---|
| 1. | Antes e após: | • Utilizar o sanitário |
| 2. | Após: | • Coçar ou assoar o nariz
• Pentear os cabelos
• Cobrir a boca ao espirrar
• Manusear dinheiro |

Transmissão de microrganismos

Microbiota Transitória



adaptado projeto "mãos limpas são mãos mais seguras"
CVE / DMH gov. Estado de São Paulo, 2011



1. Antes de contato com o usuário

- **QUANDO?**
Higienize as mãos antes de entrar em contato com o usuário.

- **POR QUE?**
Para a proteção do usuário, evitando a transmissão de micro-organismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.

2. Antes da realização de qualquer procedimento

- **QUANDO?**
Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento (dos mais simples aos mais complexos).

- **POR QUE?**
Para a proteção do usuário, evitando a transmissão de micro-organismos das mãos do profissional para o usuário, incluindo os micro-organismos do próprio usuário.

3. Após realização de qualquer procedimento ou exposição a fluidos corporais

- **QUANDO?**
Higienize as mãos imediatamente após realização de qualquer procedimento, ou risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas).

- **POR QUE?**
Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao usuário, evitando a transmissão de micro-organismos do usuário a outros profissionais ou usuários.

4. Após contato com o usuário

- **QUANDO?**
Higienize as mãos após contato com o usuário, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao usuário.

- **POR QUE?**

Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao usuário, evitando a transmissão de micro-organismos do próprio usuário.

Ex: Aperto de mãos; após manipular documentos apresentados pelo usuário/documentos internos da unidade (prontuário/ fichas de arquivo).

5. Após contato com mobília utilizada para tratamento, pertences e documentos referentes ao usuário

- **QUANDO?**

Higienize as mãos após tocar qualquer objeto ou outro pertence, documento do usuário ou referente ao usuário que fique arquivado na unidade, ou tocar nas cadeiras, macas de tratamento dos usuários.

- **POR QUE ?**

Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies de cadeiras, macas, poltronas de tratamento, pertencentes do usuário, documentos referente ao usuário, trazidos por ele ou arquivados na unidade, evitando a transmissão de micro-organismos que estejam eventualmente nos mesmos.

HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

PASSOS





http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/conteudo/c_tecnicas.htm

PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE M. S.; ANVISA; FIOCRUZ, 2013

IMPORTANTE

No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel- toalha.

O uso coletivo de toalhas de tecido é contraindicado, pois estas permanecem úmidas, favorecendo a proliferação bacteriana.

TÉCNICA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM SOLUÇÕES ALCOÓLICAS

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



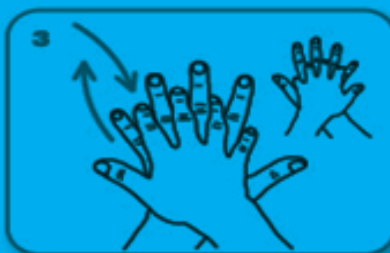
Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



1a
Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



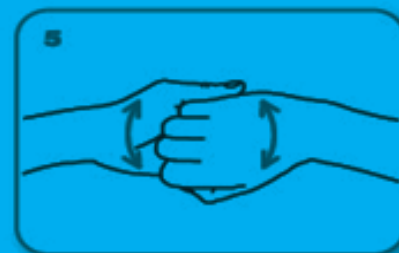
2
Friccione as palmas das mãos entre si.



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



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



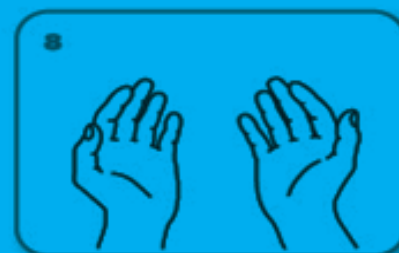
5
Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



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



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



8
Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

- Soluções à base de álcool, com ou sem emoliente, em formulação líquida ou gel podem ser usadas, porém cabe ressaltar que são ineficientes quando as mãos estão sujas (RDC 42, de 25/10/2010).

Obs.: Preparação alcoólica para higienização das mãos sob as formas gel, espuma e outras: preparações contendo álcool, na concentração final mínima de 70%.

- Deve ser realizado apenas quando não houver sujidade visível nas mãos
- A higienização das mãos com soluções alcoólicas pode ser realizada de 05 a 10 vezes -> após realizar a higienização com água e sabão. (ver orientação do fabricante)

Importante: para evitar ressecamento e dermatites, não higienize as mãos com água e sabão imediatamente antes ou depois de usar uma preparação alcoólica. Depois de higienizar as mãos com preparação alcoólica, deixe que elas sequem espontaneamente ao ar (sem secar as mãos com papel toalha).

Fonte: Segurança do paciente em serviços de saúde – ANVISA /HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

ATENÇÃO!

OS PROFISSIONAIS COM LESÕES CUTÂNEAS SECRETANTES OU EXSUDATIVAS, DEVEM EVITAR CONTATO COM O USUÁRIO.

HIGIENIZAÇÃO ANTISSEPTICA CIRÚRGICA OU PREPARO OPERATÓRIO

Também denominada como escovação das mãos

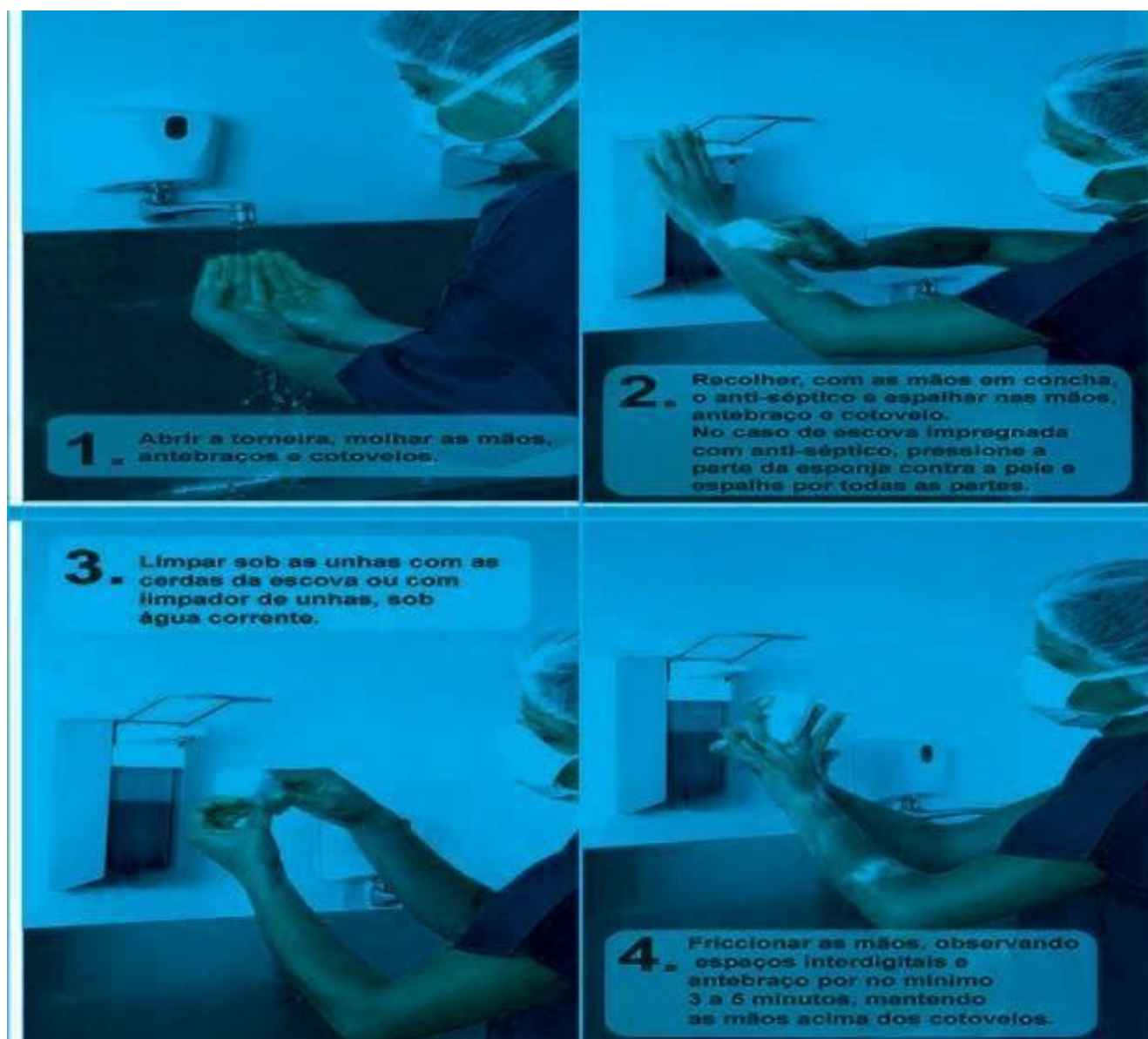
- mediante o procedimento a ser realizado a equipe (médicos/enfermeiros) irá decidir pela utilização desta técnica

Ferida é a perda da continuidade dos tecidos, ou seja, é a quebra da sua integridade pelo rompimento de suas camadas.

Esta interrupção da estrutura anatômica compromete suas funções fisiológicas, independentes do(s) tecido(s) envolvido(s).

Dentre os diversos fatores que dificultam a cicatrização, destacam-se alguns, como: pressão, infecção, edema, agentes tópicos inadequados, idade, obesidade, medicamentos sistêmicos, estresse, a ansiedade e a depressão, tabagismo, alcoolismo dentre outros, além de que quanto maior for o tempo de evolução da úlcera, bem como sua extensão e profundidade, maior será o tempo necessário à cicatrização.

Responsável: Enfermeiro



Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de

1. Soro fisiológico (0,9%)
2. Álcool a 70%
3. Antisséptico tipo Clorexidina degermante
4. Agulha 40/12
5. Seringa 20ml
6. Gazes não estéreis e estéreis, chumaço de gaze estéril
7. Luva de procedimento
8. Protetor para a cama ou balde da casa a ser utilizado somente para esta finalidade
9. Bacia de inox
10. Saco plástico para proteger a bacia de inox
11. Saco plástico para lixo (cor branca)
12. Coberturas diversas de acordo ao protocolo
13. Faixa crepe de tamanhos previamente avaliados (10 cm, 15 cm, 20 cm)
14. Fixadores do tipo micropore, fita adesiva ou similar
15. Protetores cutâneos
16. Bisturi e ou Tesoura (mayo e iris)
17. Pinça Kelly, pinça anatômica e ou pinça mosquito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semiramis Milani Melo (Org.). O trabalho da enfermagem. São Paulo, Cortez, 1997.

APECIH – Associação Paulista de Estudos de Controle de Infecção Hospitalar. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. 1.ed. São Paulo: APECIH; 2010.

ARCHER E. et AL; Procedimentos e Protocolos; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEJAMENTO DA FAMÍLIA. Manual de planejamento familiar para médicos. Lisboa, 1988.

BELO HORIZONTE. Cuidado integral nos ciclos de vida. Belo Horizonte: Prefeitura BH, 2006. Disponível em: <[http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/cuidado integral nos ciclos de vida.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/cuidado%20integral%20nos%20ciclos%20de%20vida.pdf)>. Acesso em: 13/09/2011

BLUMENFELD, T. A.; HERTELENDY, W. G.; FORD, S. H. Simultaneously obtained skin puncture serum, skin puncture plasma and venous serum compared and effects of warming the skin before puncture. Clinical Chemistry, v.23, n.9, p.1705-1710, 1977.

BOURGET, Monique M. M. Programa Saúde da Família: manual para o curso introdutório. São Paulo: Martinari, 2005.

BRASIL. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Atlas, 1988. 180 p.
BRASIL (DF). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Manual técnico de rotinas de enfermagem para unidades básicas de saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00004654.pdf>>. Acesso em: 09/08/2011

BRASIL. Lei Nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 29 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do usuário em serviços de saúde: higienização das mãos. Brasília: ANVISA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartilha de proteção respiratória contra agentes biológicos para trabalhadores de saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com material biológico. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/reblas/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 12/11/2011

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fluxograma de tratamento de ferida pela enfermagem. Comissão de curativos do Hospital Geral de Bonsucesso. Rio de Janeiro, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Terapia subcutânea no câncer avançado. Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde. 2.ed. Brasília, DF: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e Rotinas da CCIH do Hospital Geral de Bonsucesso. [citado 2006 Feb 04] Disponível em URL: <http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ccih/pag1>. Asp

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações gerais para central de esterilização. Brasília, DF: MS, 2001. Brasil.

Ministério da Saúde. Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde.

Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz: 09/07/2013. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20HIGIENE%20DAS%20M%C3%83OS.pdf> [acesso em 15/08/2014].

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos. 1ª. Edição. Brasília: Anvisa, 2009. 105 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C. Brasília, DF: MS, 2004. Disponível em: <http://www.riscobiolo-gico.org/resources/4888.pdf>. Acesso em: 10 out. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Relatório da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Cadernos Recursos Humanos Saúde, v.1, n.1, p.141-183, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.:il. - (Série J. Cadernos de Reabilitação em Hanseníase; n. 2).

BRASIL. PORTARIA Nº 3214. NR 15, Norma Regulamentadora - Dispõe sobre Atividades e Operações Insalubres - Segurança no Trabalho. Diário Oficial da União, 08/06/78.

BRASIL. PORTARIA N.º 167, NR 32, Norma Regulamentadora – Dispõe sobre Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimento de assistência à saúde. Diário Oficial da União, 31/05/2006.

BRASIL. PORTARIA MS/GM Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Nº 204, 24/10/2011.

BRASIL. PORTARIA MS/GM Nº 400, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2009. Estabelecer Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União nº 220, de 18 de novembro de 2009, seção 1, págs. 41 e 42.

BRASIL. RDC nº 50, Resolução da Diretoria Colegiada - Dispõe sobre regulamento técnico, planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. ANVISA, 21/02/02.

BRASIL. RDC nº 306, Resolução da Diretoria Colegiada - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. ANVISA, 07/12/2004.

BRASIL. RDC nº 307, Resolução da Diretoria Colegiada - Dispõe sobre regulamento técnico, planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. ANVISA, 14/11/02.

BRASIL. RDC nº 15, de 15 de Março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. Disponível em: www.anvisa.gov.br >acesso 08/08/2014.

BRASIL. RDC nº 55, de 14 de novembro de 2012. Dispõe sobre os detergentes enzimáticos de uso restrito em estabelecimentos de assistência à saúde com indicação para limpeza de dispositivos médicos e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. Disponível em: www.anvisa.gov.br >acesso em 08/08/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde no Sistema Penitenciário. Disponível em> <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24517 > Acesso em: 09/02/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Divisão de Comunicação Social. Cuidados com a sua estomia. INCA – Rio de Janeiro, 2010. Disponível em> http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/cuidados_com_a_sua_estomia.pdf > acesso junho de 2014.

BRUNNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. The Lippincott manual of nursing practice. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 2v.

CARMAGNANI M.I.S. Procedimentos de Enfermagem - guia prático. 1.ed Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan, 2009.

CECCIM, R.B. Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. Interface-Comunic, Saúde e Educ. v.9, n.18, p.161-177, set.2004/fev.2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. U.S. Department of Health and Human Services. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Atlanta: CDC, 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5116.pdf>>. Acesso em: 12/03/2011

CESARETTI IUR, Paula MAB, Paula PR. Estomaterapia: temas básicos em estomas. Taubaté-SP: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2006.

CERVO, A. M. S. Procedimentos Técnicos de Enfermagem. Editora ufsm, Rio Grande do Sul, 2006.

COREN. Lavagem Intestinal. Parecer Técnico CAT 032. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2010. COSTA, A. A. Manual de diabetes: Educação, alimentação, medicamentos, atividade física. 4ª edição. São

Paulo: SARVIER, 2004.

DAVINI, M. C.; NERVI, L.; ROSCHKE, M. A. Capacitação de pessoal dos serviços de Saúde: projetos relacionados com os processos de reforma setorial. Washington: OPS/OMS, 2002. (Série Observatório de Recursos Humanos em Saúde).

DILLY, C. M. L. JESUS, M. C. P. Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo: Robe, 1995.

ENGSTROM E.M. (org.) SISVAN: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde: o diagnóstico nutricional. 2ªed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. SISVAN, 2004.

ELLIS, Janice Rider; HARLEY, Célia Love. Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências. 1.ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

FERNANDES, Luís Roberto Araújo. Sondagens. 2005. Disponível em:

<http://www.unimes.br/aulas/MEDICINA/Aulas2005/1ano/basicos_em_medicina/sonda-gens.html>. Acesso em: 10/04/2013

FERNANDES, Rosa Aurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon. Enfermagem e saúde da mulher. Barueri, SP: Manole, 2007.

FERRAZ, F. Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 263 p.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de; VIANA, Dirce Laplaca; MACHADO, William César (Coord.). Tratado prático de enfermagem. 2.ed. São Caetano do Sul, SP : Yendis, 2010. 2v.

FORTES, Margarete Rose Sampaio. Enfermagem na promoção dos cuidados primários na saúde pública. 1. ed. São Paulo: Everest, 2002.

GLANER, Maria Fátima; LIMA, William Alves. Validade concorrente de um monitor portátil de glicemia capilar em relação ao método de espectrofotometria enzimática. *Rev. Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, v.8, n.3, p.30-35, 2006.

GROSSI, Sonia A. A.; PASCALI, Paula M. Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009.

PRADO, M. L., GELBCKE, F.L. Fundamentos de Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

REINER, C. B.; MEITES, S.; HAYES JR. Optimal sites and depths for specimens by skin puncture of infants and children as assessed from anatomical measurements. *Clinical Chemistry*, v.36, n.3, p.547-549, 1990.

RODRIGUES, M. Z. Educação continuada em enfermagem de saúde pública. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v.18, n.2, p.129-140, ago. 1984.

ROCHA, P. K.; Prado, M. L. do; WAL, M. L.; CARRARO, T. E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol.61 no.1 Brasília Jan./Fev., 2008.

RUTALA, W. A. Disinfection, sterilization and antisepsis in health care. APIC, Washington, 1998.

SANTANA, J. P. (Org). Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPS, 2000. Disponível em: <www.opas.org.br>. Acesso em: 23/09/2008.

SANTOS, V.L.C.G. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo, Atheneu, 2000, cap. 21, p.265– 305.

SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R.. Assistência em Estomaterapia - Cuidando do Ostomizado. Editora ATHENEU, 2000.

SANTOS, C.; FIGUEIRA, R.. Guia do Urostomizado. Coimbra – Portugal, 2008.

SANTOS JS; KEMP R; SANKARANKU TTY AK; SALGADO Jr W; TIRAPELLI LF; CASTRO E SILVA Jr

O.

Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações - *Medicina (Ribeirão Preto)*; 44(1):39-50, 2011.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Coleta de exames laboratoriais. São Paulo: SMS, 2005.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria de Saúde. Coordenação de Recursos Humanos Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde (CEFOR). Centro de Documentação. Manual de Orientação: elaboração de manuais, cadernos, guias, protocolos e demais documentos técnicos norteadores dos serviços e procedimentos de trabalho. São Paulo: CEFOR, 2005.

SILVA, M. J. P. et al. Educação continuada: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1989.

SOARES, A.C. Formas Farmacêuticas. Disponível em: <www.webartigos.com/articles/33607/1/Formas-Farmacêuticas/pagina1.html#ixzz1JWGcu7m3>. Acesso em 14/04/2012.

SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

SOUZA, A. M. de A. et al. Processo educativo nos serviços de saúde. Brasília: OPS, 1991.

TAVARES, L. M. E.; ALVEZ, M. F. T.; EIRAS, M. V. G. ; LENZ, N. CÁCERES, R. A. M.;GARCIA,S. R. N. Terapia Intravenosa: Utilizando o cateter Central de Inserção Periférica. 1ª ed. São Paulo: Íatria, 2009.

TAYLOR, C; LILLIS,C; LEMONE,P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.1592 p.

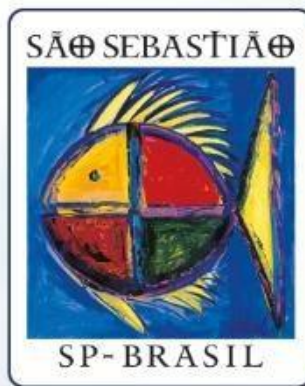
TRENTINI, M.; TOMASI, N.; POLAK, Y. Prática educativa na promoção da saúde com grupos de pessoas hipertensas. Rev. Cogitare Enferm., Curitiba, v.1, n.2, p.19-24, jul./dez., 1996.

TIMBY, Barbara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

TURNER, T.D. The development of wound management products. In: KRASNER, D. & KANE, D. Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals. 2.ed. Wayne, Health Management Publications, 1997. p.124-38.

WANDERLEY, Marcia Turolla; NOSÉ, Carla Cristina; CORRÊA, Maria Salete Nahás P. Educação e motivação na promoção da saúde bucal. In: CORRÊA, Maria Salete Nahás P. Odontopediatria na primeira infância. 2ª ed. São Paulo: Santos, 1999. Cap.28. p.389-402.

WINTER, G.D. Formation of scab and rate of epithelisation of superficial wounds in the skin of domestic pig. Nature, 193: 293-4, 1962.



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
DA ATENÇÃO BÁSICA**

São Sebastião, fevereiro de 2025

EQUIPE GESTORA**REINALDO ALVES MOREIRA FILHO**

Prefeito Municipal

LAYSA CHRISTINA PIRES DO NASCIMENTO

Secretária Municipal de Saúde

CARLOS EDUARDO ANTUNES CRAVEIRO

Presidente da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

PAULO HENRIQUE RIBEIRO SANTANA

Diretor de Atenção Básica

FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ

Coordenador de Enfermagem

EQUIPE TÉCNICA**KARINE RIBEIRO GONÇALVES DIAS GUIMARÃES**

Enfermeira Responsável pela Elaboração do POP

ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO**SUELEN DA COSTA FELIPE**

Enfermeira Responsável pela Revisão do POP

FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ

Responsável pela Aprovação do POP

INTRODUÇÃO


O Procedimento Operacional Padrão (POP) é uma descrição detalhada e simples de todas as operações necessárias para a realização de uma atividade.


Tendo em vista as divergências das ações e dos serviços prestados pelos profissionais de enfermagem nos setores de Atenção Básica do Município de São Sebastião - SP e a necessidade de se garantir a qualidade e segurança dessas ações e serviços, foram elaborados os protocolos operacionais padrão com o objetivo de manter o processo de trabalho e técnicas em funcionamento, por meio da padronização e minimização de ocorrência de desvios na execução da atividade além de, facilitar o planejamento e a execução do trabalho dos profissionais que compõe o serviço.


Os POP's possuem informações suficientes para que os colaboradores possam utilizá-lo como um guia, assim como, em caso de dúvidas tenham onde buscar mais informações ou a quem recorrer. Os Procedimentos serão sistematicamente revisados de forma a garantir a atualização e adequação de seus processos e disponibilizados sempre que alterados aos profissionais da Atenção Básica.

Para as regras existentes neste POP, é possível existir exceção, e para tanto, quando ocorrer, deve ser registrado, justificado e acordado entre equipe, gerência e Diretoria responsável.

ÁREA 01 HIGIENIZAÇÃO, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO

	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP- 01	Página: 08
	NORMAS BÁSICAS DE HIGIENE PARA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	Data Elaboração: Fev/24	Data Revisão:
Executante: Enfermeiro, Técnico, Auxiliar de enfermagem e demais profissionais.			
Área: Higienização, desinfecção e esterilização			
Objetivo: Garantir a higienização pessoal, o bem estar do profissional, evitando a transmissão de infecções.			
Procedimentos: <ul style="list-style-type: none"> • Higiene pessoal: Deve o profissional de saúde manter a higiene corporal, que está diretamente ligada à aparência pessoal. • Cuidados com o corpo: Através da execução do serviço de assepsia entra-se em contato com microrganismos que ficam aderidos à pele, unhas e cabelos. Somente o banho poderá eliminar o suor, sujidades e os microrganismos e tornar a aparência agradável. • Cuidados com os cabelos: Os cabelos devem estar limpos e, presos, se compridos. • Cuidado com as unhas: As unhas devem estar sempre aparadas para evitar que a sujidade fique depositada entre as unhas e a pele dos dedos. Deve-se dar preferência ao uso de esmaltes claros para visualizar a sujidade e poder eliminá-la. Deve-se evitar a retirada de cutículas para se manter a pele íntegra. • Cuidados com o uniforme: Todo trabalho requer esforço físico, o suor é inevitável, portanto, o uniforme deverá ser trocado todos os dias e todas as vezes que se fizer necessário. Deve-se observar no uniforme a limpeza com ausência de manchas, odor e descostura. A roupa de trabalho deverá ser lavada separadamente da roupa doméstica. • Cuidados com os sapatos: Devem ser fechados e impermeáveis, para proteger os pés. Devem ser lavados e colocados para secar na posição vertical, ao término do serviço, com isso evita-se os odores e frieiras. 			
Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias	Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE	Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ	

	<p>Procedimento Operacional Padrão</p>	<p>Código: POP- 02</p>	<p>Página: 09</p>
	<p>PRECAUÇÕES PADRÃO</p>	<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico, Auxiliar de enfermagem e demais profissionais.</p>			
<p>Área: Higienização, desinfecção e esterilização</p>			
<p>Objetivo: Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções.</p>			
<p>Procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos ou usar soluções antissépticas antes e depois de qualquer procedimento. • Usar luvas quando tocar em sangue e secreções corporais, mucosas ou lesão de pele de qualquer usuário, quando realizar punção venosa periférica. • Usar avental quando houver risco de contaminação do uniforme com sangue e secreções corporais. • Usar máscara, touca e protetor de olhos quando houver risco de respingos de sangue e secreções na face. • Desprezar agulhas e instrumentos cortantes em recipientes rígidos e nunca reencapar agulhas. 			
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>	

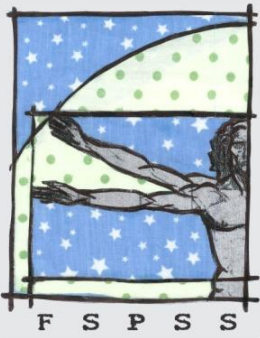
	<p align="center">Procedimento Operacional Padrão</p> <p align="center">LAVAGEM DAS MÃOS</p>	<p align="center">Código: POP– 03</p>	<p align="center">Página: 10 - 11</p>
		<p align="center">Data Elaboração: Fev/24</p>	<p align="center">Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico, Auxiliar de enfermagem e demais profissionais.</p>			
<p>Área: Higienização, desinfecção e esterilização</p>			
<p>Objetivo: Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções.</p>			
<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavatório com água; • Sabão líquido; • Papel toalha. <p>Procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retirar acessórios (anéis, pulseiras, relógio e outros adereços das mãos e antebraços), uma vez que sob estes objetos acumulam-se microrganismos não removidos com a lavagem das mãos; • Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na pia; • Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante); • Ensaboar as palmas das mãos, friccionando entre si; • Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa; • Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais; • Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice-versa; • Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa; • Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa; • Esfregar o punho esquerdo, com auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa; • Enxaguar as mãos começando pelas pontas dos dedos para que a água escoe para os punhos, retire os resíduos de sabonete. • Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira; • Secar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha para fechar; • A duração deste procedimento deve ser de 40 a 60 segundos. • Os papéis toalha utilizados devem ser descartados em lixeiras com pedal com saco para lixo comum. 			




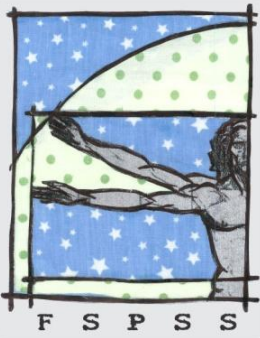
Observações:


- Deve existir dentro dos consultórios uma pia apropriada para este fim, com dispensadores de sabonete líquido e de papel toalha.
- Manter o papel toalha sempre dentro do suporte, nunca em cima ou em outro local onde possa ser respingado pela água proveniente da lavagem das mãos.
- Usar papel toalha individuais e não de rolo.
- Nas situações onde não haja disponibilidade de pias e na ausência de secreção orgânica nas mãos, friccionar álcool gel nas mesmas até secar espontaneamente.

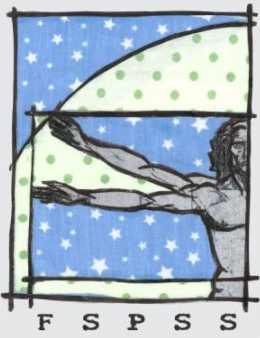
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>
--	--	---


	<p>Procedimento Operacional Padrão</p>	<p>Código: POP- 04</p>	<p>Página: 12</p>
	<p>TÉCNICA DE LIMPEZA MANUAL DE INSTRUMENTAL</p>	<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Técnico e Auxiliar de enfermagem</p>			
<p>Área: Higienização, desinfecção e esterilização</p>			
<p>Objetivo: Realizar a limpeza do instrumental após a sua utilização.</p>			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Separar o material: <ul style="list-style-type: none"> • EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos, luvas de autoproteção) • Bacia, balde ou cuba de plástico de tamanho compatível com a quantidade de material • Escova de cerdas duras e finas • Compressas ou panos limpos e macios • Solução de água e detergente neutro ou detergente enzimático. 2. Usar EPI para iniciar a limpeza do instrumental; 3. Manipular o material cuidadosamente evitando batidas ou quedas; 4. Separar as pinças de pontas traumáticas (Pozzi, Backhaus) e lavar separadamente, evitando acidentes; 5. Imergir o instrumental aberto na solução de água e detergente (conforme orientação do fabricante), para remoção dos resíduos de matéria orgânica; 6. Observar para que o instrumental mais pesado e maior fique sob os pequenos e leves; 7. Lavar a instrumental peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimentos no sentido das serrilhas. Dar atenção especial para as articulações, serrilhas e cremalheiras; 8. Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações; 9. Enxugar as peças com compressa ou pano macio e limpo, em toda a sua extensão, dando especial atenção para as articulações, serrilhas e cremalheiras. 			
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>	

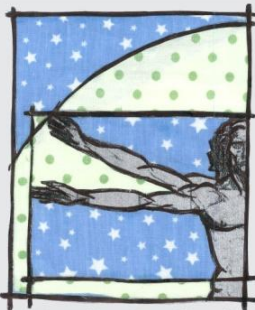
	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP-05	Página: 13
	TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES	Data Elaboração: Fev/24	Data Revisão:
Executante: Técnico e Auxiliar de enfermagem			
Área: Higienização, desinfecção e esterilização			
Objetivo: Realizar a limpeza do material de inalação após a sua utilização.			
Procedimentos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Separar o material necessário: <ul style="list-style-type: none"> • EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos e luvas de autoproteção); • Solução de água e detergente; • Hipoclorito de sódio a 1%; • Recipiente com tampa; • Balde ou bacia plástica com tampa (opacos); • Compressas ou panos limpos e secos; • Seringa de 20ml. 2. Colocar o EPI; 3. Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente; 4. Injetar a solução de água e detergente na luz do tubo com ajuda de uma seringa de 20ml; 5. Enxaguar o tubo com água corrente, usando o mesmo processo anterior para parte interna; 6. Colocar para escorrer ou secar com ar comprimido; 7. Enxaguar as demais peças rigorosamente interna e externamente; 8. Deixar escorrer sobre um papel toalha limpo, completar a secagem manualmente se necessário; 9. Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos; no recipiente opaco e com tampa; 10. Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e/ou pinça longa; 11. Enxaguar as peças rigorosamente em água corrente; 12. Secar com pano limpo e seco; 13. Guardar as peças montadas em recipiente tampado; 14. Desprezar a solução de hipoclorito, enxaguar e secar o recipiente; 15. Manter área limpa e organizada. 			
Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias	Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE	Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ	


	<p>Procedimento Operacional Padrão</p>	<p>Código: POP- 06</p>	<p>Página: 14</p>
	<p>TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS</p>	<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico, Auxiliar de enfermagem e demais profissionais.</p>			
<p>Área: Higienização, desinfecção e esterilização</p>			
<p>Objetivo: Realizar a limpeza e desinfecção nas almotolias após o término da solução e/ou semanalmente.</p>			
<p>Procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Separar o material: • EPI (avental impermeável, touca, máscara, óculos e luvas de autoproteção); • 01 esponja macia de limpeza; • 01 escova de mamadeira; • Solução de água e detergente; • Compressas limpas e secas; • Balde ou bacia com tampa; • Hipoclorito de sódio a 1%. • Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia; • Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza; • Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira; • Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente; • Colocar as almotolias e tampas para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente; • Imergir as almotolias em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos; • Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco; • Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso . 			
<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A quantidade de solução colocada nas almotolias deve ser suficiente apenas para uso diário ou semanal. • Nunca reabastecer as almotolias sem limpeza e desinfecção prévia. 			
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>	


 <p>F S P S S</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS UMIDIFICADORES DE OXIGÊNIO</p>	<p>Código: POP- 07</p>	<p>Página: 15</p>
		<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Higienização, desinfecção e esterilização</p>			
<p>Objetivo: Realizar a limpeza do material de oxigenioterapia após a sua utilização.</p>			
<p>Procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Separar o material; • EPI (avental impermeável, touca, máscara, óculos e luvas de autoproteção); • 01 esponja macia de limpeza; • 01 escova de cerdas; • Solução de água e detergente; • Compressas limpas e secas; • Balde ou bacia com tampa; • Hipoclorito de sódio a 1%. • Esvaziar os umidificadores, desprezando a solução na pia; • Lavar externamente, incluindo a tampa e tubo metálico, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza; • Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de cerdas; • Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente; • Colocar para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente; • Imergir em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos (somente o recipiente plástico); • Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco; • Friccionar álcool a 70% por 3 vezes na parte metálica que acompanha o umidificador; • Guardar em recipiente limpo com tampa. 			
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>	


	<p>Procedimento Operacional Padrão</p>	<p>Código: POP- 08</p>	<p>Página: 16</p>
	<p>TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE CABOS E LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO</p>	<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Higienização, desinfecção e esterilização</p>			
<p>Objetivo: Realizar a limpeza e desinfecção dos cabos e lâminas de laringoscópio após a sua utilização.</p>			
<p>Procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Separar o material; • EPI (avental impermeável, óculos, touca, máscara e luvas de autoproteção); • Cabos e lâminas de laringoscópio; • Recipiente plástico; • Solução de água e detergente neutro ou enzimático; • Compressas limpas e secas; • Álcool a 70%; • Esponja ou escova macia. • Imergir a lâmina do laringoscópio na solução de água e detergente, lavando com a esponja (não deixar de molho); • Enxaguar abundantemente em água corrente; • Secar a lâmina com pano limpo; • Friccionar álcool a 70% na lâmina conforme rotina; • Limpar o cabo do laringoscópio com pano umedecido em solução de água e detergente; • Remover a solução detergente com pano umedecido em água e secar; • Friccionar álcool a 70% no cabo; • Montar o laringoscópio testando o seu funcionamento; • Guardar o laringoscópio desmontado, sem pilhas, protegido em saco plástico ou recipiente com tampa. 			
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>	

	<p align="center">Procedimento Operacional Padrão</p> <p align="center">TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBU</p>	<p>Código: POP- 09</p>	<p>Página: 17</p>
		<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Higienização, desinfecção e esterilização</p>			
<p>Objetivo: Realizar a limpeza e desinfecção do ambu e acessórios após a sua utilização.</p>			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Separar o material: <ul style="list-style-type: none"> • EPI (avental impermeável, óculos, máscara, touca e luvas de autoproteção); • Esponja macia; • Solução de água e detergente neutro e detergente enzimático; • Compressas limpas e secas; 2. Desmontar o ambu (retirar a máscara e conexões) 3. Limpar a bolsa ventilatória externamente com pano úmido e sabão. Evitar penetração de água no interior da bolsa; 4. Lavar a máscara e conexões com água e sabão; 5. Enxaguar em água corrente e secar; 6. Imergir a máscara e conexões em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos; 7. Retirar da solução de hipoclorito e enxaguar em água Corrente; 8. Secar e guardar em recipiente tampado; 			
<p>Observação: A desinfecção com hipoclorito é necessária somente em presença de matéria orgânica.</p>			
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>	

 <p>F S P S S</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>ORGANIZAÇÃO DA SALA DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS</p>	<p>Código: POP– 10</p>	<p>Página: 18</p>
<p>Executante: Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>		<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Área: Higienização, desinfecção e esterilização</p>			
<p>Objetivo: Organizar o fluxo de trabalho da área de esterilização de materiais</p>			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos e friccionar álcool antes e após executar as atividades; 2. Fazer desinfecção com um pano umedecido em álcool a 70% das mesas e bancadas, no início do plantão e sempre que necessário; 3. Avaliar rigorosamente a limpeza e a integridade dos materiais recebidos. 4. Encaminhar o material para a área de preparo; 5. Manter a bancada livre e anotar no relatório de instrumentais as pendências (danificados, incompletos); 6. Encaminhar para o enfermeiro os instrumentais danificados para providências devidas; 7. Manter os armários em ordem; 8. Manter a área limpa e organizada 			
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>	

	<p align="center">Procedimento Operacional Padrão</p>	<p>Código: POP– 11</p>	<p>Página: 19</p>
	<p align="center">PREPARO DE MATERIAIS PARA ESTERILIZAÇÃO</p>	<p align="center">Data Elaboração: Fev/24</p>	<p align="center">Data Revisão:</p>
<p>Executante: Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Higienização, desinfecção e esterilização</p>			
<p>Objetivo: Organizar o processo de trabalho no preparo de materiais e instrumentais para esterilização.</p>			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos e friccionar álcool antes e após executar as atividades; 2. Usar EPI (jaleco, touca e luvas de procedimento); 3. Realizar desinfecção das mesas, bancadas, estantes, e armários com álcool a 70% antes de iniciar as atividades; 4. Verificar a quantidade de material necessário à execução das atividades e solicitar a reposição; 5. Separar o material já limpo e selecioná-lo de acordo com o pacote a ser feito, conferindo a limpeza e integridade; 6. Confeccionar os pacotes com papel grau cirúrgico em tamanho adequado ao material, observando a data de validade (data de limite de uso) do mesmo; 7. Identificar os pacotes colocando no rótulo: <ul style="list-style-type: none"> • Nome do pacote de acordo com a padronização; • Data da esterilização (será preenchido quando for esterilizado); • Validade (será preenchido quando for esterilizado); • Assinatura legível do funcionário que preparou o pacote. 8. Encaminhar para selagem (A selagem de embalagens tipo envelope ou rolo deve ser feita por termo seladora, no selamento deverá ser deixada uma borda livre de no mínimo 3cm, com uma largura de 1cm de selagem, para facilitar a abertura, assim como deve ser íntegra, contínua, sem pregas e rugas; 9. Identificar os pacotes na borda livre colocando no rótulo: <ul style="list-style-type: none"> • Nome do pacote de acordo com a padronização; • Data da esterilização (será preenchido quando for esterilizado); • Validade de 30 dias (será preenchido quando for esterilizado); • Assinatura legível do funcionário que preparou o pacote. 			
<p>Observação:</p> <p>O prazo de validade dos materiais esterilizados está relacionado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integridade da embalagem (ausência de rasgos, perfurações, fissuras); • Ausência de manchas ou umidade no pacote; • Ausência de sujidade no pacote; • Presença da ativação do integrador químico. 			
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>	

	<p>Procedimento Operacional Padrão</p>	<p>Código: POP- 12</p>	<p>Página: 20</p>
	<p>ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS</p>	<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Higienização, desinfecção e esterilização</p>			
<p>Objetivo: Organizar o processo de trabalho de esterilização de materiais e instrumentais.</p>			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos e friccionar álcool antes e após executar as atividades; 2. Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água; 3. Passar álcool a 70% em toda a superfície dos móveis e bancadas; 4. Usar EPI (jaleco, touca e luvas); 5. Controlar o funcionamento das autoclaves, registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido; 6. Complementar rótulo do material anotando a data da esterilização e validade; 7. Montar a carga de acordo com as orientações básicas: <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar cestos de aço para acondicionar os pacotes; • Observar o tamanho do pacote e adequá-lo ao tamanho do cesto; • Colocar os pacotes na posição vertical, dentro dos cestos ou na rack; • Evitar que o material encoste nas paredes da câmara; • Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor; • Posicionar os pacotes pesados na parte inferior do rack; • Colocar os materiais: bacias, vidros e cubas com a abertura voltada para baixo; 8. Colocar nas autoclaves os pacotes com os testes biológicos no primeiro ciclo diariamente; 9. Entreabrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização e aguardar 15 minutos para retirar o material; 10. Após o esfriamento dos pacotes, encaminhá-los para guarda; 11. Verificar diariamente se os pacotes estocados estão dentro do prazo de validade da esterilização, colocando os pacotes com data de validade mais próxima do vencimento na frente; 12. Manter a área limpa e organizada. 			
<p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar no máximo 85% da capacidade da autoclave. • Ao final da esterilização os pacotes devem estar secos. Se os mesmos estão ficando umedecidos, deve-se verificar a ocorrência de falha técnica (posição dos pacotes, quantidade dos mesmos, volume de água utilizada no ciclo, entre outros), se a técnica estiver correta, solicitar a manutenção da autoclave • Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvidas na execução das atividades; 			
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>	

	<p align="center">Procedimento Operacional Padrão</p>	<p>Código: POP– 13</p>	<p>Página: 21 - 22</p>
	<p align="center">INDICADOR BIOLÓGICO</p>	<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Higienização, desinfecção e esterilização</p>			
<p>Objetivo: Indicado para certificar a eficácia do processo de esterilização, demonstrando a destruição dos microrganismos frente aos processos.</p>			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Separar o material necessário: <ul style="list-style-type: none"> • 1 Par de luvas de procedimento; • 01 incubador biológico; • 01 pacote grande; • 02 ampolas de indicador biológico; • Impresso / livro de controle de resultados; • Rack montada com pacotes a serem esterilizados; • Fita teste para autoclave; 2. Calçar as luvas de procedimentos; 3. Identificar a ampola de indicador biológico colocando: número da autoclave, nível escolhido, número do ciclo e data; 4. Colocar a ampola de indicador biológico no centro do pacote, entre os campos; 5. Fechar o pacote, conforme a técnica do envelope, identificando-o; 6. Colocar o pacote teste dentro do cesto de aço; 7. Posicionar o cesto com o pacote teste, no local escolhido da rack, entre os demais pacotes; 8. Realizar o ciclo de esterilização; 9. Terminado o ciclo, abra o pacote e retire o tubo plástico, aguardando por 15 min para que ele esfrie e perca a pressão. Aperte a ampola plástica (ativação) e conseqüentemente quebre a ampola de vidro interna, expondo os endósporos ao meio de cultura. 10. Colocar a ampola no incubador, juntamente com a ampola controle; 11. Proceder a 1ª. leitura a partir de 4 horas de incubação ou conforme orientação do fabricante; 12. Fazer as leituras seguintes no intervalo máximo de 4 em 4 horas até completar 24 horas de incubação; 13. Retirar as ampolas do incubador e verificar o resultado final; 14. Preencher o impresso de controle dos resultados; 15. Suspender a utilização do material autoclavado durante o teste, caso ocorra mudança de coloração na ampola, repetir o teste utilizando novo pacote; 16. Solicitar avaliação técnica da autoclave caso persista a alteração na coloração da ampola; 17. Manter a área limpa e organizada. 			

Observação:

- Recomenda-se a realização do teste biológico: No 1º ciclo de autoclave, a cada 7 dias.




- Interpretando os resultados

O resultado esperado é que o controle mude de cor de roxo para amarelo. Esta mudança de cor é dada pela alteração de pH da solução que resulta da atividade microbiana. O teste não deve mudar de cor, pois o esperado é que os microrganismos tenham sido destruídos no processo de esterilização na autoclave, ou seja, a mudança de cor demonstra que processo de esterilização não foi eficiente. Se o controle não mudar de cor, indica que ele não foi corretamente ativado ou pode estar fora da validade, nesse caso, deve-se repetir o processo com novos testes. A leitura final é feita após 24 a 48h de incubação dos indicadores.

Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias	Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE	Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ
---	---	--

ÁREA 02


ASSISTÊNCIA À SAÚDE


	<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE ACOLHIMENTO DO PACIENTE</p>	<p>Código: POP- 14</p>	<p>Página: 24 - 25</p>
		<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem, Auxiliar administrativo e Médico</p>			
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo: Identificar a população residente no território de abrangência USF, receber, escutar e acolher o usuário com escuta ativa, visando atender suas necessidades básicas, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário.</p>			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atender o paciente em um ambiente privativo, com ambiência, permitindo o diálogo e a resolubilidade do problema; 2. Utilizar uma escuta ampliada buscando identificar o motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido; 3. Observar, reconhecer e descrever em prontuário sinais e sintomas. Caso não seja enfermeiro, comunicá-lo quando o motivo da procura ao serviço for uma queixa, sinal ou sintoma que necessite de atendimento; 4. Referenciar e/ou encaminhar o paciente de acordo com a necessidade avaliada; 5. Agendar retornos, se necessário; 6. Realizar as orientações. <p>Cabe ao profissional administrativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preencher todos os dados pessoais do usuário no prontuário; • Acrescentar sempre que necessário, folha de continuação e anexar ao prontuário; • Atualizar o cadastro dos indivíduos no sistema de informação. <p>Cabe ao técnico de enfermagem ou enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar aferição dos Sinais Vitais (SSVV) e das medidas antropométricas; • Registrar, assinar, datar e colocar o horário da verificação dos SSVV no prontuário; • Preencher a Ficha de Procedimentos; • Registrar as informações no sistema de informação. <p>Cabe exclusivamente ao enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisionar o acolhimento realizado pelo auxiliar ou técnico de enfermagem; • Receber os pacientes que procuram o serviço com queixa, sinal ou sintoma, realizar acolhimento qualificado e, quando necessário, consulta de enfermagem, assim como proceder os encaminhamentos necessários; • Registrar em prontuário o atendimento; • Registrar as informações no sistema de informação. 			


Cabe ao médico:


- Receber os pacientes que procuram o serviço com queixa, sinal ou sintoma, na ausência do enfermeiro;
- Realizar acolhimento qualificado de demanda espontânea, e, quando necessário, proceder aos encaminhamentos;
- Registrar em prontuário o atendimento;
- Alimentar o sistema de informação.


Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias	Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE	Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ
---	--	--


 <p>F S P S S</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>DIGITAÇÃO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO</p>	<p>Código: POP- 15</p>	<p>Página: 26</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>		<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo: Estabelecer rotinas de preenchimento de dados para alimentação dos sistemas de informação em saúde e construção dos indicadores preconizados.</p>			
<p>Materiais:</p>			
<p>Computador com acesso à internet.</p>			
<p>Procedimentos:</p>			
<p>Quanto as anotações no Sistema:</p>			
<p>1. Atribuições comuns a todos os profissionais:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; 			
<p>2. Quanto a digitação da produção:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • No atendimento o próprio profissional que o realiza que deverá inserir as informações no prontuário eletrônico, nos espaços predeterminados para isso. Isto nos respalda quanto a questões éticas e de confiabilidade, assim como pelo acesso restrito ao prontuário. 			
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar os Sistemas de Informação de Saúde disponíveis para registro, monitoramento, avaliação e planejamento das ações em conjunto com as equipes. 			
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>	

	<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>ORGANIZAÇÃO DA SALA DE PROCEDIMENTOS / EMERGÊNCIA</p>	<p>Código: POP- 16</p>	<p>Página: 27</p>
		<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo: Estabelecer rotina de organização e funcionamento da sala de procedimentos e de emergência</p>			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organizar a sala de procedimentos / emergência 2. Solicitar o auxiliar de serviços gerais que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal; 3. Verificar a validade dos medicamentos e materiais do armário vitrine; 4. Checar a validade das medicações e materiais do carrinho de emergência, conforme padronização; 5. Solicitar reposição dos medicamentos após uso para o farmacêutico da Unidade; 6. Repor os materiais conforme necessidade; 7. Checar carga e funcionamento do desfibrilador diariamente, caso não funcione comunique o enfermeiro; 8. Checar volume, vazamento e funcionamento do cilindro de oxigênio, caso não funcione comunique o enfermeiro e chame a manutenção; 9. Realizar limpeza e desinfecção de máscara, umidificador, tubo conector e ambu, conforme POP específico; 10. Anotar, assinar e carimbar em prontuário e em livro de registro os procedimentos realizados; 11. Executar os procedimentos conforme prescrição médica e/ou do enfermeiro, checando na própria receita com data, horário, COREN e nome legível; 12. Manter ambiente de trabalho limpo, organizado e abastecido. 			
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>	

 <p>F S P S S</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>ORGANIZAÇÃO DA SALA DE COLETA DE EXAMES</p>	<p>Código: POP- 17</p>	<p>Página: 28</p>
<p>Executante: Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>		<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo: Organizar o funcionamento da sala de coleta de exames, para otimização do processo de trabalho. Proporcionar atendimento adequado ao paciente atendendo suas necessidades com qualidade e agilidade.</p>			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organizar a sala de coleta no dia anterior; 2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e, após, realizar desinfecção com álcool 70%) antes do início da coleta; 3. Solicitar ao profissional de serviços gerais que realize limpeza concorrente ao término do dia; 4. Realizar a coleta e recebimento de material conforme norma de procedimento padrão; 5. Repor material de laboratório de acordo com a necessidade (agulhas, sistemas a vácuo, frascos coletores, tubos de coleta, flyers, etc). 			
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>	

	<p align="center">Procedimento Operacional Padrão</p>	<p align="center">Código: POP- 18</p>	<p align="center">Página: 29</p>
	<p align="center">SALA DE CURATIVO</p>	<p align="center">Data Elaboração: Fev/24</p>	<p align="center">Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento da sala de curativo.</p>			
<p>Procedimentos:</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 serviços gerais que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal; 4. Trocar as almotolias semanalmente colocando novas soluções, previamente limpos identificados e datados. As almotolias devem ser preenchidas 50% do volume; 5. Verificar a data de validade de materiais esterilizados; 6. Repor materiais necessários, conforme a rotina da unidade; 7. Realizar os curativos conforme prescrição do enfermeiro e/ ou médica; 8. Executar rotina de troca de curativo (conforme orientação do manual de normas técnicas); 9. Colocar o material utilizado em solução com água e sabão, encaminhando-o ao expurgo ao término do plantão; 10. Após a realização de curativos contaminados solicitar limpeza concorrente e descontaminação se necessário; 11. Desprezar o resíduo em recipiente adequado (lixo contaminado em saco leitoso branco e lixo comum em saco preto). 			
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>	

 <p>F S P S S</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE PRÉ-CONSULTA DE ENFERMAGEM</p>	<p>Código: POP- 19</p>	<p>Página: 30</p>
<p>Executante: Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>		<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo: Padronizar o serviço prestado ao paciente, contribuindo para um atendimento diferenciado de acordo com a necessidade de atendimento do indivíduo. Observar as características gerais do paciente, conhecer o seu perfil, realizar orientações e criar vínculo cliente/profissional.</p>			
<p>Material necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pia com água, papel toalha e sabonete líquido; • Caneta; • Fita métrica e régua antropométrica; • Balança antropométrica; • Esfigmomanômetro infantil, adulto e obeso; • Estetoscópio; • Termômetro; • Algodão com álcool 70%; • Relógio; • Oxímetro de pulso. <p>Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se apresentar ao paciente, caso seja o primeiro contato com o mesmo; 2. Identificá-lo; 3. Lavar as mãos; 4. Orientá-lo quanto ao procedimento a ser executado; 5. Questionar o motivo da sua consulta/procura; 6. Realizar a coleta dos dados: <ul style="list-style-type: none"> • Peso; • Altura; • Temperatura; • Pressão arterial; • Glicemia (se necessário); • Respiração; • Pulso; • Saturação de oxigênio (se necessário). 7. Anotar os dados colhidos no prontuário do paciente; 8. Encaminhar o paciente para aguardar o atendimento; 9. Manter o ambiente de trabalho organizado. 			
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>	

	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP- 20	Página: 31 - 34
	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	Data Elaboração: Fev/24	Data Revisão:

Executante: Enfermeiro

Área: Assistência à Saúde

Objetivo: Determinar prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança. Considerar-se-á a expectativa do paciente e seus familiares e o tempo em que intervenção médica possibilitará melhor resultado. Tempo de espera ideal nem sempre pode ser conseguido, mas será estudado para ser alcançado. Reavaliações estão previstas e poderão alterar a classificação.

Introdução:

O Conselho Federal de Medicina, na Resolução 1451/95 define URGÊNCIA como “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”; EMERGÊNCIA como “constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida, ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato.

Critérios de Classificação:

Deverá ser considerada a apresentação usual da doença, sinais de alerta, situação / queixa. Outros dados: sinais vitais, saturação de O₂, escala de dor e Escala de Coma de Glasgow (ECG), glicemia, etc.

Classificação:

Vermelho	Emergência - será atendido imediatamente na sala de emergência. Deve ser atendido imediatamente;
Amarelo	Urgência - será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação. Deverá ser atendido imediatamente após os VERMELHOS podendo esperar por até 1 hora.
Verde	Sem risco de morte imediato - somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO e AMARELO podendo esperar por até 2 horas.
Azul	Quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social. Poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como

VERMELHO, AMARELO e VERDE podendo esperar por até 4 horas.
--

1. **Prioridade Vermelha**

Pacientes que necessitam de atendimento imediato.

- Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas;
- Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios;
- Trauma Cranioencefálico grave (Estado mental alterado ou em coma; histórico de uso de drogas; comprometimentos da coluna vertebral; desconforto respiratório grave);
- Dor no peito associada à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso).
- Perfurações no peito, abdome e cabeça.
- Crises convulsivas (inclusive pós-crise).
- Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de
- Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória.
- Tentativas de suicídio.
- Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia).
- Parada cardiorrespiratória.
- Alterações de sinais vitais em paciente sintomático: Pulso > 140 ou < 45, PA diastólica < 130 mmHg, PA sistólica < 80 mmHg, FR > 34
- Hemorragias não controláveis.
- Infecções graves – febre, exantema petequeal ou púrpura, alteração do nível de consciência.

Há muitas condições e sinais perigosos de alerta, chamadas Bandeiras Vermelhas, que deverão ser levados em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente:

- Acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h.
- Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões.
- Perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente.
- Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e, ocasionalmente, com respostas inapropriadas.
- Fraturas da 1.ª e 2.ª costela.
- Fraturas 9.ª, 10.ª, 11.ª costela ou mais de três costelas.
- Possível aspiração.
- Possível contusão pulmonar.
- Óbitos no local da ocorrência

2. **Prioridade Amarela**

Pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida.

- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais.
- Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, paraestésias, alterações do campo visual, dislalia, afasia.
- Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15).
- Diminuição do nível de consciência.

- Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental.
- História de Convulsão /pós-ictal–convulsão nas últimas 24 horas.
- Dor torácica intensa.
- Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes).
- Crise asmática.
- Diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia, desmaios.
- Estados de pânico, overdose.
- Alterações de sinais vitais em paciente sintomático: FC < 50 ou > 140 PA sistólica < 90 ou > 240 PA diastólica > 130 T < 35 ou História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC > 120.
- Epistaxe com alteração de sinais vitais.
- Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre).
- Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais; gravidez confirmada ou suspeita.
- Náuseas/Vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais, desmaios.
- Febre alta (39/40° C).
- Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa.
- Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15.
- Vítimas de abuso sexual.
- Imunodeprimidos com febre

3. Prioridade Verde

Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera até 02 horas para atendimento médico e/ou encaminhamento para especialidades

- Idade superior a 60 anos.
- Gestantes com complicações da gravidez.
- Pacientes escoltados.
- Deficientes físicos.
- Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro.
- Impossibilidade de deambulação.
- Asma fora de crise.
- Enxaqueca – pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca.
- Dor de ouvido moderada à grave.
- Dor abdominal sem alteração de sinais vitais.
- Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve.
- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação.
- História de convulsão sem alteração de consciência.
- Lombalgia intensa.
- Abscessos.
- Distúrbios neurovegetativos.
- Intercorrências ortopédicas

4. Prioridade Azul


Demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima. Queixas crônicas sem alterações agudas.


- Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas,
- Avaliação de resultados de exames
- Solicitações de atestados médicos.

Observação:

Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado.

Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias	Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE	Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ
---	---	--

	Procedimento Operacional Padrão AFERIÇÃO DE PESO	Código: POP– 21	Página: 35
		Data Elaboração : Fev/24	Data Revisão:
Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.			
Área: Assistência à Saúde			
Objetivo: Estabelecer rotinas de execução da aferição do peso.			
Procedimentos:			
<u>Aferição do peso em crianças menores de 2 Anos</u>			
Material:			
<ul style="list-style-type: none"> • Balança pediátrica digital • Pia com água, sabão e papel toalha • Caderneta de saúde da criança. 			
Procedimento:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Verificar se a balança está ligada e calibrada; 3. Despir a criança com o auxílio da mãe ou responsável; 4. Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato, de modo a distribuir o peso igualmente, mantendo a criança parada o máximo possível nessa posição. Orientar a mãe ou responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento; 5. Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura; 6. Anotar o peso no formulário da Vigilância Alimentar e Nutricional/ prontuário. 7. Retirar a criança da balança; 8. Marcar o peso na Caderneta de Saúde da Criança. 			
<u>Aferição de peso para crianças maiores de 2 anos, adolescentes, adultos e idosos</u>			
Material:			
<ul style="list-style-type: none"> • Balança digital de plataforma • Pia com água, sabão e papel toalha • Caderneta de saúde da criança. 			
Procedimento:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Inicialmente certifique-se de que a balança plataforma esteja ligada e afastada da parede. 2. Higienizar as mãos. 3. Verificar se a balança está calibrada 4. Posicionar o indivíduo de costas para a balança, descalço, com o mínimo de roupa possível, no centro do equipamento, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição. 5. Realizar a leitura após o valor de o peso estar fixado no visor. 6. Anotar o peso no prontuário. 7. Retirar o indivíduo da balança. 8. Marcar o peso das crianças na Caderneta de Saúde da Criança e os demais no prontuário. 			
Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias	Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE	Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ	

	<p style="text-align: center;">Procedimento Operacional Padrão</p> <p style="text-align: center;">AFERIÇÃO DE COMPRIMENTO E ESTATURA</p>	<p>Código: POP-22</p>	<p>Página: 36- 37</p>
		<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo: Fornecer parâmetros para avaliação do estado nutricional, condições de saúde e crescimento e desenvolvimento do paciente.</p>			
<p>Procedimentos:</p>			
<p><u>Aferição do comprimento em crianças menores de 2 anos:</u></p>			
<p>Material:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Antropômetro; • Pia com água, sabão e toalha de papel; • Caderneta de saúde da criança; • Caneta. 			
<p>Procedimento:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos. • Deitar a criança no centro do antropômetro, descalça e com a cabeça livre de adereços. • Manter, com a ajuda da mãe/ responsável a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito, no plano de Frankfurt (margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do meatus auditivo externo deverão ficar em uma mesma linha horizontal); os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro; os braços estendidos ao longo do corpo. As nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro. • Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levantar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam. • Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada. • Retirar a criança. • Registrar o procedimento no prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança. • Lavar as mãos. 			

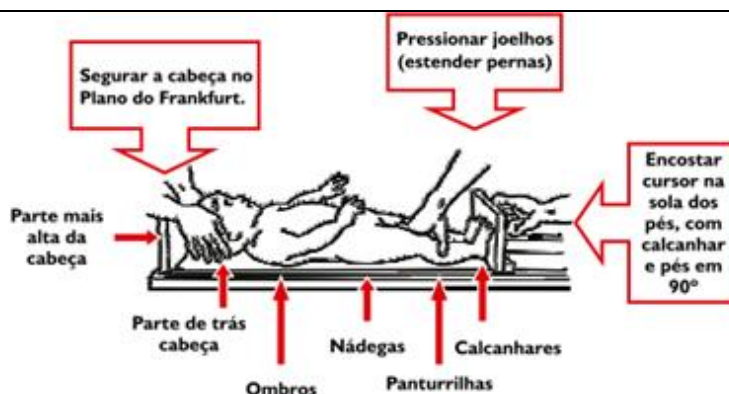


Imagem: Plano de Frankfurt

Aferição do comprimento em crianças maiores de 2 anos, adolescentes, adultos e idosos:


Material:

- Antropômetro ou fita métrica;
- Pia com água, sabão e toalha de papel;
- Caderneta de saúde da criança;
- Caneta.

Procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Posicionar a criança, adolescente, adulto ou idoso descalço e com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento. Mantê-lo de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
3. A cabeça do indivíduo deve ser posicionada no plano de Frankfurt (margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do meatus auditivo externo deverão ficar em uma mesma linha horizontal). As pernas devem estar paralelas, mas não é necessário que as partes internas das mesmas estejam encostadas. Os pés devem formar um ângulo reto com as pernas. (Idealmente, o indivíduo deve encostar os calcanhares, as panturrilhas, os glúteos, as escápulas e parte posterior da cabeça (região do occipital) no equipamento ou parede. Quando não for possível encostar esses cinco pontos, devem-se posicionar no mínimo três deles).
4. Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
5. Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento.
6. Anotar o resultado no prontuário do indivíduo.
7. Para crianças, maiores de 2 anos marcar a altura na Caderneta de Saúde da Criança.
8. Lavar as mãos.

<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>
--	--	---

	<p>Procedimento Operacional Padrão</p>	<p>Código: POP- 23</p>	<p>Página: 38 - 40</p>
	<p>AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL</p>	<p>Data Elaboração : 13/11/2024</p>	<p>Data Revisão:</p>

Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Área: Assistência à Saúde

Objetivo:

- Estabelecer rotinas de execução da aferição da pressão arterial.
- Avaliar e monitorar a capacidade cardiovascular através da ausculta da pressão arterial fisiológica.

Materiais:

- Pia com água, sabão líquido e papel Toalha;
- Álcool a 70 %;
- Algodão;
- Caneta;
- Bandeja;
- Esfigmomanômetro / Aparelho digital
- Estetoscópio;

Procedimento com aparelho manual:

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material necessário e levar para junto do paciente;
3. Certificar que o estetoscópio e esfigmomanômetro estejam íntegros e calibrados;
4. Realizar a desinfecção do estetoscópio e esfigmomanômetro com algodão umedecido em solução alcoólica;
5. Explicar o procedimento ao paciente;
6. Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido;
7. Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas (usar o manguito adequado para idade e/ou peso);
8. Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pera e insuflar o manguito enquanto continua a palpar a artéria. Anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece;
9. Desinsuflar o manguito lentamente;
10. Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente;
11. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;
12. Manter o diafragma do estetoscópio firme sobre o pulso braquial e insufla o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20-30 mmHg acima desta pressão;
13. Esvaziar lentamente o manguito, identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);
14. Desinsuflar totalmente o manguito;
15. Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos;
16. Retirar o manguito do braço do paciente;

17. Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
18. Higienizar as mãos;
19. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário e no sistema de informação, utilizando os códigos referentes ao procedimento.

Procedimento com aparelho digital:

1. Higienizar as mãos;
2. Conectar a extensão de borracha da braçadeira e aperte o botão para ligar o aparelho;
3. Esperar o aparelho indicar no visor que está pronto para iniciar a medida. Aperte o botão para iniciar, a braçadeira começará a encher, apertando o braço. Pedir para não conversar e nem movimentar o braço durante a medida.
4. Observar no visor do aparelho a medida da pressão arterial e pulso radial, sendo o primeiro valor a pressão sistólica e a segunda a diastólica;
5. Desligar o aparelho;
6. Anotar os valores no prontuário e no sistema de informação, utilizando os códigos referentes ao procedimento.

Observações:

1. Não aferir pressão arterial em membros que tiverem:
 - Fístula endovenosa;
 - Cateterismo;
 - Plegias (perda grave ou completa da força muscular);
 - Punção venosa e Infusão de líquidos;
 - Membro que for do lado mastectomizado do paciente.
2. Indagar sobre ingestão de drogas lícitas ou ilícitas que possam vir a interferir com os mecanismos de regulação da pressão arterial;
3. O paciente deve evitar:
 - Estar fumando, alimentando;
 - Ingerindo álcool ou café;
 - Estar de bexiga cheia.
4. Questionar o paciente durante o procedimento sobre:
 - Presença de dor;
 - Tensão;
 - Ansiedade.
5. Valores de referência

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio I	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio II	160 - 179	100 - 109

Hipertensão estágio III	>ou = 180	>ou = 110
Hipertensão sistólica isolada	>ou+140	<90

6. Códigos necessários para alimentar o indicador de Hipertensão Arterial:


CIAP= Classificação Internacional de Atenção Primária.

CID= Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

É importante lembrar que os sistemas de informação devem ser de pronto preenchidos corretamente, para a construção dos indicadores. Visando compreender o percentual de pessoal hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre, se atentem à utilização dos seguintes códigos no sistema de informações:

- O código SIGTAP para aferição de pressão arterial = 03.01.10.003-9
- Código CIAP 2:
 - K86 Hipertensão sem complicações
 - K87 Hipertensão com complicações
 - W81 Toxemia gravídica/ DHEG
- Código CID 10:
 - I10 - I15 - Doenças hipertensivas

Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias	Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE	Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ
---	---	--

	<p align="center">Procedimento Operacional Padrão</p>	<p>Código: POP- 24</p>	<p>Página: 41 - 42</p>
	<p align="center">AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR</p>	<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>

Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Área: Assistência à Saúde

Objetivo:

- Estabelecer rotinas de execução da aferição da glicemia capilar
- Verificar a concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital, fornecendo resultado imediato.
- Controlar a glicemia de portadores de diabetes, usuários de insulino terapia e de nutrição parenteral ou outras terapêuticas que interfiram no metabolismo da glicose no organismo;

Definição:

Glicemia capilar é um exame sanguíneo que oferece resultado imediato acerca da concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital, através do glicosímetro com fitas que fazem captação elétrica da gota de hemoglobina.

Material:

- Pia com água, sabão líquido e papel toalha;
- Luvas de procedimentos;
- Algodão;
- Bandeja retangular ou mesa auxiliar (mesa de Mayo);
- Glicosímetro;
- Fitas reagentes para glicose, específica ao aparelho utilizado no momento;
- Lancetas estéreis;
- Caneta;
- Caixa para descarte de material perfuro cortante;
- Prontuário do paciente

Procedimentos:


1. Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
2. Reunir os materiais na bandeja. Certificar-se de que a fita reagente está na validade e se o número de código da tira-teste corresponde ao número de código da etiqueta do frasco da tira-teste;
3. Identificar-se para o paciente e conferir o nome completo do mesmo;
4. Explique o procedimento ao paciente, solicitando que ele lave as mãos caso seja necessário;
5. Posicionar o paciente confortavelmente;
6. Higienizar as mãos, conforme protocolo;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Ligar o aparelho introduzindo cuidadosamente a tira teste na guia, na direção da seta, até perceber que a tira-teste se encaixou. Não dobre a tira-teste.
9. Segurar a lanceta sem tampar e fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
10. Fazer assepsia da região selecionada (ex. polpa digital do dedo) com algodão embebido em álcool 70% e deixar secar;


11. Colocar a lanceta em local seguro sobre a bandeja para evitar acidentes;
12. Pingar a gota de sangue no local indicado na fita, sem encostar no aparelho, até preencher toda a fita;
13. Aguardar o aparelho fazer a leitura;
14. Pressionar o local da punção com algodão até hemostasia;
15. Atentar para parada de sangue do paciente em uso de anticoagulante;
16. Informar o resultado obtido ao paciente;
17. Recolher o material e descartar a lanceta em caixa de perfuro cortante;
18. Limpar o glicosímetro com algodão levemente umedecido com álcool;
19. Retirar as luvas de procedimento e descartar em local adequado;
20. Higienizar as mãos, conforme protocolo institucional, e guardar glicosímetro em local adequado;
21. Registrar o horário e valor na anotação de enfermagem e no sistema de informação. Em caso de alterações, comunicar o enfermeiro/médico imediatamente.

Observações:

- O principal local de perfuração em pacientes é na região lateral da polpa digital dos membros superiores. Outro local possível de se realizar é no lóbulo da orelha.
- Em bebês é recomendado perfurar a região plantar (mãos ou pés).
- Rodiziar os locais de perfuração, perguntando ao paciente onde foi o local da última punção, ou por observação direta dos dedos.
- Inclinar a mão do paciente para baixo favorece o enchimento capilar mais rápido.
- Nunca esfregar a fita reagente no sangue que ficou aderido a pele.
- Não dobre nem movimente a tira-teste antes ou durante a aplicação de sangue nem durante o processo de medição.
- Aplique sangue na tira-teste somente quando o símbolo da gota piscar no visor.
- As tiras-teste são sensíveis à umidade (também à umidade do ar). Retire as tiras teste do frasco apenas com as mãos completamente secas. Após retirar uma tira-teste, feche imediatamente o frasco de tira-teste com a tampa original.
- Não é recomendado utilizar sangue de artérias ou veias, o exame é destinado especificamente para obtenção dos padrões da glicemia nos vasos capilares.
- Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, a glicemia normal em jejum não deverá ultrapassar os 100 mg/dL e, duas horas após uma refeição, a glicemia não deverá ultrapassar 140 mg/dL.
- As tiras-teste devem ser requisitadas no Setor de farmácia.
- Conserve as fitas testes sempre em seu frasco original.
- Não guarde outros objetos no frasco (chip de código, tiras usadas, lancetas), caso o mesmo ainda tenha tiras novas.
- Caso apareça alguma mensagem de erro no visor, consulte o manual e instrução. Lembrando que L_O o resultado do teste é inferior a 10 mg/dl e H₁ o resultado de teste é superior a 600 mg/dl.

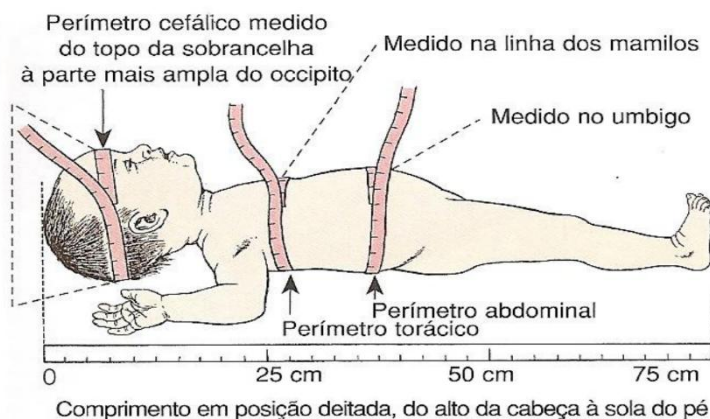
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>
--	--	---

	<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>AFERIÇÃO DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL NO ADULTO</p>	<p>Código: POP- 25</p>	<p>Página: 43</p>
		<p>Data Elaboração : Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo: Verificar a medida da circunferência abdominal.</p>			
<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fita Métrica; • Álcool 70%; • Pia com água, sabão líquido e papel toalha; • Caneta. <p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar higienização das mãos; 2. Orientar o usuário ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado; 3. Promover privacidade e solicitar que afaste a roupa, de forma que a região da cintura fique despida; 4. Orientar o usuário a permanecer de pé, ereto, com o abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente afastadas (25-30 cm); 5. Posicionar-se lateralmente ao paciente e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca; 6. Segure o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre a marcação realizada. 7. Ajustar a fita métrica no mesmo nível em todas as partes; 8. Pedir ao paciente que inspire e, em seguida, que expire totalmente; 9. Realizar a leitura antes que a pessoa inspire novamente; 10. Realizar higienização das mãos; 11. Realizar registro em prontuário físico ou eletrônico, carimbar e assinar. <p><u>Observações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto. 			
<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>	

	<p align="center">Procedimento Operacional Padrão</p> <p align="center">MEDIDAS DO PERÍMETRO CEFÁLICO TORÁCICO E ABDOMINAL DO RN</p>	<p align="center">Código: POP- 26</p>	<p align="center">Página: 44 - 45</p>
		<p align="center">Data Elaboração: Fev/24</p>	<p align="center">Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido e detectar precocemente possíveis atrasos de crescimento. • Fornecer parâmetros para avaliação do estado nutricional e condições de saúde do neonato. 			
<p>Definição: As medidas do perímetro cefálico, torácico e abdominal do recém-nascido tem a finalidade de avaliar se o crescimento e o desenvolvimento estão adequados. Para uma boa avaliação são necessárias medidas seriadas e registro em gráficos próprios.</p>			
<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fita métrica • Caneta • Impressos próprios 			
<p>Procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Para mensuração do perímetro cefálico (PC):</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento aos responsáveis pela criança; 2. Lavar as mãos; 3. Verificar o perímetro cefálico anterior da criança; 4. Forrar a superfície da maca para deitar a criança, em decúbito dorsal ou coloca-la no colo acompanhante; <ul style="list-style-type: none"> Ajustar a fita métrica na cabeça da criança na altura da região occipital, unindo logo acima das sobrancelhas. A fita métrica deve passar pela protuberância occipital e pela região mais proeminente da frente (ver figura 1). 5. Fazer a leitura no ponto de encontro da fita métrica, depois de verificar se sua posição está correta; 6. Retirar a criança da superfície plana e devolvê-la ao colo do acompanhante; 7. Lavar as mãos conforme protocolo da instituição; 8. Registrar o PC no prontuário e colocar no gráfico Perímetro cefálico x Idade observando a posição do ponto, e avaliar. • <u>Para mensuração do perímetro torácico (PT):</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Levantar o tórax do recém-nascido suavemente e passar a fita por trás do mesmo e trazê-la a frente na altura dos mamilos até que a ponta encontre o valor referente à mensuração desejada. 			

- **Para mensuração do perímetro abdominal (PA):**

1. Levantar o tórax do recém-nascido e passar a fita métrica em torno do abdômen, trazendo-a até a frente, na altura da coto umbilical;
2. Ajustar a fita de modo a garantir uma medição confiável.



Observações:

- Quadro de valores de referência para mensuração de perímetros no RN:

PERÍMETROS	VALORES DE REFERÊNCIA
Perímetro Cefálico	33 – 35 cm
Perímetro Torácico	30 – 33 cm
Perímetro Abdominal	28 – 31 cm

Fonte: HOCKENBERRY, 2011

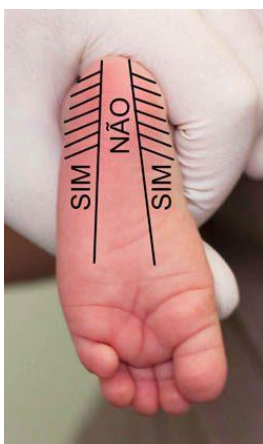
Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias	Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE	Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ
---	---	--

	<p align="center">Procedimento Operacional Padrão</p>	<p>Código: POP- 27</p>	<p>Página: 46 - 48</p>
	<p align="center">COLETA DE TESTE DO PEZINHO</p>	<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padronizar e sistematizar a prática da Coleta do teste do pezinho, com técnica correta a fim de garantir a segurança dos resultados, do paciente e do profissional. • Diagnosticar e tratar precocemente doenças metabólicas, genéticas e infecciosas que podem causar deficiência intelectual, entre outros danos à saúde do bebê, se não forem tratadas desde os seus primeiros dias de vida. 			
<p>Definição:</p> <p>O Teste do Pezinho é um exame gratuito, obrigatório e é oferecido pelo SUS. Deve ser realizado em todos os recém-nascidos, preferencialmente entre o 3º e o 5º dia de vida. É disponibilizado aos bebês o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento gratuitos, para as seguintes doenças genéticas: Fenilcetonúria, hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística, Doenças Falciforme e outras Hemoglobinopatias, deficiência da Biotinidase e Hiperplasia Adrenal Congênita (Ministério da Saúde, 2017).</p>			
<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Luva de procedimentos; • Lanceta com ponta triangular estéril; • Clorexidine alcoólica 0,5% ou álcool 70%; • Algodão; • Gaze estéril; • Cartão específico para coleta, ou Papel filtro PNTN; • Envelope para papel filtro; • Caixa para descarte de material perfuro cortante. 			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explique para a mãe ou responsável da criança sobre o procedimento; 2. Separe todos os materiais necessários para a coleta; 3. Preencha todos os dados da ficha de coleta e em local usualmente utilizado para o registro do serviço (caderno, planilha etc.); 4. Faça a higienização das mãos; 5. Calce as luvas de procedimentos; 			

6. Peça para a mãe ou responsável segurar a criança em pé em posição de arroteo;



7. Se a coleta acontecer durante a estação inverno, procure aquecer o pé do bebê por 5 minutos, para fazer um aumento do fluxo sanguíneo, que favorece a boa coleta;
8. Determine o local a ser puncionado, ou seja, laterais da região plantar do calcanhar (com pouca possibilidade de atingir o osso);



9. Segure o pé e o tornozelo da criança, envolvendo com o dedo indicador e o polegar todo o calcanhar, de forma a imobilizar, mas não prender a circulação;
10. Massageie o calcanhar do bebê suavemente;
11. Limpe a área a ser puncionada com um algodão embebido em álcool 70%, deixando evaporar o excesso;
12. Puncione o calcanhar com a lanceta estéril, com um só movimento contínuo e firme;
13. Despreze a primeira gota de sangue;
14. Preencha todos os círculos com papel filtro;



15. Pressione levemente o local puncionado para fazer hemostasia;
16. Coloque o formulário para secar em estante própria por duas (2) horas.

- ESTANTE PARA SECAGEM DO MATERIAL DE COLETA



17. Coloque o papel filtro dentro do envelope próprio, anexe a lista nominal e encaminhe para setor responsável que fará o envio dos materiais para a APAE – SP.


Observações:

- O teste é feito no pezinho por ser uma região bastante irrigada do corpo, o que facilita o acesso ao sangue para a coleta da amostra.
- No caso de coleta de amostras de gêmeos, atentar para que não ocorra troca na identificação das crianças nas respectivas amostras.
- O papel filtro utilizado para coleta é delicado, devendo ser armazenado em temperatura ambiente, livre de calor e umidade excessiva.
- Uma vez por mês deverá ser verificação o estoque de material e a solicitação de reposição (fazer previsão de estoque para 30 dias).
- A solicitação deverá ser feita para Vigilância Epidemiológica, sempre que possível fazer contato telefônico prévio.
- Salientamos que as amostras de sangue coletadas para o Teste do Pezinho, depois de secas em temperatura ambiente na Estante de Coleta deverão ser armazenadas em geladeira (2°C a 8°C) até o transporte. Dentro da geladeira as amostras podem ser colocadas em saco plástico protegido de situações de degelo da geladeira.

Atenção:

- Todas as informações solicitadas no envelope e papel filtro são importantes e necessárias para que se alcance os resultados desejados;
- Escrever com letra bem legível, preferencialmente com letra de forma, evitando o uso de abreviaturas. Usar apenas caneta esferográfica a fim de garantir boa leitura;
- Torna-se imprescindível colocar informação sobre hemotransusão, pois nestes casos o RN necessitará ser submetido a novo teste após 4 meses da data de transfusão.
- Jamais retome um círculo já coletado para completar a área já preenchida. A superposição de camadas de sangue interfere nos resultados do teste;
- Jamais vire o papel para fazer a coleta dos dois lados.
- Faça a verificação imediata da qualidade da amostra coletada, levando o papel filtro acima da sua cabeça e observando-o contra a luz. Todo o círculo deverá ter um aspecto translúcido na região molhada com o sangue, que deverá estar espalhado de forma homogênea. É necessário que o sangue tenha atravessado o papel filtro. Não é necessário que os limites do sangue coincidam com os limites dos círculos impressos no papel filtro, deve-se evitar o encharcamento de sangue no papel, o que inviabiliza a amostra.

<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>
--	--	---

	Procedimento Operacional Padrão COLETA DE COLPOCITOLÓGICO (EXAME DE PAPANICOLAOU)	Código: POP- 28	Página: 49 - 51
		Data Elaboração: Fev/24	Data Revisão:

Executante: Enfermeiro

Área: Assistência à Saúde

Objetivo:

- Padronizar a coleta citológica;
- Identificar sinais/sintomas de DST, DIP e Câncer do colo útero.

Material:

- Sala de preferência com banheiro;
- Mesa ginecológica;
- Escada de dois degraus;
- Mesa auxiliar;
- Foco de luz com cabo flexível;
- Biombo;
- Cestos de lixo (contaminado, comum);
- Pia com água, sabão líquido e papel toalha;
- Espéculos de tamanhos variados (descartáveis ou metálicos);
- Lâmina de vidro com extremidade fosca;
- Espátula de Aires;
- Escova endocervical;
- Luvas de procedimentos;
- Pinça de cherron;
- Solução fixadora (álcool a 96%);
- Frasco porta lâmina;
- Formulário de requisição de exame citopatológico;
- Lápis grafite preto;
- Avental descartável;
- Lençóis descartáveis

Procedimentos:

Antes da coleta:

1. Certificar-se de que a sala esteja organizada;
2. Recepcionar a paciente com educação e atenção;
3. Realizar orientações do exame e as suas etapas;
4. Realizar anamnese;
5. Preencher de forma adequada e legível o formulário para requisição do exame;

6. Identificar a lâmina com as iniciais do nome da mulher, na extremidade fosca, e também o tubete ou caixa-lâmina;
7. Oferecer avental à mulher e solicitar que ela vista o avental ou camisola e esvaziar a bexiga.

Coleta:


1. Lavar as mãos;
2. Orientar a mulher a se colocar em posição ginecológica na maca;
3. Cobrir a paciente com lençol;
4. Posicionar o foco de luz;
5. Colocar luvas descartáveis;
6. Realizar inspeção da vulva;
7. Escolher o tamanho do espécuro;
8. Introduzir o espécuro na posição vertical e ligeiramente inclinado de maneira a expor o colo do útero;
9. Realizar inspeção da vagina e colo do útero;
10. Utilizar espátula de madeira tipo Ayre para coleta da ectocérvice encaixando a ponta longa da espátula no orifício externo do colo e fazendo raspagem em movimento circular a 360° em torno deste;
11. O esfregaço deve ser realizado no sentido transversal da lâmina, próximo da região fosca;
12. Utilizar escovinha cervical para coleta da endocérvice introduzindo-a no orifício do colo e fazendo movimento giratório de 360°;
13. O esfregaço deve ser realizado no sentido longitudinal, na metade inferior da lâmina;
14. Fixar imediatamente a lâmina com spray fixador, a distância de 20 cm em posição inclinada;
15. Fechar o espécuro, retirá-lo delicadamente, informando que o exame terminou;
16. Descartar o espécuro em lixeira;
17. Retirar as luvas;
18. Lavar as mãos;
19. Orientar sobre possível sangramento após realização do exame;
20. Auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica e encaminhá-lo para se vestir;
21. Orientar a paciente a buscar o resultado do exame de acordo com a rotina da unidade de saúde;
22. Anotar, assinar e carimbar o formulário;
23. Registrar no prontuário o exame realizado e anotar no caderno de controle de coletas e seguimento das mulheres;
24. Acondicionar a lâmina na caixinha ou tubete após a secagem.

Observações

1. Quanto à escolha do tamanho do espécuro:
 - P – para mulheres muito jovens, que não tiveram parto vaginal, que estejam na menopausa ou em mulheres muito magras;
 - M – condições intermediárias, ou em caso de dúvida;
 - G – Multíparas ou obesas.
2. Quanto à coleta:
 - Não realizar exame durante a menstruação – sangue prejudica o diagnóstico – aguardar o quinto dia após o término do fluxo menstrual;

- Não utilizar creme vaginal, lubrificantes, gel ou espermicidas antes (até 48h) ou durante a coleta;
- Mulheres gestantes ou que estejam suspeitando, não realizar coleta de material endocervical;
- Mulheres histerectomizadas com manutenção do colo uterino, a coleta deve ser realizada normalmente, inclusive fazendo a coleta de material endocervical (com a escova ginecológica);
- Mulheres histerectomizadas com retirada total do colo a coleta é realizada no fundo da vagina;
- Mulheres que nunca tiveram relação sexual vaginal a coleta deve ser realizada preferencialmente pelo profissional médico;
- Na presença de qualquer alteração como nódulos, verrugas, pólipos, solicitar avaliação médica;
- Em casos de alterações patológicas transmissíveis encaminhar para tratamento farmacológico, de acordo com a normatização prevista para a Saúde da Mulher.

Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias	Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE	Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ
---	--	--

	<p align="center">Procedimento Operacional Padrão</p>	<p>Código: POP– 29</p>	<p>Página: 52 - 53</p>
	<p align="center">COLETA DE ESCARRO</p>	<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>

Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Área: Assistência à Saúde

Objetivo:

- Padronizar a Coleta de amostra de escarro em quantidade satisfatória para a análise microbiológica.
- Coletar secreção do trato respiratório para realização de exame microbiológico a fim de auxiliar o diagnóstico etiológico de patologias respiratórias.

Material:

Para expectoração espontânea:

- Luva de procedimento;
- Frasco estéril com tampa;
- Etiqueta de identificação;
- Máscara N95.

Para expectoração induzida:

- Luva de procedimento;
- Frasco estéril com tampa;
- Etiqueta de identificação;
- Kit de micronebulização;
- Fluxômetro de oxigênio;
- Solução salina 3 % (Para obtenção da solução a 3%, utilizar: 5 ml de Soro Fisiológico 0,9% + 0,5 ml de NaCl 20%. Não utilizar solução preparada com Água destilada e NaCl devido ao risco de broncoespasmo);
- Máscara N95.

Procedimentos:

Para expectoração espontânea:

1. Orientar o cliente quanto a necessidade do procedimento;
2. Entregar o frasco ao cliente e orientá-lo a colher uma amostra, de preferência a 1^a da manhã, em jejum;
3. Orientar o cliente a realizar a higiene oral, enxaguando várias vezes a boca com água abundante para minimizar a contaminação com a flora bucal. Não utilizar pastas de dentes ou qualquer antisséptico bucal;
4. Orientar a abrir o frasco, tirando a tampa e colocando-a virada para cima;
5. Em seguida, orientar que ele tussa profundamente e expectore diretamente no recipiente da amostra;
6. Fechar bem o frasco, imediatamente após a coleta;
7. Levantar o frasco no dia seguinte para entregar na Unidade;
8. Calçar as luvas;
9. Identificar o frasco contendo nome, data e etiqueta do laboratório;
10. Retirar as luvas e realizar a higienização das mãos;

11. Protocolar e enviar o frasco, juntamente com a solicitação do exame, ao laboratório.


Para expectoração induzida:

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Orientar o cliente quanto a necessidade do procedimento;
3. Identificar o frasco com etiqueta contendo: nome e etiqueta do laboratório;
4. Solicitar ao cliente que fique na posição sentada;
5. A amostra de preferência é a 1ª da manhã, com o cliente em jejum;
6. Calce as luvas de procedimento;
7. Abrir o frasco, tirando a tampa e colocando-a virada para cima;
8. Preparar a solução salina 3% com 5 ml de Soro Fisiológico 0,9% + 0,5 ml de NaCl 20%;
9. Abrir a embalagem do kit de micronebulização;
10. Colocar a solução salina 3% no frasco do micronebulização e fechar;
11. Adaptar o fluxômetro a saída de oxigênio;
12. Conectar o circuito do micronebulização ao fluxômetro e regular o fluxo de O₂;
13. Ajustar a máscara do micronebulização ao rosto do cliente, orientando-o a permanecer com a mesma junto a face até o término da nebulização;
14. Em seguida, peça ao cliente para que tussa profundamente e expectore diretamente no recipiente da amostra;
15. Fechar bem o frasco, imediatamente após a coleta;
16. Retirar as luvas e realizar a higienização das mãos;
17. Protocolar e enviar o frasco, juntamente com a solicitação do exame, ao laboratório o quanto antes.

Observações:

- O frasco contendo a amostra poderá ser conservado em temperatura ambiente por até 2 horas após a coleta. Para períodos maiores, refrigerar (2°C a 8 °C) por até 12 horas;
- Orientar o cliente, se não houver contraindicação, a ingerir bastante líquido desde a noite anterior, pois a boa hidratação facilita a coleta;
- Nos casos de suspeita de infecção por micobactéria ou fungo, coletar pelo menos três amostras, em dias consecutivos (1 amostra diária);
- A amostra da manhã, geralmente é a mais rica em bacilos porque é composta da secreção acumulada na árvore brônquica por toda a noite;
- Uma boa amostra de escarro consta de material proveniente da árvore brônquica. Para que a qualidade seja satisfatória é necessário que contenha material mucopurulento, escarro com aspecto de saliva deverá ser rejeitado. Em condições ideais uma amostra de escarro deve ter um volume de 5 a 10 ml, porém são aceitáveis amostras menores se a qualidade for satisfatória;
- Recomenda-se que as amostras sejam coletadas em locais arejados, se possível, abrir as janelas para reduzir a concentração de partículas infectantes.

<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>
--	--	---

	<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL</p>	<p>Código: POP- 30</p>	<p>Página: 54 - 55</p>
		<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer rotinas de administração de medicamentos pela via oral. • Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos pela via ocular. 			
<p>Definição: Via Oral é a via em que toda administração de medicamentos acontece através da deglutição ou da sua colocação diretamente no estômago, por meio de sondas. A absorção acontece na boca, estômago e intestino delgado. Para o preparo da medicação usa-se técnica limpa, dispensando-se a técnica estéril, já que a cavidade oral não é estéril.</p>			
<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescrição médica; • Bandeja; • Medicação; • Copo descartável graduado; • Conta gotas; • Copo descartável com água 			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos; 2. Ler a prescrição médica que deve conter o nome do cliente, nome do medicamento, dose, via de administração, horário, frequência da administração; 3. Realizar registro adequado no caso de medicações controladas; 4. Reunir o material necessário; 5. Fazer a desinfecção do balcão de preparo de medicamentos e da bandeja; 6. Conferir o nome do medicamento, dose, via e prazo de validade; 7. Colocar em uma bandeja o copo descartável contendo o medicamento com a identificação; 8. Deixar para retirar o invólucro do medicamento (no caso de comprimidos, cápsulas, drágeas, pó) diante do cliente, antes de administrá-lo; 9. Evitar o contato dos dedos diretamente com a medicação; 10. Observar que alguns comprimidos são sulcados (possuem uma linha dividindo-o), de modo que possam ser partidos. 11. Caso não haja sulco, não partí-lo pois não é possível uma medida exata; 12. Preparar o medicamento na apresentação de gotas, xaropes e suspensão ao nível dos olhos fazendo exatamente a medida prescrita. Ler cuidadosamente o rótulo do frasco antes de prepará-lo; 13. Conferir o nome completo do cliente, medicamento e via de administração; 			


14. Identificar o grau de dependência do cliente (verificar condições clínicas para prevenção de complicações e administração do medicamento adequado, principalmente nível de consciência, reflexo de deglutição, presença de náuseas, vômitos e sinais vitais);
15. Explicar ao cliente e ao acompanhante o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
16. Oferecer a medicação ao cliente;
17. Oferecer água até a completa deglutição do medicamento;
18. Permanecer ao lado do cliente até que o medicamento seja deglutido;
19. Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
20. Higienizar as mãos;
21. Checar a prescrição médica;
22. Registrar o procedimento realizado, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário individual e eletrônico.

Observações:

Equivalência de medidas:

- 1 colher de sopa = 15 ml
- 1 colher de sobremesa = 10ml
- 1 colher de chá = 5ml
- 1 colher de café = 3ml
- 1 ml = 20 gotas
- 1 gota = 3 microgotas


<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>
--	--	---

	<p align="center">Procedimento Operacional Padrão</p> <p align="center">ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA</p>	<p>Código: POP- 31</p>	<p>Página: 56 - 57</p>
		<p>Data Elaboração: : Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padronizar a administração de medicamentos pela via inalatória. • Promover a fluidificação de secreção das vias aéreas superiores e inferiores. • Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos pela via inalatória. 			
<p>Definição: Administração de medicamentos por via inalatória consiste em administrar partículas líquidas através de aparelho de nebulização para efeito terapêutico em pacientes com problemas respiratórios e anestesia geral.</p>			
<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de nebulização (copo, máscara, conexão); • Seringa; • Soro fisiológico a 0,9%; • Medicação prescrita; • Pia com água, sabão líquido e papel toalha. 			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revise as informações pertinentes relacionadas com o medicamento: ação, finalidade, efeitos colaterais, etc; 2. Explicar o procedimento ao paciente; 3. Quando previamente instruído na autoadministração, avalie a capacidade do paciente de usar o inalador (p. ex. segurar, manipular e pressionar o frasco; força da inalação); 4. Higienizar as mãos previamente ao procedimento; 5. Preparar a medicação conforme a prescrição médica; 6. Ligar o copo nebulizador à extensão de látex acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio, conforme prescrição; 7. Regular o fluxo (5 a 10 litros/ min.); 8. Orientar o paciente a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento; 9. Ao término, oferecer papel toalha para o paciente secar a umidade do rosto; 10. Colocar copo e máscara de nebulização para lavagem e desinfecção; 9 11. Higienizar as mãos; 12. Recompôr o ambiente; 13. Checar a medicação na receita; 14. Registrar o procedimento realizado, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário individual e eletrônico. 			

Observações:

- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico.
- Em caso de oxigênio, o fluxo (L/min) deve estar prescrito.
- Caso a solução para diluição esteja em um frasco que será fracionado para vários procedimentos, identificar frasco com data e horário de abertura e validade.
- Verificar frequência cardíaca antes e depois do tratamento em pacientes que usam broncodiladores pela primeira vez, em função dos seus efeitos colaterais (angústia, dor precordial, palpitação, taquicardia e vertigens).

Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias	Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE	Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ
---	--	--

	<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR</p>	<p>Código: POP- 32</p>	<p>Página: 58 - 59</p>
		<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo: -</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via ocular; • Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos pela via ocular. 			
<p>Definição: É a aplicação de medicamentos nos olhos, sob a forma de colírio ou pomada. Utilizado para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dilatar ou contrair as pupilas; • Acelerar a cicatrização; • Combater infecções; • Lubrificar os olhos. <p>Material:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prescrição médica; 2. Bandeja ou cuba rim; 3. Medicamento prescrito; 4. Gaze não estéril; 5. Hastes flexíveis com algodão na ponta; 6. Solução fisiológica 0.9%; 7. Espátula; 8. Luvas de procedimento; 9. Lenços descartáveis / papel toalha <p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Informar ao paciente e acompanhante do procedimento e a sua finalidade; 11. Higienizar as mãos; 12. Reunir materiais necessários; 13. Colocar o paciente na posição sentada ou decúbito dorsal; 14. Calçar as luvas de procedimentos, se necessário; 15. Orientar o cliente a inclinar a cabeça para trás e para o lado do olho afetado, se for o caso; 16. Aplicar o medicamento. <p>Colírio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Abrir o frasco, sem contaminar a sua parte superior; 18. Orientar o cliente a olhar para cima e para o lado externo; 19. Puxar a pálpebra com a mão não dominante, instilar as gotas prescritas a distância de 1 a 2 cm; 20. Liberar a pálpebra e solicitar ao cliente que feche os olhos delicadamente, sem apertar as pálpebras; 			

21. Repetir os passos no outro olho;
22. Remover o excesso da medicação no canto do olho externo, se houver, utilizando gazes ou lenços descartáveis;
23. Solicitar ao cliente que permaneça com os olhos fechados por 3 minutos.


Pomada oftálmica:

24. Abrir a bisnaga do medicamento, sem contaminar a ponta;
25. Orientar o cliente a olhar para cima;
26. Puxar a pálpebra inferior com a mão não dominante;
27. Aplicar uma pequena quantidade de pomada ou longo da borda do saco conjuntival, a partir da comissura palpebral interna;
28. Liberar a pálpebra e solicitar ao cliente que feche os olhos delicadamente, sem apertar as pálpebras;
29. Repetir os passos no outro olho;
30. Solicitar que o cliente movimente os olhos em círculos com as pálpebras fechadas;
31. Repetir os passos no outro olho;
32. Remover o excesso da medicação no canto do olho externo, se houver, utilizando gazes ou lenços descartáveis.
33. Recolher os materiais;
34. Retirar as luvas;
35. Dar destino adequado aos materiais;
36. Higienizar as mãos;
37. Checar a prescrição;
38. Registrar o procedimento realizado, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário individual e eletrônico.

Observações:

- Não encostar o recipiente da medicação no olho do paciente.
- Medicação ocular é exclusiva de cada paciente.
- O preparo e acondicionamento das medicações são de responsabilidade da enfermagem, mantendo-a em locais limpos e secos e sem umidade.
- No caso do paciente ter que utilizar colírio e pomada no mesmo tratamento, pingar primeiro o colírio e, após 5 minutos, fazer uso da pomada. Nunca inverter a ordem, uma vez que a pomada adere à superfície ocular, promovendo uma barreira que impedirá o contato do colírio com a área tratada.

<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>
--	--	---

	<p align="center">Procedimento Operacional Padrão</p> <p align="center">ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA</p>	<p>Código: POP- 33</p>	<p>Página: 60 - 62</p>
		<p>Data Elaboração: : Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via intradérmica; • Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos 			
<p>Definição: Pela via intradérmica a administração ocorre em pequena quantidade entre a pele e o tecido subcutâneo. É uma via de absorção muito lenta. Tem como funções:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auxiliar no diagnóstico; 2. Verificar sensibilidade a alérgenos e reações de hipersensibilidade; 3. Dessensibilizar; 4. Aplicar medicamentos e vacinas. 			
<p>Material:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prescrição médica; 2. Bandeja, 3. Medicamento conforme prescrito; 4. Seringa de 1 ou 3ml; 5. 1 agulha para aspirar medicação (40mm x 12mm ou 30mm x 10mm); 6. 1 agulha para administrar medicação intradérmica (13mm x 4,5mm, 10mmx5mm ou 15mmx3mm); 7. Algodão; 8. Compressa não estéril; 9. Álcool 70%; 10. Luvas de procedimento. 			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos; 2. Ler a prescrição médica que deve conter o nome do cliente, nome do medicamento, dose, via de administração, horário, frequência da administração; 3. Reunir o material necessário; 4. Fazer a desinfecção do balcão de preparo de medicamentos e da bandeja com álcool 70%; 5. Conferir o nome do medicamento, dose, via e prazo de validade; 6. Fazer a desinfecção da ampola/frasco ampola com algodão umedecido com álcool 70%; 7. Nos casos de frasco-ampola retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão ou extrator de grampos e após, fazer a desinfecção; 8. Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la à agulha para aspiração do medicamento, observando-se a técnica asséptica, protegendo-a em sua embalagem original; 9. Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão ou gaze, pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante; 			

10. Retirar o protetor da agulha e mantê-lo dentro de sua embalagem original e coloca-la na bandeja;
11. Aspirar o medicamento segurando a ampola ou frasco-ampola com os dedos indicador e médio da mão não dominante, segurar a seringa com os dedos polegar e anular da mão não dominante e com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante, tracionar a extremidade do êmbolo sem contaminar sua extensão, aspirando o medicamento;
12. Reencapar passivamente a agulha, colocando a ponta da agulha na entrada da tampa até cobri-la completamente;
13. Colocar a seringa na posição vertical e retirar o ar;
14. Trocar a agulha utilizada para aspiração pela agulha que será ministrado o medicamento (13mm x 4,5mm, 10mmx5mm ou 15mmx3mm);
15. Proteger o êmbolo da seringa com sua embalagem original;
16. Reunir na bandeja o medicamento preparado, bolas de algodão, álcool 70%;
17. Explicar ao cliente e ao acompanhante o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
18. Posicionar o cliente de maneira confortável e adequada para a realização do procedimento;
19. Escolher o local para administração do medicamento;
20. Calçar luvas de procedimento;
21. Retirar o conjunto de seringa e agulha da embalagem;
22. Fazer a antisepsia da região utilizando algodão com álcool 70%, fazer movimento em espiral com bola de algodão, iniciando pelo ponto onde será feita a aplicação, desprezando o algodão;
23. Distender a pele do local de aplicação, com ajuda dos dedos polegar e indicador;
24. Introduzir 1/3 da agulha na pele, com bisel voltado para cima, em ângulo de 15°, quase paralelamente à pele. Não é necessário aspirar após a introdução da agulha, devido às condições anatômicas da derme, relacionada a vasos e nervos;
25. Injetar lentamente até formar uma pequena pápula logo abaixo da pele;




26. Retirar a agulha em movimento rápido e único;
27. Deixar o cliente em posição confortável;
28. Desprezar o conjunto de seringa e agulha (sem encapá-la) na caixa de descarte de material perfuro cortante;
29. Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
30. Retirar as luvas de procedimento;
31. Higienizar as mãos;
32. Checar a prescrição médica;
33. Registrar o procedimento realizado, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário individual e eletrônico.

Observações:

- O volume máximo indicado para administração no tecido intradérmico é de 0,5ml;
- Em clientes hipersensíveis aos antígenos utilizados em teste alérgico pode-se desenvolver uma reação anafilática grave, o que requer procedimentos emergenciais de reanimação;
- Em casos de teste de sensibilidade e vacinas (imunobiológicos), não se deve utilizar antissépticos, sendo necessário apenas lavar com água e sabão e secar;
- Não massagear o local de aplicação do medicamento. Isto pode causar irritação no tecido subjacente, podendo comprometer o efeito dos testes alérgicos.
- Locais de aplicação:
 - ✓ Parte ventral do antebraço
 - ✓ Parte superior do tórax
 - ✓ Parte superior do braço
 - ✓ Parte superior da região escapular



Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias	Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE	Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ
---	---	--

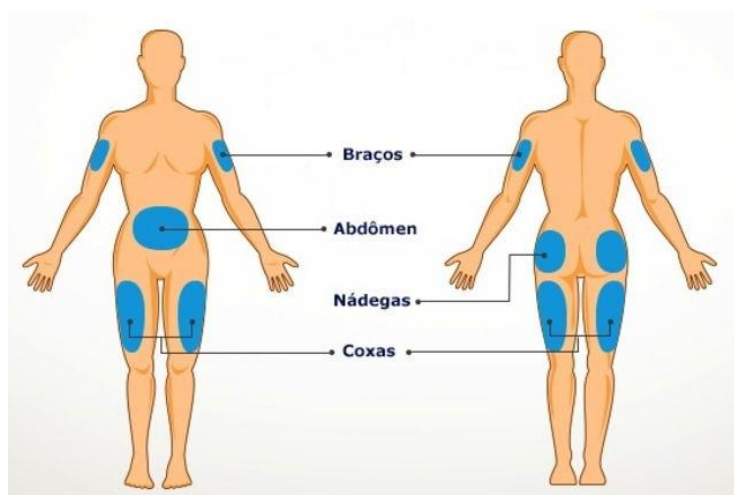
	<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA</p>	<p>Código: POP- 34</p>	<p>Página: 63 - 65</p>
		<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via subcutânea. • Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos por essa via. 			
<p>Definição: É a aplicação de medicamento no tecido subcutâneo, permite uma absorção gradual e sistêmica de medicamentos, sendo mais rápida do que pela via enteral. Via utilizada por pacientes com necessidades de administração de insulina, anticoagulantes, vacinas ou outros medicamentos indicados por esta via.</p>			
<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescrição médica; • Bandeja ou cuba rim; • Medicamento conforme prescrito; • 1 seringa de 1ml ou 3 ml com agulha acoplada; • Luvas de procedimento; • Algodão; • Álcool 70%; • 1 agulha para aspirar medicação (40mm x 12mm); • 1 agulha para administrar medicação subcutânea (para soluções aquosas 20mm x 6mm, 20mm x 7mm, 13mm x 4,5mm, 10mm x 6mm ou 10mm x 7mm e para soluções oleosas 20mm x 8mm ou 10mm x 8mm e para obesos 25mm x 6mm ou 25mm x 8mm). 			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos; 2. Ler a prescrição médica que deve conter o nome do paciente, nome do medicamento, dose, via de administração, horário, frequência da administração; 3. Reunir o material necessário; 4. Realizar registro adequado no caso de medicações controladas; 5. Fazer a desinfecção do balcão de preparo de medicamentos e da bandeja com álcool 70%; 6. Fazer a desinfecção da ampola/frasco ampola com algodão umedecido com álcool 70%. Nos casos de frasco-ampola retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão ou extrator de grampos e após, fazer a desinfecção; 7. Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la à agulha para aspiração do medicamento, observando-se a técnica asséptica, protegendo-a em sua embalagem original; 8. Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão ou gaze, pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante; 			

9. Retirar o protetor da agulha e mantê-lo dentro de sua embalagem original sobre o balcão de preparo do medicamento ou dentro da bandeja;
10. Aspirar o medicamento segurando a ampola ou frasco-ampola com os dedos indicador e médio da mão não dominante, segurar a seringa com os dedos polegar e anular da mão não dominante e com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante, tracionar a extremidade do êmbolo sem contaminar sua extensão, aspirando o medicamento;
11. Reencapar passivamente a agulha, colocando a ponta da agulha na entrada da tampa até cobri-la completamente;
12. Colocar a seringa na posição vertical e retirar o ar;
13. Trocar a agulha utilizada para aspiração pela agulha que será ministrado o medicamento. No caso do uso de seringa com agulha acoplada não há necessidade de troca de agulha;
14. Proteger o êmbolo da seringa com sua embalagem original;
15. Reunir na bandeja o medicamento preparado, bolas de algodão e álcool 70%;
16. Explicar ao cliente e ao acompanhante o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
17. Posicionar o cliente sentado ou deitado de maneira confortável e adequada para a realização do procedimento dependendo do local onde será efetuada a aplicação da medicação;
18. Escolher o local para administração do medicamento conforme as características do paciente e o rodízio realizado;
19. Expor o local de aplicação;
20. Calçar luvas de procedimento;
21. Retirar o conjunto de seringa e agulha da embalagem;
22. Fazer a antisepsia da região utilizando algodão com álcool 70%, fazer movimento em espiral com bola de algodão, iniciando pelo ponto onde será feita a aplicação, desprezando o algodão;
23. Pressionar a pele segurando-a e mantendo-a suspensa entre os dedos indicador e polegar, formando uma prega (Coxim). Em indivíduos caquéticos além de fazer a prega com a pele deve-se introduzir a agulha em posição paralela à pele;
24. Introduzir a agulha rapidamente na área escolhida, com ângulo indicado para a espessura da tela subcutânea, que pode ser: indivíduos magros – ângulo de 30°, indivíduos com pesos normais – ângulo de 45°, indivíduos obesos – ângulo de 90°, se a agulha for 10mm x 5mm ou menor - ângulo de 90°, independente da espessura da tela subcutânea;
25. Soltar a prega e puxar o êmbolo (aspirar), caso não haja retorno de sangue injetar lentamente a medicação. Caso, acidentalmente, tenha atingido um vaso sanguíneo, trocar a agulha e reiniciar o procedimento, pois as soluções oleosas ou em suspensão, se administradas por via EV, podem causar embolia. Na administração de heparina ou qualquer outro anticoagulante, não se traciona o êmbolo da seringa, para evitar lesão tecidual;
26. Retirar a agulha em movimento rápido e único;
27. Acionar o dispositivo de segurança da agulha;
28. Comprimir levemente o local com algodão para facilitar a hemostasia;
29. Não massagear o local quando da aplicação de heparina e da insulina, o que pode acelerar a absorção da droga;
30. Observar as reações do cliente; 36. Desprezar o conjunto de seringa e agulha (sem encapá-la) na caixa de descarte de material perfurocortante;
31. Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
32. Retirar as luvas de procedimento;
33. Higienizar as mãos;
34. Checar a prescrição médica;


35. Registrar o procedimento realizado, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário individual e eletrônico

Observações:

- A absorção da medicação é mais lenta que pela via IM e EV;
- O volume injetado pode ser frações de ml, podendo variar conforme as condições de tecido subcutâneo de cada cliente, geralmente aplica-se até 3ml;
- Não tolera substâncias irritantes e medicamentos que retardam a absorção;
- Toleram tanto substâncias aquosas como oleosas, cristalinas ou coloidais;
- Somente soluções isotônicas (SF 0,9% e SG 0,5%) podem ser introduzidas nesta via;
- Em idosos ou clientes muito emagrecidos deve-se realizar exame físico para avaliar o local mais adequado para aplicação ou seja onde houver melhores condições cutâneas musculares;
- Realizar rodízio da aplicação das injeções para evitar lesões.
- Locais de Aplicação:
 - ✓ Face superior externa do braço;
 - ✓ Região anterior da coxa;
 - ✓ Face externa da coxa;
 - ✓ Região abdominal (entre os rebordos costais e as cristas ilíacas);
 - ✓ Região superior do dorso.



<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>
--	--	---

	<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR</p>	<p>Código: POP- 35</p>	<p>Página: 66 - 75</p>
		<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>			
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via intramuscular. • Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos. 			
<p>Definição: É a aplicação de medicamento no tecido muscular, devendo-se levar em conta: massa muscular suficientemente grande para absorver o medicamento, espessura do tecido adiposo, idade do paciente, irritabilidade da droga e distância em relação a vasos e nervos importantes, na escolha do local para a aplicação.</p>			
<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescrição médica legível (exceto os imunobiológicos que usamos no Calendário do Programa Nacional de Imunização (PNI)); • Luvas de procedimentos; • Bandeja ou cuba rim; • Algodão embebido em álcool a 70% (dispensável para aplicação de imunobiológico); • Seringas descartáveis de 1, 3 ou 5 ml (dependendo do volume a ser injetado) • Agulha 40X12 (diluição); • Agulha para aplicação com comprimento e calibre adequados (a escolha dependerá da solução, local de aplicação e idade); • Medicação e/ou medicações prescritas a serem preparadas. • Diluente para o Medicamento (se necessário); • Algodão Seco. 			
<p>Procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição médica que deve conter o nome do paciente, nome do medicamento, dose, via de administração, horário, frequência da administração; • Avaliar possíveis alergias ao medicamento a ser administrado; • Realizar higienização das mãos conforme POP; • Fazer a desinfecção do balcão de preparo de medicamentos e da bandeja com álcool 70%; • Separar o material necessário, colocando-o na bandeja; • Conferir o nome do medicamento, dose, via e prazo de validade; • Fazer a desinfecção da ampola/frasco ampola com algodão umedecido com álcool 70%. Nos casos de frasco-ampola retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão ou extrator de grampos e após, fazer a desinfecção; • Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la à agulha para aspiração do medicamento (40x12), observando-se a técnica asséptica, protegendo-a em sua embalagem original; 			

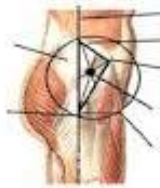
- Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão ou gaze, pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante;
- Retirar o protetor da agulha e mantê-lo dentro de sua embalagem original sobre o balcão de preparo do medicamento ou dentro da bandeja;
- Aspirar o medicamento segurando a ampola ou frasco-ampola com os dedos indicador e médio da mão não dominante, segurar a seringa com os dedos polegar e anular da mão não dominante e com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante, tracionar a extremidade do êmbolo sem contaminar sua extensão, aspirando o medicamento;
- Se necessário, dilua o medicamento para obter a dose prescrita;
- Reencapar passivamente a agulha, colocando a ponta da agulha na entrada da tampa até cobri-la completamente;
- Trocar agulha de diluição por agulha de aplicação com calibre adequado ao paciente;
- Colocar a seringa na posição vertical e retirar o ar;
- Levar a bandeja próximo ao paciente;
- Manter a privacidade do usuário;
- Conferir o nome completo do paciente, medicamento e via de administração;
- Explicar ao paciente e ao acompanhante o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
- Posicionar o cliente de maneira confortável e adequada para a realização do procedimento, de acordo com o local de aplicação: Deltoide - sentado ou em pé; Vasto lateral da coxa – Deitado em decúbito dorsal; Dorso glúteo ou ventre glúteo - Deitado em decúbito ventral ou lateral ou em pé;
- Calçar luvas de procedimento;
- Expor a área e delimitar o local para aplicação de acordo com o músculo:
 - ✓ Deltoide: Localizar e delimitar o processo acromial, medir 2 a 3 dedos (2,5 a 5 cm abaixo). Aplicar na região central do músculo;
 - ✓ Vasto lateral da coxa: Dividir a coxa lateralmente em três partes, tomando como referência o trocânter maior e a articulação do joelho. Aplicar no centro do terço médio;
 - ✓ Dorso glúteo: Traçar uma linha imaginária da espinha ílica pósterossuperior até o grande trocânter do fêmur e fazer a aplicação intramuscular acima dessa linha. Ou dividir a nádega em quadrantes traçando uma linha horizontal do trocânter do fêmur até as vértebras sacrais, e uma linha vertical da crista ílica até a parte central do sulco infraglúteo. Aplicar no quadrante supralateral;
 - ✓ Ventro glúteo: Colocar a mão não dominante no quadril contralateral do cliente (mão esquerda no quadril direito) apoiando a extremidade do dedo indicador sobre a espinha ílica anterossuperior e o dedo médio acima da crista ílica, espalmar a mão sobre a base do grande trôcanter do fêmur, formando um triângulo invertido em “V”. Aplicar no triângulo formado, ou seja, entre os dedos;



Região Deltoide
Músculo Deltoide



Face Antero Lateral da Coxa
Músculo Vasto Lateral da Coxa



Ventroglúteo
Músculos glúteos médio e mínimo



Região Dorso glúteo
Músculo Glúteo Máximo

- Realizar antissepsia local com algodão embebido em álcool a 70%, com movimentos em um único sentido;
- Segurar a bola de algodão entre o terceiro e quarto dedo da mão não dominante;

- Remover a capa ou bainha da agulha, puxando-a em linha reta para trás;
- Segurar a seringa entre o polegar e o dedo indicador da mão dominante;
- Introduzir a agulha em um ângulo de 90° em relação ao músculo com bisel lateralizado;
- Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento no músculo, para certificar-se que nenhum vaso sanguíneo foi atingido. Com a mão não dominante, puxe o êmbolo discretamente até retorno de bolhas de ar (este procedimento está em desuso para aplicação de imunobiológico);
- Depois que a agulha perfurar a pele, mantenha polegar e o dedo indicador da mão dominante firme para segurar o canhão e o corpo da seringa (sem que haja troca de mão);
- Caso ocorra o refluxo de sangue, não faça a aplicação. Retire a agulha e reinicie o processo;
- Injetar o líquido empurrando lentamente o êmbolo com a mão posta à que segura a seringa;
- Retirar a agulha em movimento único, rápido e firme;
- Realizar, com algodão seco, suave pressão local (sem massagear) até que se conclua hemostasia;
- Ocluir com curativo próprio se disponível;
- Descartar a agulha sem capa ou a agulha envolta em bainha de segurança presa à seringa dentro do recipiente para materiais cortantes e perfurantes (não desconectar nem reencapar a agulha da seringa);
- Observar possíveis reações que o paciente possa apresentar durante a administração;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Limpar a bandeja com álcool a 70%;
- Checar a prescrição médica;
- Registrar o procedimento realizado, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário individual e eletrônico.

Observações:

- Quando as injeções forem administradas com frequência, alterne os locais. Use a região ventro-glútea se possível;
- Injeções intramusculares não devem ser administradas em locais inflamados, edemaciados ou irritados, nem em locais que contenham verrugas, sinais congênitos, cicatrizes ou outras lesões;
- A aplicação no músculo deltoide é contraindicada em pacientes com complicações vasculares nos membros superiores, pacientes com parestesia ou paralisia dos braços, mastectomizados ou com fístula artério-venosa;
- Respeite o direito de recusa do paciente (indague e registre os motivos no prontuário);
- Registre qualquer tipo de reação que o paciente apresentar após a aplicação do medicamento;
- Se o volume a ser administrado ultrapassar a capacidade do músculo, a dose deverá ser fracionada e aplicada em mais de um local;
- A prega para injeção IM, embora muito utilizada, pode aumentar o risco de administração do fármaco no tecido subcutâneo, especialmente se estiver sendo utilizado uma agulha de menor comprimento. Assim, deve ser reservado apenas para pacientes idosos, edemaciados ou que tenham pouca massa muscular, de forma a auxiliar na exposição do músculo para a injeção;
- Em crianças, escolher os locais de aplicação, de acordo com a idade, o peso, o desenvolvimento muscular, a quantidade do tecido subcutâneo e o tipo do medicamento. Em crianças menores de 2 anos utilizar o músculo vasto lateral da coxa e nos maiores de 3 anos, que andam no mínimo há um ano, escolher o dorso glúteo e o ventro glúteo, preferencialmente;
- Quando tratar-se de bebês prematuros ou recém-nascido, pode ser necessária a utilização da agulha 13x4,5mm (prematuros extremos) ou a angulação de 45° naquelas em que a musculatura não suporta o ângulo de 90°;

- Vacinas: Em caso da aplicação de imunobiológicos, não há necessidade de antissepsia com álcool a 70%, devendo a área ser limpa com água e sabão, se houver sujidade perceptível;
- Utilizar o método em “Z” em clientes que recebem injeções por período prolongado, idosos com massa muscular reduzida e para a aplicação de certos agentes, como o ferro. Esse método vem sendo recomendado para o uso de todas as injeções intramusculares.



- Volume aconselhável: depende das características do paciente e do músculo.
 - Em adultos eutróficos:
 - Região dorsoglúteo e ventroglúteo: até 5 ml;
 - Vasto lateral da coxa: até 4 ml;
 - Deltoide: até 3 ml.
 - Crianças, idosos e hipotróficos:
 - Evitar fazer mais do que 2 ml em cada local.

VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS LOCAIS DE APLICAÇÃO DA INJEÇÃO INTRAMUSCULAR

Vantagens	Desvantagens
Ventroglútea (“Local de Hochstetter”)	
<ul style="list-style-type: none"> • Considerado o local mais seguro. Correspondente ao glúteo médio; • Espessura muscular grande, em média 4 cm na zona central; • Tecido adiposo é menos espesso que o do glúteo; • Região limitada por estruturas ósseas, que a separa de grandes vasos sanguíneos ou nervos; • Direção das fibras musculares, evita o deslocamento da medicação para a região do nervo ciático livrando-o de irritação; • Epiderme pobre em germes patogênicos anaeróbios em relação à região DG, pois é menos passível de ser contaminada com fezes e urina; 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento pelos profissionais da anatomia e farmacologia, bem como falta de prática e habilidade para execução da técnica.

<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser aplicada em qualquer decúbito, sem necessidade de movimentar o paciente. 	
Dorsoglútea	
<ul style="list-style-type: none"> • Segunda opção em termos de segurança para aplicação IM; • Aplicação em um grande músculo (glúteo máximo). 	<ul style="list-style-type: none"> • Deve ser utilizado apenas para crianças maiores de 3 anos e que já andam há pelo menos 1 ano; • Próximo a grandes vasos (artéria glútea) e nervos (ciático); • A grande variabilidade na espessura do tecido subcutâneo dificulta o acesso à profundidade da massa muscular glútea; • Absorção relativamente lenta do medicamento em comparação com outros músculos e consequentemente, o mais baixo nível sérico de todas as regiões de aplicação de injeção IM; • Associada à lesão do nervo ciático e da artéria glútea superior.
Vasto Lateral da Coxa	
<ul style="list-style-type: none"> • Local preconizado para menores de 2 anos, devido à maior proporção muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Região dolorosa devido à presença do nervo cutâneo lateral.
Deltoide	
<ul style="list-style-type: none"> • Fácil acesso; • Bem aceito por profissionais e usuários. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suporta volume pequeno; • Próximo ao nervo radial e artéria braquial; • Evitar o membro pós mastectomia ou fístula arteriovenosa.

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES E CUIDADOS PROFILÁTICOS

Tipos de complicações	Causas	Cuidados principais
Dor	<ul style="list-style-type: none"> • A pele e tecido subcutâneo são ricamente inervados e os receptores da dor são estimulados pela agulha, quando penetra e diseca o tecido conectivo. O músculo é menos inervado, mas a infusão de 	<ul style="list-style-type: none"> • Proceder a diluição conforme orientação do fabricante. Produtos mais diluídos, embora sejam melhor absorvíveis, podem aumentar a dor pelo aumento da distensão no tecido. Por outro lado, soluções pouco diluídas podem provocar maior irritação local e consequentemente dor, bem como outras complicações como nodulações; • Velocidade muito rápida da injeção (maior que 10 segundos por ml).


	<p>solução no espaço intersticial pode ser muito dolorosa, pela irritação devida à própria solução, ao pH ou à tonicidade alta para a solução fisiológica;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Local de aplicação errado em relação a qualidade da medicação injetada: há medicações que exigem grande massa muscular, uma vez que uma superfície possibilita acentuada velocidade de absorção. 		
Hematomas e Hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> • Ocorrem por extravasamento de sangue após lesão de capilares e vasos; • Não realizar hemostasia; • Realizar hemostasia de forma incorreta utilizando-se de massagem e não pressão local. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escolha correta do local, longe de vasos sanguíneos maiores; • Após a retirada da agulha fazer a hemostasia com uma leve pressão, por cerca de 10 segundos, pois causa menos trauma e irritação aos tecidos e não empurra a medicação para o subcutâneo. 	
Necrose Tecidual	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de substâncias trombogênicas, injetadas na luz do vaso ou intramural, que conduziriam à trombose local 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso adequado da técnica: aspirar o êmbolo antes de injetar a medicação; • Administração do produto lentamente; • Verificar que alguns tipos de medicações são preconizados via intramuscular profunda com 	

	<p>e embolia periférica;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Velocidade da injeção; • Injeção acidental intra-arterial ou intravenosa. <p>Ex: não aspirar o êmbolo antes de injetar a medicação, pois, uma vez introduzida no vaso, ela poderá causar uma embolia seguida de isquemia e necrose.</p>	<p>agulhas específicas como por exemplo aquelas que contêm ferro.</p>	
<p>Fibrose muscular, seguida de contratura do músculo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É o resultado de processo isquêmico ou miosite química no local. Daí se forma tecido fibroso, atrofia as fibras musculares e resulta em contratura do músculo; • Massageio local vigoroso após a injeção resultando em extravasamento de substância potencialmente irritante para tecido subcutâneo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Múltiplas injeções em um só local: após repetidas injeções no mesmo local, manchas, depressões, fibrose e outras complicações podem ocorrer devido a concentração, pH, natureza química da droga e cinética de absorção; • Observar as medicações que exigem técnica IM profunda (ex: alguns hormônios, à base de ferro) e utilizar a “técnica em Z” na região Ventroglúteo ou dorsoglútea com a escolha correta da agulha. 	
<p>Reação inflamatória local: dor, edema, calor hiperemia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Volume injetado acima do suportado pelo local, o que resulta em compressão de vasos e nervos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer o posicionamento adequado do usuário conforme a técnica 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Local inapropriado da injeção e propriedade irritante da droga. Ex: Cefalotina. 		
Formação de abscesso – Infecção por Estafilococos ou outros patógenos	<ul style="list-style-type: none"> • Patógenos introduzidos pela agulha contaminada principalmente por bactérias presentes em região glútea contaminada com fezes e urina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em pessoa acamada ou com higiene precária, dar preferência aos locais mais limpos como ventroglúteo, vasto lateral da coxa e deltoidea. • Caso escolha a região dorsoglútea, fazer uma boa higiene local com água e sabão seguida ou não do uso de álcool 70%. 	
Alteração da sensibilidade e mobilidade do membro.	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão de nervos próximos ao músculo utilizado devido injeção de volume acima do suportado pelo músculo ou aplicação muito próxima ao nervo atingido 	<ul style="list-style-type: none"> • Escolha inadequada da área a ser introduzida a medicação: a região dorsoglútea deve ser evitada devido a vasos e ramificações dos nervos do glúteo superior. • Já a região deltoidea constitui o último a ser utilizado devido ao nervo circunflexo e ramificações de vasos na sua porção inferior esquerda. 	
Nódulos	<ul style="list-style-type: none"> • Soluções não absorvidas ou precipitadas, produto irritante, estar diluída em solvente oleoso ou de absorção lenta, alta concentração. • Escolha inadequada da agulha e da seringa: a medicação retida no tecido adiposo é muito lentamente absorvida e podem ocorrer nodulações; no 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer diluição correta conforme orientação do fabricante. • Aplicação em local apropriado, lembrar de substâncias que necessitam maior profundidade como por exemplo: medicações contendo ferro. 	

	paciente emagrecido, pode atingir inervações ou estruturas ósseas.	
Fenômeno de Arthus	<ul style="list-style-type: none"> • A reação provocada por injeções repetidas no mesmo local, caracterizada pela não absorção do antígeno, ocasionando infiltração, edema, hemorragia e necrose no ponto de inoculação. Ex: injeção vacina dT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer rodízio de local, nas injeções que exigem administração repetida.
Desmaio e sudorese 05 minutos após a injeção e sensação do líquido escorrendo no local.	<ul style="list-style-type: none"> • Injeção intra-arterial acidental de material insolúvel ou pouco solúvel. (Ex: Penicilina) • Medo de injeção resultando em síncope vasovagal (perda da consciência devido à redução da pressão sanguínea), geralmente ocorrendo poucos minutos após injeção intramuscular devido a uma reação do sistema nervoso parassimpático, 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionar se a pessoa tem medo de injeção. Caso a resposta seja afirmativa, coloque-a em posição mais confortável possível, de preferência deitada e deixe-a assim por até 10 minutos após a administração.

	geralmente ocasionado por intenso medo.		
Formação de abscesso e granuloma – Celulite	<ul style="list-style-type: none"> • Volume, irritabilidade e efeito tóxico do fluido injetado, aumentando a tensão e a compressão vascular local. Ex. penicilina G benzatina um complexo insolúvel em água. Suas partículas demasiadamente e grandes, depositadas entre as fibras musculares, podem prejudicar o processo de sua absorção. Dependendo da quantidade aplicada, e da profundidade da injeção, o fármaco pode induzir à formação de granuloma em volta do precipitado 	<ul style="list-style-type: none"> • Em produtos liofilizados, fazer boa diluição; • Aplicar a suspensão profundamente em músculo com maior capacidade. Nunca no deltoide. 	
Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias	Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE	Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ	

	<p align="center">Procedimento Operacional Padrão</p> <p align="center">ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA</p>	<p>Código: POP- 36</p>	<p>Página: 76 - 78</p>
		<p>Data Elaboração: : Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>

Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Área: Assistência à Saúde

Objetivo:

- Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via endovenosa;
- Relacionar os procedimentos necessários para a administração de medicamentos por via endovenosa;
- Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos.

Definição:

É o ato de preparar e administrar os medicamentos diretamente na corrente sanguínea por meio de acesso venoso já existente.

Material:

- Prescrição médica;
- Bandeja;
- Medicamento e diluente conforme prescrito;
- 1 seringa (em tamanho a ser definido conforme o volume da medicação a ser ministrada);
- 1 agulha para aspirar medicação (40mm x 12mm);
- 1 agulha para administrar medicação (25mm x 7mm ou 25mm x 8mm);
- Algodão;
- Compressa não estéril;
- Álcool 70%
- Fita adesiva;
- Luvas de procedimento.

Procedimentos:

1. Lavar as mãos;
2. Ler a prescrição médica que deve conter o nome do paciente, nome do medicamento, dose, via de administração, horário, frequência da administração;
3. Reunir o material necessário;
4. Fazer a desinfecção do balcão de preparo de medicamentos e da bandeja com álcool 70%;
5. Conferir o nome do medicamento, dose, via e prazo de validade;
6. Fazer a desinfecção da ampola/frasco ampola com algodão umedecido com álcool 70%. Nos casos de frasco-ampola retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão ou extrator de grampos e após, fazer a desinfecção;
7. Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la à agulha para aspiração do medicamento, observando-se a técnica asséptica, protegendo-a em sua embalagem original;
8. Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão ou gaze, pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante;
9. Retirar o protetor da agulha e mantê-lo dentro de sua embalagem original e dentro da bandeja;


10. Aspirar o medicamento segurando a ampola ou frasco-ampola com os dedos indicador e médio da mão não dominante, segurar a seringa com os dedos polegar e anular da mão não dominante e com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante, tracionar a extremidade do êmbolo sem contaminar sua extensão, aspirando o medicamento;
11. Reencapar passivamente a agulha, colocando a ponta da agulha na entrada da tampa até cobri-la completamente.
12. Colocar a seringa na posição vertical e retirar o ar;
13. Trocar a agulha de aspiração pela agulha que será ministrada a medicação;
14. Proteger o êmbolo da seringa com sua embalagem original;
15. Reunir na bandeja o medicamento preparado, bolas de algodão, álcool 70%;
16. Explicar ao cliente e ao acompanhante o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
17. Posicionar o cliente de maneira confortável e adequada para a realização do procedimento;
18. Conferir os 11 certos antes de administrar a medicação:
 - 1º CERTO: Paciente Certo
 - 2º CERTO: Medicamento Certo
 - 3º CERTO: Dose Certa
 - 4º CERTO: Aspecto da medicação Certa
 - 5º CERTO: Validade Certa
 - 6º CERTO: Via Certa.
 - 7º CERTO: Hora Certa
 - 8º CERTO: Compatibilidade medicamentosa Certa
 - 9º CERTO: Orientação Certa
 - 10º CERTO: Direito de recusa de medicação
 - 11º CERTO: Registro Certo
19. Calçar luvas de procedimento;
20. Expor a região a ser puncionada;
21. Observar a área exposta quanto à integridade da pele e as condições da rede venosa para a punção. Na ausência de anormalidade, dar continuidade ao procedimento;
22. Palpar a rede venosa para escolher o local a ser puncionado, de preferência membro superior e vasos periféricos superficiais de grosso calibre e distante das articulações. Indicadas: cefálica, basílica, mediana, as do antebraço e as do plexo venoso do dorso da mão;
23. Utilizar o cateter adequado ao calibre do vaso periférico;
24. Prender o garrote acima do local escolhido, 10 a 15 cm acima do local de inserção proposto (não colocar sobre as articulações);
25. Pedir ao cliente para abrir e fechar a mão e, em seguida, manter fechada;
26. Fazer a antisepsia da área usando algodão/gaze embebido em álcool 70%, com movimentos no sentido do retorno venoso ou circular do centro para fora;
27. Tracionar a pele do paciente (no sentido da porção distal do membro) com a mão não dominante, posicionando o dedo polegar cerca de 2 cm abaixo do local selecionado para a punção;
28. Posicionar o cateter ao nível da pele para penetrar a veia (num ângulo de 45° da pele);
29. Informar ao cliente o momento da punção;
30. Inserir a agulha com o bisel voltado para cima, através de um movimento leve e contínuo;
31. Visualizar o refluxo do sangue pelo cateter para certificação de que o mesmo se encontra dentro do vaso;
32. Soltar o garrote;
33. Puxar a agulha para trás a fim de separar a agulha do cateter, e avançar apenas o cateter para dentro do vaso;
34. Pressionar a veia acima da extremidade do cateter com o dedo, a fim de evitar refluxo do sangue e remover lentamente a agulha, mantendo apenas o cateter inserido no paciente;

35. Acoplar o dispositivo de duas vias ao cateter e empurrar o êmbolo da seringa injetando a solução, conforme prescrição; observando hiperemia, obstrução, infiltração ou desconforto;
36. Fixar o acesso venoso caso seja instalado soroterapia;
37. Observar as reações do cliente;
38. Deixar o cliente em posição confortável;
39. Desprezar o conjunto de seringa e agulha (sem encapá-la) na caixa de descarte de material perfurocortante;
40. Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
41. Retirar as luvas de procedimento;
42. Higienizar as mãos;
43. Checar a prescrição médica conforme normativa.
44. Registrar o procedimento realizado, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário individual e eletrônico.

Observações:

- Faz-se necessário o conhecimento do medicamento nos seus aspectos de diluição, conservação, estabilidade, incompatibilidade e foto sensibilidade por parte dos profissionais responsáveis pela administração das drogas;
- Escolher veia que ofereça a melhor proteção às articulações, tendões e nervos e cause menor prejuízo anatômico;
- Caso haja dificuldade de visualização da veia, é indicado retirar o garrote e pedir ao cliente para abrir e fechar a mão várias vezes com o braço em posição pendente (para baixo) para aumentar o fluxo venoso, indica-se também, colocar bolsa de água morna sobre a região de punção para promover vasodilatação e facilitar a visualização das veias.
- Se houver insucesso em duas tentativas de punção venosa, chamar outro profissional da enfermagem para proceder a nova punção;
- Nunca reencapar a agulha utilizada;
- Não desconectar a agulha utilizada da seringa;
- Observar o estado geral do paciente durante e após a administração medicamentosa;
- Evitar áreas inflamadas, hipotróficas, com nódulos, parestias, plegias e outros, pois podem dificultar a absorção do medicamento;
- Observar possível infiltração no local de inserção do cateter;
- Durante a infusão de substâncias endovenosas, podem ocorrer reações pirogênicas ou bacterianas, sendo importante a observação de manifestações clínicas que poderão ser: calafrios intensos, elevação de temperatura, sudorese, pele fria, hipotensão, cianose de extremidades e/ou labial, levando à uma abrupta queda do estado geral do paciente;
- Confira sempre o rótulo da medicação. Nunca confie. Leia você mesmo.

<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>
--	--	---

	<p align="center">Procedimento Operacional Padrão</p> <p align="center">ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL</p>	<p>Código: POP- 37</p>	<p>Página: 79 - 80</p>
		<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>

Executante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Área: Assistência à Saúde

Objetivo:

- Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via sublingual;
- Relacionar os procedimentos necessários para a administração de medicamentos por via sublingual;
- Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos.

Definição:

É o ato de preparar e administrar o medicamento colocando-o sob a língua, a absorção se dá nos vasos sanguíneos existentes neste local.

Material:

1. Prescrição médica;
2. Bandeja;
3. Medicamento prescrito;
4. Copo descartável;
5. Álcool 70%.

Procedimentos:


1. Lavar as mãos;
2. Ler a prescrição médica que deve conter o nome do paciente, nome do medicamento, dose, via de administração, horário, frequência da administração;
3. Reunir o material necessário;
4. Fazer a desinfecção do balcão de preparo de medicamentos e da bandeja com álcool 70%;
5. Conferir o nome do medicamento, dose, via e prazo de validade;
6. Colocar em uma bandeja o copo descartável contendo o medicamento;
7. Deixar para retirar o invólucro do medicamento (no caso de comprimidos, cápsulas, drágeas, pó) diante do cliente, antes de administrá-lo;
8. Evitar o contato dos dedos diretamente com a medicação;
9. Observar que alguns comprimidos são sulcados (possuem uma linha dividindo-o), de modo que possam ser partidos. Caso não haja sulco, não parti-lo, pois não é possível uma medida exata;
10. Levantar o medicamento próximo ao paciente;
11. Identificar o grau de dependência do cliente (verificar condições clínicas para prevenção de complicações e administração do medicamento adequado, principalmente nível de consciência, reflexo de deglutição, presença de náuseas, vômitos e sinais vitais);
12. Explicar ao paciente e ao acompanhante o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
13. Posicionar o paciente com a cabeça elevada, se sua condição permitir;
14. Oferecer água para o cliente enxaguar a boca;
15. Colocar o medicamento sob a língua do cliente, caso esteja impossibilitado. Se as condições do paciente permitirem, solicitar que o mesmo o coloque;

16. Orientar o paciente para não engolir saliva por alguns minutos, permitindo a absorção da medicação;
17. Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
18. Higienizar as mãos;
19. Comunicar ao enfermeiro aspectos relacionados a vômitos, recusa, reações do cliente, etc;
20. Checar a prescrição médica conforme normativa.
21. Registrar o procedimento realizado, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário individual e eletrônico.

Observações:

- Nem todo medicamento via oral pode ser administrado via sublingual;
- No caso de pacientes com nível de consciência rebaixado, a terapia deve ser revista junto ao médico.
- Enquanto o usuário estiver com o medicamento na boca, ele deve ser orientado a não falar, ingerir líquidos ou alimentos.

<p>Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias</p>	<p>Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE</p>	<p>Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ</p>
--	--	---

	<p align="center">Procedimento Operacional Padrão</p> <p align="center">CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO</p>	<p>Código: POP– 38</p>	<p>Página: 81 - 83</p>
		<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>

Executante: Enfermeiro

Área: Assistência à Saúde

Objetivo:

- Padronizar condutas relacionadas às técnicas de cateterismo vesical de alívio;
- Relacionar os procedimentos necessários para a realização do cateterismo vesical de alívio;

Definição:

É um procedimento estéril que consiste na introdução de uma sonda no interior da bexiga, através da uretra, a fim de drenar a urina, sendo removida após ser atingida a finalidade do procedimento.

Material:

- Material para higiene íntima;
- Luva de procedimento;
- Máscara cirúrgica;
- Avental;
- Óculos de proteção;
- Bandeja;
- Pacote estéril de sondagem vesical (contendo cuba rim, pinça para antisepsia, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado);
- Gaze estéril;
- Clorexidina aquosa;
- Sonda uretral;
- Luva estéril;
- Lidocaína gel a 2%;
- Seringa de 20 ml;
- Frasco graduado;
- Mesa de Mayo;
- Biombo, se necessário.

Procedimentos:


1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material necessário na bandeja;
3. Explicar ao usuário sobre o procedimento que será realizado;
4. Promover a privacidade do paciente, utilizando um biombo se necessário;
5. Calçar as luvas de procedimento e os EPIs;
6. Posicionar o paciente adequadamente:

- **Sexo feminino:** decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os pés sobre o leito.
 - **Sexo masculino:** decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas;
7. Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar, abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa e gaze estéril) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;
 8. Desprezando o primeiro jato, colocar solução clorexidina aquosa nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
 9. Abrir bisnaga de Xilocaína gel 2%, desprezando a primeira porção, colocar em gaze estéril quantidade suficiente para lubrificar sonda;
 10. Retirar luvas de procedimento;
 11. Calçar as luvas estéreis;
 12. Realizar a higiene do órgão genital e de toda região perineal conforme a técnica com o antisséptico adequado e auxílio de pinça;
 13.
 - **Sexo masculino:**
 - Retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glândula. Manter a mão não dominante na posição durante todo procedimento;
 - Com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glândula;
 - Repetir o procedimento três vezes.
 - **Sexo feminino:**
 - Com a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento;
 - Usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos e grandes lábios;
 14. Posicionar o campo fenestrado sobre a região genital, deixando o meato urinário exposto;
 15. Colocar a cuba rim sobre o campo fenestrado;
 16. Lubrificar com xilocaína a parte da sonda a ser introduzida na uretra. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;
 17. Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina;
 18. Drenar a diurese na cuba rim. Quando for realizar coleta de exames, colocar a urina no coletor próprio e após drenar a urina na cuba rim;
 19. Realizar manobra de esvaziamento vesical comprimindo o baixo ventre para drenagem de diurese residual;
 20. Retirar a sonda somente quando não estiver mais saindo urina;
 21. Contabilizar débito se necessário;
 22. Retirar o campo fenestrado;
 23. Desprezar a diurese no vaso sanitário;
 24. Retirar os EPI's;
 25. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;
 26. Higienizar as mãos;
 27. Realizar as anotações de enfermagem em prontuário físico ou eletrônico.

Observações:

- Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica;
- A sondagem vesical é um procedimento invasivo e que envolve riscos ao paciente, que está sujeito a infecções do trato urinário e/ou a trauma uretral ou vesical. Requer cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica, conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas e, por essas razões, no âmbito da equipe de Enfermagem, a inserção de cateter vesical é privativa do Enfermeiro, que deve imprimir rigor técnico-científico ao procedimento;
- Antes do início do procedimento, investigar se o paciente apresenta história de alergias relacionada ao antisséptico, lubrificante hidrossolúvel e ao látex do cateter;
- Nunca forçar a introdução da sonda. Caso encontre resistência, o médico deve ser avisado.
- 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 do paciente, do familiar ou cuidador, nos casos que será necessário à manutenção e realização da técnica no domicílio.

Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias	Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE	Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ
---	---	--

	<p align="center">Procedimento Operacional Padrão</p> <p align="center">CATETERISMO VESICAL DE DEMORA</p>	<p>Código: POP- 39</p>	<p>Página: 84 - 86</p>
		<p>Data Elaboração: Fev/24</p>	<p>Data Revisão:</p>
<p>Executante: Enfermeiro.</p>			
<p>Área: Assistência à Saúde</p>			
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padronizar condutas relacionadas às técnicas de cateterismo vesical de demora; • Relacionar os procedimentos necessários para a realização do cateterismo vesical de demora no sexo masculino e feminino. 			
<p>Definição: Cateterismo vesical é a introdução de um cateter na bexiga, através da uretra para drenagem de urina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar o volume urinário. • Possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução. 			
<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luva estéril); • Biombo; • Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antissepsia, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado); • Sonda de Foley de calibre adequado; • Sistema fechado de drenagem urinária estéril; • Ampola de água destilada (quantidade para encher o balonete conforme discriminado na sonda); • Agulha para aspiração; • Seringa de 20 ml sem luer lock; • Lidocaína gel 2%; • Fita adesiva (esparadrapo ou adesivo hipoalergênico); • Gaze estéril se necessário; • Clorexidina degermante Solução 2% e ou aquoso 1%; • Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão). 			
<p>Procedimentos:</p> <p>✓ Paciente do sexo feminino</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento a paciente e posicioná-la confortavelmente; 2. Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento; 3. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados e afastados, os pés sobre a maca/leito; 4. Realizar a higiene íntima; 5. Lavar as mãos novamente; 6. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível; 7. Calçar as luvas estéreis; 			

8. Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado, mantendo-os afastados até que o cateterismo termine;
9. Realizar antisepsia da região perineal com clorexidina 2% e gaze estéril com movimentos únicos. Colocar campo fenestrado;
10. Lubrificar a sonda com lidocaína 2%;
11. Introduzir a sonda pré-conectada a um coletor de drenagem de sistema fechado, por 4 a 5 cm no meato uretral, utilizando técnica asséptica estrita;
12. Insuflar o balonete com água destilada conforme orientação do fabricante;
13. Certifique que a sonda está drenando adequadamente.
14. Tracionar suavemente a sonda até sentir resistência;
15. Fixar a sonda de demora juntamente com o equipo de drenagem na coxa;
16. Secar a área e manter paciente confortável;
17. Higienizar as mãos;
18. Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadibilidade), assinar e carimbar;
19. Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;
20. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

✓ **Paciente do sexo masculino**

1. Explicar o procedimento ao paciente e posicioná-lo confortavelmente;
2. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
3. Colocar o paciente em posição dorsal com as pernas estendidas;
4. Realizar a higiene íntima;
5. Lavar as mãos novamente;
6. Abrir o pacote de cateterismo usando técnica asséptica;
7. Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula;
8. Colocar dentro do campo do cateterismo sonda vesical de demora, gazes e seringa;
9. Calçar luvas estéreis;
10. Solicitar auxílio para preencher a seringa com 10 ml de lidocaína;
11. Pegar, com o auxílio da pinça, gaze embebida em solução antisséptica;
12. Limpar primeiramente a região púbica, no sentido transversal, com movimento único e firme, desprezando a gaze para cada movimento. Usar gazes para segurar o pênis, perpendicular ao corpo, e limpar, no sentido longitudinal, de cima para baixo, do lado mais distante ao mais próximo, sempre utilizando uma gaze para cada movimento;
13. Limpar o corpo do pênis;
14. Segurar o pênis do paciente, perpendicular ao corpo, puxar o prepúcio para baixo, de modo a expor a glândula. Limpar a glândula com movimentos circulares, começando a partir do meato;
15. Limpar o orifício da uretra;
16. Colocar o campo fenestrado;
17. Injetar 10 ml de lidocaína no meato;
18. Introduzir a sonda pré-conectada a um coletor de drenagem de sistema fechado pela uretra, de forma a deslizar até que flua a urina;
19. Insuflar balonete com água destilada de acordo com a orientação do fabricante;
20. Certifique-se que a sonda esteja drenando adequadamente;
21. Tracionar suavemente a sonda até sentir resistência;
22. Fixar a sonda de demora, prendendo-a abaixo do umbigo na direção vertical;
23. Secar a área e manter paciente confortável;
24. Higienizar as mãos;
25. Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;
26. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observações:

- Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica (sondagem e retirada da sonda).
- A mudança de cateteres de demora ou bolsas de drenagem em intervalos fixos de rotina não é recomendada. Em vez disso, a troca de cateteres e bolsas de drenagem acontece com base em indicações clínicas como infecção, obstrução ou quando o sistema fechado está danificado.
- Manter o sistema de drenagem fechado, a não ser em situações específicas, como nas irrigações urinárias.
- Escolher sondas de menor calibre (12 a 16F) em adultos. Utilizar sondas de maior calibre (20 a 24 F) quando for passível a formação de coágulo.
- Trocar todo sistema de drenagem fechado quando ocorrer obstrução do cateter ou do tubo coletor, suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna do cateter, violação ou contaminação do cateter e/ou do sistema de drenagem e febre sem outra causa conhecida.
- Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e orientar o paciente a mantê-la nesta posição.
- Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga.
- Alternar os locais da fixação e trocar a fita adesiva a cada 24 horas.
- Manter o ponto distal de drenagem do coletor de urina suspenso, ou seja, sem que este encoste no solo.
- Realizar higiene íntima com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos duas vezes ao dia.
- Perguntar ao paciente se este apresenta alergia a látex, Clorexidina e/ou fita adesiva (micropore ou esparadrapo).
- Testar insuflação do balão de uma sonda de demora não é mais recomendada. A insuflação/desinsuflação precoce do balão pode levar à formação de sulcos, potencializando a causa de traumatismo durante a inserção.
- Medida da uretra:
 - ✓ Uretra feminina = 3 a 4 cm.
 - ✓ Uretra masculina = aproximadamente de 16 a 20 cm.

Elaborado por: Enfermeira Karine R.G. Dias	Revisado por: ALINE FAVA BUSQUETTI COELHO SUELEN DA COSTA FELIPE	Aprovado por: FELIPE MANOEL RODRIGUES MONIZ
---	---	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AME. Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009- 2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.
2. BORTOLOZO, N. M. Et al. Técnicas em Enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Orientações quanto à aplicação de vacina intramuscular e a não indicação de aspiração. 2021.
4. BRUNNER, L. S.; SUDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
5. PEREIRA, M. E. R. ET AL. Manual de procedimentos básicos de enfermagem. Uberlândia, 2000.
6. POP ATENÇÃO BÁSICA – Prefeitura de Aparecida de Goiânia – GO, 2021. Disponível em: <https://saude.aparecida.go.gov.br/wp-content/uploads/sites/6/2023/08/POP-ATENCAO-BASICA-.pdf>
7. PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem. Florianópolis-SC, 2013.
8. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO PARA UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – Prefeitura de Candió – PR, 2023. Disponível em <https://www.candoi.pr.gov.br/uploads/pagina/arquivos/POP-UBZ-23.pdf>
9. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – UNIRIO, Rio de Janeiro – RJ, 2018.
10. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – Hospital Universitário de Santa Catarina - HUSC, 2017.
11. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM – Prefeitura Municipal de Londrina – PR, 2021.
12. STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA, M.H.R. Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2014.
13. WILLIAMS, L. & WILLIAMS. Enfermagem Médica e Hospitalar. 1 ed. São Paulo: Editora Rideel, 2006.