

SMS
SECRETARIA
DE SAÚDE



PREFEITURA DE
Piracicaba

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO ENFERMAGEM



SMS
SECRETARIA
DE SAÚDE



PREFEITURA DE
Piracicaba

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA - 3^a ED. 2024

**LUCIANO ALMEIDA
PREFEITO DE PIRACICABA**

**DR AUGUSTO MUZILLI JÚNIOR
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE PIRACICABA**

**TATIANA DO PRADO LIMA BONINI
COORDENADORA DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA**

**RAFAELA MOSSARELI PENEDO
COORDENADORA DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA**

**ELABORAÇÃO - 1^a edição 2019
Equipe Departamento da Atenção Básica**

Alessandro Fedeo de Oliveira

Ana Carolina Fuza Luneta

David Richard Luzetti

Marcela Enedina Furlan Buoro

Tafnes Muniz Bassetti

Tatiana do Prado Lima Bonini

Apoiadoras Institucionais do Departamento de Atenção Básica - 2022

Ana Carolina Fuza Luneta

Elaine Regina Defavari

Luciana Ovidio de Lima do Amaral

Maria Claudia Buoro Marques



PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA - 3^a ED. 2024

ORGANIZAÇÃO / FORMATAÇÃO - 2022

Carolina Mateussi Lino

Luciana Ovidio de Lima do Amaral

Maria Claudia Buoro Marques

Apoiadoras Institucionais do Departamento de Atenção Básica - 2024

Ana Carolina Fuza Lunetta

Elaine Regina Defavari

Luciana Ovidio de Lima do Amaral

Maria Carolina Scabora Rossi

Maria Claudia Buoro Marques

REVISÃO - Janeiro 2024

Equipe Ambulatório de Estomaterapia: estomas e incontinência

Equipe Centro de Atenção às Doenças Metabólicas (CADME)

Equipe Departamento da Atenção Básica

Ana Carolina Fuza Lunetta

Elaine Regina Defavari

Luciana Ovidio de Lima do Amaral

Maria Claudia Buoro Marques

Equipe Programa de Atenção Domiciliar (PAD)

Programa de Aleitamento Materno



**Declaração de recebimento dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP)
do serviço de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde
do Município de Piracicaba, revisado em 2024.**

UNIDADE: _____

Recebido em: ____ / ____ / ____

**CIÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
(ASSINATURA COM CARIMBO)**

SUMÁRIO

POP Nº 01 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ENDOVENOSA	6
POP Nº 02 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INALATÓRIA	9
POP Nº 03 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRADÉRMICA	13
POP Nº 04 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRAMUSCULAR	16
POP Nº 05 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA OCULAR	20
POP Nº 06 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ORAL/SUBLINGUAL	23
POP Nº 07 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEA	25
POP Nº 08 - ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	28
POP Nº 09 - ANTROPOMETRIA DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS	30
POP Nº 10 - ANTROPOMETRIA DE INDIVÍDUOS MAIORES DE 2 ANOS	33
POP Nº 11 - CATETERISMO NASOGÁSTRICO E NASOENTERAL	35
POP Nº 12 - CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	39
POP Nº 13 - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	44
POP Nº 14 - CAUTERIZAÇÃO UMBILICAL	51
POP Nº 15 - COLETA DE ESCARRO	53
POP Nº 16 - COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO	56
POP Nº 17 - COLETA DE SANGUE VENOSO	61
POP Nº 18 - COLETA DE SECREÇÃO MAMÁRIA	67
POP Nº 19 - CURATIVO	70
POP Nº 20 - DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL CONSERVADOR	77
POP Nº 21 - ELETROCARDIOGRAMA (ECG)	83
POP Nº 22 – ENFAIXAMENTO COM BOTA DE UNNA	87
POP Nº 23 - GLICEMIA CAPILAR PERIFÉRICA	89
POP Nº 24 - HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS	91
POP Nº 25 – IMUNOBOLÓGICOS: CONSERVAÇÃO E LIMPEZA DA CAIXA TÉRMICA	93
POP Nº 26 – IMUNOBOLÓGICOS: LIMPEZA E MANUTENÇÃO DA GELADEIRA	95
POP Nº 27 - IMUNOBOLÓGICOS: MANUTENÇÃO DAS BOBINAS DE GELO REUTILIZÁVEL	97
POP Nº 28- LAVAGEM AURICULAR PARA REMOÇÃO DE CERÚMEN	99
DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO.....	99
POP Nº 29 - LIMPEZA CONCORRENTE	102
POP Nº 30 - LIMPEZA E PREPARO PARA DESINFECÇÃO DE ALTO NÍVEL DO AMBU	105
POP Nº 31 - LIMPEZA IMEDIATA	107
POP Nº 32 - LIMPEZA TERMINAL	109
POP Nº 33 - LUVAS ESTÉREIS: COLOCAÇÃO E REMOÇÃO	112
POP Nº 34 - MATERIAIS E INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS - CARREGAMENTO NA AUTOCLAVE E ESTERILIZAÇÃO	114
POP Nº 35 - MATERIAIS E INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS - LIMPEZA E PREPARO PARA ESTERILIZAÇÃO ..	116
POP Nº 36 - MATERIAIS E INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS - ARMAZENAMENTO APÓS ESTERILIZAÇÃO ...	118
POP Nº 37 - MONITORAMENTO DA ESTERILIZAÇÃO DOS MATERIAIS EM AUTOCLAVE	120
POP Nº 38 - PRÉ CONSULTA (MÉDICA E DE ENFERMAGEM)	123
POP Nº 39 - PROCESSAMENTO DE MATERIAIS EM HIBROCLORITO	125

POP Nº 50 – TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C	161
POP Nº 51 – TESTE RÁPIDO PARA HIV COM AMOSTRA DE SANGUE	164
IMUNOCROMATOGRAFIA DE FLUXO LATERAL E PLATAFORMA DE DUPLO PERCURSO – DPP	164
POP Nº 52 – TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS: IMUNOCROMATOGRAFIA DE FLUXO LATERAL E PLATAFORMA DE DUPLO PERCURSO – DPP.....	171
POP Nº 53 - TESTE RÁPIDO PLATAFORMA DE DUPLO PERCURSO (DPP) PARA HIV COM AMOSTRA DE FLUIDO ORAL	179
Laudo dos Testes Rápidos de Hepatite B, Hepatite C, HIV e Sífilis	184
POP Nº 54 - TRAQUEOSTOMIA - CURATIVO E TROCA DE CADARÇO	185
POP Nº 55 – TROCA DA BOLSA DE OSTOMIA	187
POP Nº 56 - VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	191
POP Nº 57 - VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	193
POP Nº 58 - VERIFICAÇÃO DE PULSO PERIFÉRICO	196
POP Nº 59 - VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA CORPORAL COM TERMÔMETRO DIGITAL E TERMÔMETRO POR INFRAVERMELHO	198
POP Nº 60 - VERIFICAÇÃO DE OXIMETRIA	201
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	203

POP Nº 01 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ENDOVENOSA

Objetivo

Preparar e administrar medicamentos, de acordo com prescrição médica, através de via endovenosa.

Executores

Equipe de Enfermagem.

Materiais

- Bandeja;
- Etiquetas para identificação;
- Prescrição médica;
- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Agulha descartável 40x1,2 mm;
- Álcool 70%;
- Algodão;
- Diluente;
- Seringa compatível com o volume a ser administrado;
- Agulha 30x7 ou 30x8mm, ou outro dispositivo periférico intravenoso, de calibre compatível com o sistema venoso do usuário;
- Esparadrapo.

Processos

6. Abrir a seringa, conectar agulha 40x12mm e aspirar a medicação com a seringa montada anteriormente;
7. Calçar as luvas de procedimentos;
8. Explicar o procedimento ao usuário;
9. Selecionar a veia de maior calibre para punção e garrotear o braço do usuário;
10. Escolher agulha ou dispositivo periférico intravenoso que melhor se adeque ao sistema venoso do usuário e substituir a agulha de aspiração;
11. Fazer a antisepsia local com algodão embebido em álcool 70%;
12. Posicionar a seringa com abertura do bisel da agulha voltado para cima e proceder a punção venosa;
13. Soltar o garrote;
14. Administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso, o usuário e as reações apresentadas;
15. Ao terminar, remover a seringa e ao mesmo tempo pressionar o local com algodão;
16. Solicitar que o usuário comprima o local punctionado de dois a três minutos, sem dobrar o braço;
17. Descartar o material perfurocortante em recipiente adequado;
18. Retirar as luvas, descartá-las adequadamente e higienizar as mãos (POP nº 24);
19. Realizar as devidas anotações em prontuário do usuário

Observações

- Sempre, ao realizar as anotações no prontuário do usuário, colocar data e horário do procedimento, lote e validade das medicações utilizadas e

- ✓ Dose certa;
- ✓ Hora certa;
- ✓ Via certa;
- ✓ Compatibilidade medicamentosa;
- ✓ Orientação ao usuário;
- ✓ Direito de recusar o medicamento;
- ✓ Anotação certa.

POP Nº 02 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INALATÓRIA

Objetivo

Preparar e administrar medicamentos, de acordo com prescrição médica, através de via inalatória.

Executores

Equipe de Enfermagem.

Materiais

- Prescrição médica;
- Medicamento prescrito;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Copo nebulizador;
- Máscara para nebulização;
- Seringa para aspiração;
- Agulha 40x1,2 mm ou adaptador para aspiração;
- Bandeja;
- Papel toalha;
- Inalador dosimetrado;
- Espaçador.

Processos

Nebulização

1. Conferir a prescrição e reunir o material;

7. Explicar o procedimento ao usuário;
8. Selecionar a máscara de inalação de acordo com o tamanho do usuário;
9. Conectar a extensão ao copo de inalação e a outra extremidade ao inalador;
10. Orientar o usuário a manter a respiração nasal durante a inalação;
11. Pedir ao usuário ou responsável para segurar o copo e colocar a máscara cobrindo a boca e nariz;
12. Ligar o inalador;
13. Manter a inalação durante o tempo indicado, observar o usuário e possíveis alterações. Interromper o procedimento, se ocorrer reações ao medicamento;
14. Após o término da medicação, desligar o inalador;
15. Oferecer papel toalha para o usuário secar a umidade do rosto;
16. Recolher o material e encaminhar o mesmo para limpeza/desinfecção;
17. Higienizar as mãos (POP nº 24);
18. Realizar as devidas anotações em prontuário do usuário

Dispositivos Inalatórios

1. Conferir a prescrição e reunir o material;
2. Atentar aos certos da administração segura de medicamentos, conforme campo de observação;
3. Explicar o procedimento ao usuário / acompanhante;
4. Higienizar as mãos (POP nº 24);
5. Posicionar o usuário sentado e avaliar a capacidade dele para realizar o procedimento;
6. Remover o protetor do bocal, agitar bem o inalador e apertar o spray, liberando 2 jatos para o ar (ou para o ambiente), para certificar se o que

10. Quando o usuário começar a inspirar comprima o frasco do medicamento ou auxilie o mesmo a fazê-lo, dentro da estrutura de plástico do inalador para liberar a dose do medicamento;
11. Solicitar ao usuário que prenda a respiração por 10 segundos ou quanto puder;
12. Solicitar que afaste o espaçador dos lábios e que expire lentamente com os lábios semifechados em ar ambiente;
13. Se indicação de 2 ou mais jatos, aguardar 30 segundos e repetir os passos 8, 9, 10 e 11;
14. Mantenha o usuário em repouso por alguns minutos, posteriormente encaminhe-o para avaliação médica;
15. Recolher o material e encaminhar o mesmo para limpeza/desinfecção;
16. Higienizar as mãos (POP nº 24);
17. Realizar as devidas anotações em prontuário do usuário.

Observações

- Se necessário, praticar a técnica antes de administrar o medicamento, principalmente em crianças e idosos.
- Sempre, ao realizar as anotações no prontuário do usuário, colocar data e horário do procedimento, lote e validade do medicamento, assinatura e carimbo do profissional.
- Nunca realizar medicação sem prescrição médica, ou se a mesma estiver fora dos critérios: letra legível, nome completo do usuário, data atualizada, nome do medicamento, dosagem, via, horário ou frequência.

- ✓ Anotação certa.

POP Nº 03 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRADÉRMICA

Objetivo

Preparar e administrar testes e vacinas, pela via intradérmica.

Executores

Equipe de Enfermagem.

Materiais

- Bandeja;
- Prescrição e/ou espelho vacinal;
- Medicamento ou vacina;
- Recipiente de material perfurocortante;
- Algodão ou gazes;
- Seringa de 1ml;
- Agulha para aplicação 13x4,5mm;
- Agulhas para aspiração 30x7 ou 30x8mm;
- Álcool 70%.

Processos

1. Conferir a prescrição ou rotina vacinal, e reunir material;
2. Atentar aos certos da administração segura de medicamentos (conforme campo de observações);
3. Conferir se o medicamento está dentro do prazo de validade indicado pelo fabricante;

9. Ampola: quebrá-la, envolvendo-a com o dedo indicador e polegar da mão dominante;
10. Frasco-ampola: retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão ou extrator de grampos e fazer a desinfecção;
11. Retirar o protetor da agulha, e mantê-lo dentro de sua embalagem original, sobre o balcão de preparo do medicamento ou dentro da bandeja;
12. Aspirar o medicamento, segurando a ampola ou frasco com os dedos indicador e médio da mão não dominante. Segurar a seringa com os dedos polegar e anelar da mão não dominante, e com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante, tracionar a extremidade do êmbolo, sem contaminar sua extensão e aspirar ao medicamento;
13. Reencapar passivamente a agulha, colocando a ponta da agulha na entrada da tampa até cobri-la completamente;
14. Colocar a seringa na posição vertical e retirar o ar;
15. Escolher o local de aplicação:
 - 15.1 Para testes: preferencialmente no antebraço, de 03 a 04 dedos da fossa anticubital e 5 dedos acima do punho, que não seja pigmentado ou tenha muitos pelos;
 - 15.2 Para vacinas: checar Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação – Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde;
16. Apoiar o braço sobre superfície plana, e verificar se o local escolhido está limpo. Caso contrário, proceder a limpeza com soro fisiológico 0,9%;
17. Abrir a embalagem da seringa e trocar a agulha de aspiração, pela agulha 13x4,5mm, mantendo os princípios de assepsia;
18. Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto;

24. Permanecer com o usuário e observar reação alérgica;
25. Higienizar as mãos (POP nº 24);
26. Realizar as devidas anotações em prontuário do usuário.

Observações

- Sempre, ao realizar as anotações no prontuário do usuário, colocar data e horário do procedimento, lote e validade do medicamento, assinatura e carimbo do profissional.
- Nunca realizar medicação sem prescrição médica, ou se a mesma estiver fora dos critérios: letra legível, nome completo do usuário, data atualizada, nome do medicamento, dosagem, via, horário ou frequência.

9 CERTOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

- ✓ Usuário certo;
- ✓ Medicamento certo;
- ✓ Dose certa;
- ✓ Hora certa;
- ✓ Via certa;
- ✓ Compatibilidade medicamentosa;
- ✓ Orientação ao usuário;
- ✓ Direito de recusar o medicamento;
- ✓ Anotação certa.

POP Nº 04 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRAMUSCULAR

Objetivo

Preparar e administrar medicamentos, de acordo com a prescrição médica ou de enfermagem, conforme protocolo municipal, através da via intramuscular.

Executores

Equipe de Enfermagem.

Materiais

- Prescrição médica ou de enfermagem;
- Medicamento prescrito;
- Agulha 40x1,2 mm ou 30x0,7mm para aspiração;
- Agulha para aplicação, adequada para o usuário e medicamento;
- Luvas de procedimento;
- Seringa compatível com o volume a ser administrado;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Bandeja.

Processos

1. Conferir a prescrição e reunir o material;
2. Atentar aos certos da administração segura de medicamentos (conforme campo de observações);

9. Escolher o melhor local para administração do medicamento (deltóide, glúteo, ventroglúteo ou vasto lateral) e realizar a troca da agulha de aspiração, pela agulha adequada ao usuário;
10. Posicionar o usuário de modo que auxilie no relaxamento do músculo, evitando o extravasamento e minimizando a dor;
11. Fazer antisepsia do músculo local, com algodão embebido em álcool 70%;
12. Administrar medicação com agulha introduzida em ângulo 90º à pele;
13. Realizar a aspiração antes de injetar o medicamento no músculo, para certificar se nenhum vaso sanguíneo foi atingido;
14. Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo;
15. Após o término do medicamento, retirar o conjunto agulha e seringa em movimento único, ao mesmo tempo em que comprime o local com algodão seco;
16. Descartar seringa/agulha em caixa para perfurocortante;
17. Higienizar as mãos (POP nº 24);
18. Anotar no prontuário do usuário o procedimento, as observações e intercorrências, se houver.

Observações

- Sempre, ao realizar as anotações no prontuário do usuário, colocar data e horário do procedimento, lote e validade do medicamento, assinatura e carimbo do profissional.
- Utilizar a técnica em Z para evitar o refluxo do medicamento que pode irritar o tecido adiposo ou mesmo perda de quantidade do medicamento após

atingido vaso sanguíneo, NÃO está mais indicada”, exceto na região dorso-glútea.

- Nunca realizar medicação sem prescrição médica ou de enfermagem, ou se a mesma estiver fora dos critérios: letra legível, nome completo do usuário, data atualizada, nome do medicamento, dosagem, via, horário ou frequência.

9 CERTOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

- ✓ Usuário certo;
- ✓ Medicamento certo;
- ✓ Dose certa;
- ✓ Hora certa;
- ✓ Via certa;
- ✓ Compatibilidade medicamentosa;
- ✓ Orientação ao usuário;
- ✓ Direito de recusar o medicamento;
- ✓ Anotação certa.

Ao escolher o local de aplicação, considerar:

- ✓ Distância entre vasos e nervos importantes;
- ✓ Musculatura suficientemente grande para absorver o volume de medicamento;
- ✓ Espessura do tecido adiposo;
- ✓ Idade do usuário;
- ✓ Irritabilidade da droga;
- ✓ Atividade do usuário.

usuário que fique com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;

2. Localizar o músculo dorsoglúteo e traçar uma cruz imaginária, a partir da espinha ilíaca póstero-superior, até o trocânter do fêmur;
3. No quadrante superior externo da cruz imaginária, administrar a medicação, aspirando antes.

➤ **Ventroglútea** (indicada para crianças acima de 03 anos, jovens e adultos magros, idosos ou caquéticos):

1. Posicionar usuário sentado, ou em decúbito lateral, ventral ou dorsal;
2. Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;
3. Localizar, com a falange distal do dedo indicador E, a espinha ilíaca ântero-superior direita;
4. Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca;
5. Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur, e formar com o indicador, um triângulo invertido (base para cima);

Realizar inserção da agulha ao centro do triângulo.

□ **Vasto Lateral da Coxa** (indicado para lactentes e crianças acima de um mês):

1. Posicionar o usuário em decúbito dorsal, lateral ou sentado;
2. Traçar um retângulo delimitado pela linha média anterior da coxa (na frente da perna), e linha média lateral da coxa (do lado da perna), de 12 a 15 cm do grande trocânter do fêmur e de 9 a 12 cm acima do joelho, numa faixa de 7 a 10 cm de largura;
3. Realizar inserção da agulha na região delimitada pelo retângulo.

POP Nº 05 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA OCULAR

Objetivo

Preparar e administrar medicamentos, de acordo com prescrição médica, através da via ocular.

Executores

Equipe de Enfermagem.

Materiais

- Prescrição médica;
- Medicamento prescrito;
- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Lenço de papel;
- Conta-gotas (se necessário);
- SF 0,9%: 10ml;
- Gaze.

Processos

1. Conferir a prescrição e reunir o material;
2. Atentar aos certos da administração segura de medicamentos (conforme campo de observações);
3. Conferir se o medicamento está dentro do prazo de validade indicado pelo fabricante;

□ **MEDICAMENTO EM GOTAS:**

1. Com a mão dominante reposando sobre a fronte do usuário, segurar o frasco da solução oftalmológica, aproximadamente 01 a 02 cm acima do saco conjuntival;
2. Expor o saco conjuntivo inferior, e segurar a pálpebra superior bem aberta, com a mão não dominante;
3. Solicitar ao usuário para olhar para o teto, instilar o medicamento e solicitar que feche os olhos.

□ **MEDICAMENTO EM POMADA:**

1. Segure o aplicador acima da pálpebra inferior, e aplique uma camada fina de pomada, de maneira uniforme, ao longo da borda interna da pálpebra inferior, sobre a conjuntiva, desde o canto interno, até o canto externo;
2. Peça ao usuário para que feche os olhos e com uma gaze, esfregue ligeiramente a pálpebra, em movimentos circulares, quando o atrito não for contraindicado;
3. Oferecer gaze ao usuário, para secar o excesso;
4. Tirar as luvas e higienizar as mãos (POP nº 24);
5. Registrar o procedimento e observações em prontuário do usuário.

Observações

- ✓ Sempre, ao realizar as anotações no prontuário do usuário, colocar data e horário do procedimento, lote e validade do medicamento, assinatura e carimbo do profissional.
- ✓ Nunca realizar medicação sem prescrição médica, ou se a mesma

- ✓ Via certa;
- ✓ Compatibilidade medicamentosa;
- ✓ Orientação ao usuário;
- ✓ Direito de recusar o medicamento;
- ✓ Anotação certa.

POP Nº 06 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ORAL/SUBLINGUAL

Objetivo

Preparar e administrar medicações, de acordo com prescrição médica, via oral/sublingual.

Executores

Equipe de Enfermagem.

Materiais

- Prescrição médica;
- Medicamento prescrito;
- Copo descartável;
- Água;
- Bandeja;
- Papel toalha.

Processos

1. Conferir a prescrição e reunir o material;
2. Atentar aos certos da administração segura de medicamentos (conforme campo de observações);
3. Conferir se o medicamento está dentro do prazo de validade indicado pelo fabricante;
4. Explicar procedimento ao usuário;

11. Registrar o procedimento e observações no prontuário do usuário.

Observações

- ✓ Sempre, ao realizar as anotações no prontuário do usuário, colocar data e horário do procedimento, lote e validade do medicamento, assinatura e carimbo do profissional.
- ✓ Nunca realizar medicação sem prescrição médica, ou se a mesma estiver fora dos critérios: letra legível, nome completo do usuário, data atualizada, nome do medicamento, dosagem, via, horário ou frequência.

9 CERTOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

- ✓ Usuário certo;
- ✓ Medicamento certo;
- ✓ Dose certa;
- ✓ Hora certa;
- ✓ Via certa;
- ✓ Compatibilidade medicamentosa;
- ✓ Orientação ao usuário;
- ✓ Direito de recusar o medicamento;
- ✓ Anotação certa.

POP Nº 07 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEA

Objetivo

Preparar e administrar medicamentos, de acordo com prescrição médica, através da via subcutânea.

Executores

Equipe de Enfermagem.

Materiais

- Prescrição médica;
- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Agulhas 40x1,2 mm ou 30x0,7 mm para aspiração;
- Agulhas 13x4,5 mm para aplicação;
- Seringa compatível com o volume a ser administrado;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Bandeja.

Processos

1. Conferir a prescrição e reunir material;
2. Atentar aos certos da administração segura de medicamentos (conforme campo de observações);
3. Conferir se o medicamento está dentro do prazo de validade indicado pelo

➤ **APLICAÇÃO COM AGULHA FIXA (agulha ultra fina):**

1. Aspirar ao medicamento com a seringa com agulha fixa e encapar passivamente a agulha;
2. Explicar o procedimento ao usuário ou familiares;
3. Colocar as luvas;
4. Escolher o local para administração do medicamento (deltóide, abdômen, glúteo ou vasto lateral);
5. Fazer antisepsia do local, com algodão embebido em álcool 70%;
6. Introduzir a agulha num ângulo de 45º a 90º da pele, de acordo com a quantidade de tecido subcutâneo;
7. Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo;
8. Ao término do conteúdo, retirar o conjunto agulha e seringa em movimento único e então comprimir o local com algodão seco;
9. Descartar seringa com agulha em caixa perfurocortante;
10. Retirar luvas;
11. Higienizar as mãos (POP nº 24);
12. Anotar no prontuário do usuário o procedimento, as observações e intercorrências, se existirem.

➤ **APLICAÇÃO COM SERINGAS E AGULHAS NÃO CONECTADAS:**

1. Abrir a seringa e conectar agulha 40x1,2 mm ou 30x0,7 mm;
2. Aspirar ao medicamento com a seringa montada anteriormente;
3. Realizar a troca da agulha de aspiração, pela agulha adequada;
4. Explicar o procedimento ao usuário ou familiares;
5. Colocar as luvas;

11. Descartar seringa com agulha em caixa perfurocortante;
12. Retirar luvas;
13. Higienizar as mãos (POP nº 24);
14. Anotar no prontuário do usuário o procedimento, as observações e intercorrências, se existirem.

Observações

- Sempre, ao realizar as anotações no prontuário do usuário, colocar data e horário do procedimento, lote e validade do medicamento, assinatura e carimbo do profissional.
- Nunca realizar medicação sem prescrição médica, ou se a mesma estiver fora dos critérios: letra legível, nome completo do usuário, data atualizada, nome do medicamento, dosagem, via, horário ou frequência.

9 CERTOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

- ✓ Usuário certo;
 - ✓ Medicamento certo;
 - ✓ Dose certa;
 - ✓ Hora certa;
 - ✓ Via certa;
 - ✓ Compatibilidade medicamentosa;
 - ✓ Orientação ao usuário;
 - ✓ Direito de recusar o medicamento;
 - ✓ Anotação certa.
- Na administração de insulina: não realizar massagem após aplicação,

POP Nº 08 - ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Objetivo

Anotação de Enfermagem é o registro sistematizado de todas as informações, observações, avaliações e ações relativas ao cuidado do paciente/cliente/usuário.

Executores

Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.

Materiais

- Prontuário ou ficha de atendimento;
- Caneta esferográfica preferencialmente azul ou preta;
- Computador;
- Impressora;
- Carimbo pessoal (com nome do profissional, categoria e número registro no conselho de classe).

Processos

□ AÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Registrar todo e qualquer procedimento realizado no paciente sobre sua responsabilidade, garantindo o respaldo legal dos profissionais e garantia da continuidade da assistência prestada (segurança do paciente e do profissional de Enfermagem).
2. Nunca registrar procedimento ou cuidado feito por terceiros.

7. Registrar cuidados prestados, observações efetuadas e sinais/sintomas referidos pelo paciente sem usar termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.).
8. A Anotação de Enfermagem embasa a Sistematização de Enfermagem realizada pelo Enfermeiro e deve conter nela as respostas frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro.
9. Conter apenas abreviaturas previstas em literatura.
10. Sempre registrar em impressos próprios e padronizados pela instituição.

Observações

- O conteúdo da anotação deve ser descritivo e não interpretativo.
- Não utilizar corretivos, nem riscar, molhar ou manchar o impresso.
- Em caso de prontuário eletrônico, imprimir, carimbar e assinar as anotações realizadas;
- Em caso de erro na anotação, usar a palavra “digo”, entre vírgulas.
- O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos.
- As anotações são necessárias para garantir a continuidade na assistência prestada.
- Os registros de estudantes dos diferentes níveis de formação profissional de Enfermagem deverão ser acompanhados pelos supervisores de atividade prática e estágio supervisionado, conforme Resolução COFEN nº 441/2013 (ou as que sobrevierem) e ser pactuado

POP Nº 09 - ANTROPOMETRIA DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

Objetivo

Obter medidas físicas (peso, comprimento, perímetros cefálico e torácico), a fim de conhecer proporções em relação ao crescimento e desenvolvimento da criança.

Executores

Equipe de Enfermagem.

Materiais

- Balança pediátrica;
- Fita métrica;
- Antropômetro infantil;
- Maca.

Processos

□ **Pesagem com balança analógica:**

1. Forrar a balança com papel lençol e destravá-la;
2. Verificar se a balança está zerada (agulha do braço e fiel, na mesma linha horizontal). Se não estiver, zerá-la, girando lentamente o calibrador;
3. Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados e travar a balança;
4. Pedir ao responsável para despir a criança;

8. Mover o cursor maior sobre a escala numérica para marcar os quilos. Em seguida, mover o cursor menor para marcar os gramas, até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;
9. Travar a balança e realizar a leitura do peso, de frente para o equipamento, com os olhos no mesmo nível da escala.

□ **Pesagem com balança digital:**

1. Ligar a balança e esperar que ela tare, apresentando marcação zero;
2. Solicitar ao responsável para despir a criança, e forrar a balança com papel lençol;
3. Colocar a criança deitada, ou sentada, no centro do prato, de modo a distribuir o peso igualmente;
4. Orientar o responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança ou no equipamento, mas ajudando a mantê-la parada o máximo possível;
5. Aguardar que o peso esteja fixado no visor, e realizar a leitura.

□ **Comprimento:**

1. Forrar com papel lençol a superfície (maca) de medida;
2. Deitar a criança no centro do antropômetro, descalça, e com a cabeça livre de adereços;
3. Com a ajuda do responsável, manter a cabeça da criança apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto, e o queixo afastado do peito; os ombros devem estar totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro, e os braços estendidos ao longo do corpo; o quadril e os calcanhares também devem estar em contato com a superfície que apoia o antropômetro;

□ **Perímetro Cefálico:**

1. Colocar a fita em torno da cabeça da criança, passando pelos pontos imediatamente acima das sobrancelhas e orelhas, e em torno da saliência occipital.

□ **Perímetro Torácico:**

1. Colocar a fita métrica em torno do tórax, ao nível dos mamilos e realizar leitura;
2. Remover criança do equipamento ou superfície utilizada e desprezar o papel lençol usado.

Observações:

- **Após todos os procedimentos de medições:** registrar o valor em prontuário (tanto na evolução clínica, como em gráfico de crescimento) e na caderneta de saúde da criança (quando houver).

POP Nº 10 - ANTROPOMETRIA DE INDIVÍDUOS MAIORES DE 2 ANOS

Objetivo

Obter medidas físicas (peso, estatura), a fim de conhecer proporções em relação ao crescimento e desenvolvimento do indivíduo.

Executores

Equipe de Enfermagem.

Materiais

- Balança;
- Estadiômetro.

Processos

□ **Pesagem em balança analógica:**

1. Destravar a balança e verificar se está calibrada (a agulha do braço e do fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso não esteja, girar o calibrador lentamente, e esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;
2. Travar a balança e solicitar (se necessário com ajuda de responsável) que o indivíduo suba na plataforma;
3. Posicionar o usuário de costas para a balança, no centro do equipamento, ereto, com os pés juntos, descalços, com o mínimo de roupa possível, e braços estendidos ao longo do corpo;

2. Forrar a plataforma da balança com papel lençol;
3. Solicitar que o responsável auxílie ou que o próprio usuário suba na balança, com o mínimo de roupa possível e descalço;
4. Posicionar o usuário ao centro da plataforma e pedir que fique imóvel;
5. Realizar a leitura do peso, após o valor de peso estar fixado no visor.

□ **Estatura:**

1. Solicitar que o responsável auxilie ou o próprio usuário retire os sapatos e encoste na parede em frente à fita métrica ou no estadiômetro;
2. Posicionar o usuário:
3. Cabeça erguida, olhando para ponto fixo na altura dos olhos;
4. Corpo ereto, com braços estendidos ao lado do tronco;
5. Pernas paralelas (não é necessário que as partes internas estejam encostadas), formando ângulo reto com os pés;
6. Devem estar encostados na parede, ou no estadiômetro: parte posterior da cabeça (região occipital), escápulas, glúteos, panturrilhas e calcanhares;
7. Abaixar a parte móvel do equipamento (ou régua que auxilie a formar ângulo reto com a fita métrica), fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;
8. Quando tiver certeza de ter fixado a medida, realizar a leitura da estatura;
9. Remover o usuário do equipamento ou superfície utilizada e desprezar papel lençol utilizado.

Observações

POP Nº 11 - CATETERISMO NASOGÁSTRICO E NASOENTERAL

Objetivo

Possibilitar ao usuário nutrição gástrica ou enteral, na impossibilidade de receber alimentação oral.

Executores

Enfermeiro.

Materiais

- Bandeja;
- Cateter nasogástrico ou nasoenteral com guia;
- Seringa de 20ml;
- Copo com água;
- Abaixador de língua;
- Lanterna;
- Cuba rim;
- Xilocaina gel hidrossolúvel;
- Gaze;
- Esparadrapo ou micropore;
- Cadarço ou barbante;
- Toalha;
- Estetoscópio;
- Luvas de procedimentos;
- Saco plástico para lixo;

4. Realizar exame físico dirigido (SSVV, nível de consciência, seios paranasais, cavidade nasal e oral, tórax, abdômen, extremidades, pele);
5. Colocar o usuário em posição Fowler;
6. Organizar o material e colocar na mesa de cabeceira ou em superfície que facilite procedimento e acesso ao material;
7. Atentar à privacidade do usuário;
8. Calçar as luvas de procedimento, a máscara e os óculos;
9. Proteger o tórax do usuário com toalha e caso ele possua óculos e próteses dentárias, removê-los;
10. Oferecer cuba rim ao usuário e explicar que assim que o cateter atravessar a orofaringe, que poderá ativar o reflexo de vômito;
11. Instruir o usuário a relaxar e respirar normalmente, enquanto oclui uma das narinas. Repetir o mesmo procedimento com a narina oposta;
12. Selecionar a narina com maior fluxo de ar, para realizar a passagem do cateter;
13. Medir a distância de introdução da sonda: descontar a ponta preta, e colocar a extremidade no lóbulo da orelha, até à pirâmide nasal e em seguida, até o processo xifóide. No caso de cateter nasoentérico, medir mais 4 a 5 cm abaixo do processo xifóide (equivalente a três ou quatro dedos);
14. Marcar com esparadrapo esta medida, referente à distância que será inserida;
15. Lubrificar os primeiros 8 cm da extremidade do cateter com lubrificante (xilocaína);
16. Avisar o usuário que o procedimento irá começar e orientá-lo a estender

engasgar, interromper a introdução do cateter, até resolução dos sintomas. Observar cianose, angústia respiratória e dispnéia. Recuar o cateter ligeiramente para trás, caso ele continue tossindo;

- **Atenção:** Usuário com alteração no nível de consciência poderá não apresentar esses sinais, mesmo com o cateter posicionado no pulmão.

20. Após o usuário relaxar, avançar cuidadosamente com o cateter enquanto o mesmo engole a seco, até que a distância marcada com esparadrapo atinja a narina;
21. Realizar testes para confirmar localização;
22. Se testes positivos, inspecionar nariz e orofaringe para fixar o cateter;
23. Para o posicionamento intestinal, colocar o cliente em decúbito lateral direito, após ter realizado os testes de confirmação;
24. Se testes positivos, inspecionar nariz e orofaringe para fixar o cateter;
25. Perguntar ao usuário se está confortável, observar respiração e náuseas;
26. Remover as luvas, descartando-as adequadamente e fixar o cateter em nariz e/ou região frontal do usuário;
27. Higienizar as mãos (POP nº 24);
28. Encaminhar o paciente para controle radiológico;
29. Após confirmar a localização da sonda pela radiografia, retirar o fio guia e iniciar a nutrição/medicação;
30. Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado e identificado, para repassar a sonda se necessário e entregar ao responsável;
31. Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP nº 24);
32. Anotar o procedimento no prontuário do usuário.

- Conectar a seringa na extremidade do cateter. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o hipocôndrio e imediatamente abaixo do rebordo costal. Injetar 10 ml de ar rapidamente, enquanto auscultar o abdômen do usuário.
- No sistema de sondagem nasoenteral, o RX é necessário para verificar a localização da sonda e segurança do procedimento, caso o procedimento seja realizado no domicílio encaminhar para a UPA mais próxima com guia de referência, após contato telefônico. Se usuário acamado, solicitar transporte ao SAMU;
- Sempre, ao realizar anotações em prontuário do usuário, colocar data, horário do procedimento, assinatura e carimbo do profissional.

POP Nº 12 - CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

Objetivo

Realizar drenagem de urina, para fins diagnósticos ou terapêuticos, através de cateter introduzido na uretra.

Executores

Enfermeiro com auxílio do Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.

Materiais

- Pacote de cateterismo vesical previamente esterilizado (cuba rim, cuba redonda, pinça anatômica, pinça pean, gazes, campo fenestrado);
- Cateter uretral estéril de calibre compatível (uma via);
- Solução antisséptica (clorexidina aquosa 1%);
- Lidocaína gel 2%;
- Agulha 40 x 1,2 mm;
- Gazes estéreis se necessário;
- Saco plástico branco para lixo infectante;
- Material para higiene externa pré-cateterismo (sabão líquido, jarro com água morna, comadre, toalha preferencialmente descartável, luvas de procedimento);
- EPI's: avental, gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luvas estéreis e luvas de procedimento.

Processos

PACIENTE DO SEXO FEMININO

7. Realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário), desprezando o material utilizado de forma adequada;
8. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos novamente (POP nº 24);
9. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas da usuária, próximo à genitália. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível;
10. Abrir o pacote, aproximando o campo do quadril da usuária, mantendo os princípios assépticos;
11. Abrir a embalagem do cateter vesical com técnica asséptica colocando-o dentro da área do campo estéril;
12. Desprezar o primeiro jato e colocar a solução antisséptica na cuba redonda;
13. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica adequada;
14. Fazer 07 trouxinhos com as gazes, umedecendo-as com solução antisséptica. Utilizar a pinça pean com a mão dominante para pinçá-las, iniciando a antisepsia do meato uretral, conforme descrições a seguir:
 - a) Limpar primeiramente, com movimento único e firme, os grandes lábios, no sentido anteroposterior (clitóris-ânus). Desprezar a gaze a cada procedimento realizado;
 - b) Afastar os grandes lábios com a mão não-dominante, usando o dedo polegar e indicador e proceder da mesma maneira à limpeza dos pequenos lábios;
 - c) Fazer a limpeza do meato urinário, com movimento uniforme e único, no sentido anteroposterior;
15. Solicitar ao técnico ou auxiliar de enfermagem que abra a bisnaga de lidocaína gel com técnica asséptica (utilizar agulha 40X1,2 mm) e que aplique pequena quantidade de lidocaína gel 2% na extremidade proximal do cateter a ser utilizado (evitar contaminar a superfície da sonda);
16. Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta da mesma na cuba rim;
17. Avisar à usuária sobre a introdução do cateter, e pedir para relaxar a musculatura

23. Deixar a usuária confortável;
 24. Retirar as luvas estéreis e descartá-las adequadamente;
 25. Encaminhar o material permanente e o resíduo para o destino adequado;
 26. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e passar álcool a 70%;
 27. Higienizar as mãos (POP nº 24);
 28. Anotar no prontuário da usuária o procedimento realizado, a quantidade de diurese eliminada e as observações pertinentes; assinar e carimbar.
-

PACIENTE DO SEXO MASCULINO

1. Reunir o material;
2. Explicar ao usuário o procedimento;
3. Preservar a privacidade do mesmo, levando-o para uma sala fechada e individual.
Caso procedimento realizado em domicílio, atentar ao ambiente para esta finalidade;
4. Higienizar as mãos (POP nº 24);
5. Paramentar-se com os EPI's e calçar as luvas de procedimento;
6. Colocar o usuário em decúbito dorsal, com as coxas ligeiramente abduzidas;
7. Realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário), desprezando o material utilizado de forma adequada;
8. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos novamente (POP nº 24);
9. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas do usuário, próximo à genitália. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível;
10. Abrir o pacote, aproximando o campo do quadril do usuário, mantendo os princípios assépticos. Abrir os materiais descartáveis dentro da área estéril;
11. Abrir a embalagem do cateter vesical com técnica asséptica colocando-o dentro da área do campo estéril;
12. Desprezar o primeiro jato e colocar a solução antisséptica na cuba redonda;

15. Fazer 07 trouxinhas com as gazes, umedecendo-as com solução antisséptica.

Utilizar a pinça pean com a mão dominante para pinçá-las, iniciando a antisepsia do meato uretral, conforme descrições a seguir:

16. Quando o cliente não é circuncidado, retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurando o corpo do pênis, expondo a glande;

17. Retrair o meato uretral entre o polegar e o indicador. Manter a mão não dominante nessa posição durante todo o procedimento;

18. Fazer a limpeza da glande com movimentos circulares de cima para baixo (da glande para o corpo e para a base do pênis). Repetir o procedimento 3 vezes, desprezando a gaze a cada procedimento realizado;

19. Posicionar o campo fenestrado com a mão dominante, mantendo a mão não dominante na genitália;

20. Com a mão dominante, instilar a lidocaína através do meato uretral utilizando a seringa previamente preparada;

21. Aplicar pequena quantidade de lidocaína gel 2% na extremidade proximal do cateter a ser utilizado (evitar contaminar a superfície da sonda);

22. Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta da mesma na cuba rim;

23. Avisar ao usuário sobre a introdução do cateter, e pedir para relaxar a musculatura do quadril;

24. Levantar o pênis (com a mão não dominante que estava fixa), para posicionar perpendicularmente ao corpo do usuário, e então aplicar uma tração suave;

25. Introduzir o cateter delicadamente no meato urinário até observar a drenagem de urina (avançar a sonda por 17 a 22,5 cm no adulto. Quando a urina aparecer, avançar por mais 2,5 a 5 cm);

26. Verificar a saída de diurese pelo cateter, deixando-a fluir na cuba rim;

27. Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da diurese;

35. Anotar no prontuário do usuário o procedimento, a quantidade de diurese eliminada e as observações pertinentes; assinar e carimbar.

Observações

- Lembre-se de usar novas gazes embebidas em solução antisséptica para higienizar cada área.
- Sempre, ao realizar anotações em prontuário do (a) usuário (a), colocar data, horário do procedimento, assinatura e carimbo do profissional.
- É imprescindível a presença do profissional de nível médio de enfermagem no procedimento de sondagem vesical executado pelo enfermeiro.
- Constitui responsabilidade do profissional de nível médio de enfermagem a preparação do material e do ambiente necessários para a execução do cateterismo vesical de alívio e de demora, cabendo ao mesmo abrir o material, posicionar o paciente, dar destino ao material utilizado e encaminhar para laboratório amostra coletada para exames (se for o caso).
- Os cateteres Foley mais utilizados para cateterismo vesical em mulheres adultas são os de nº 12, 14 ou 16. Já em homens adultos, são os de nº 16, 18 ou 20. Em crianças, é indicado o uso de cateteres nº 6, 8 e 10. Em neonatos, é indicado uso de cateter nº 4 e 6. Em todos os casos, utilizar cateter de menor calibre possível para evitar trauma uretral.

POP Nº 13 - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Objetivo

Controlar e possibilitar a eliminação do volume urinário em usuários imobilizados, inconscientes, com obstrução, ou em pós-operatório de cirurgias urológicas.

Executores

Enfermeiro com auxílio do Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.

Materiais

- Pacote de cateterismo vesical previamente esterilizado (cuba rim, cuba redonda, pinça anatômica, pinça pean, gazes, campo fenestrado);
- Seringas de 20 ml (3 a 4 unidades em caso de troca do sistema e 2 a 3 unidades se primeira inserção);
- 2 agulhas 40x1,2 mm;
- Ampolas de água destilada (quantidade suficiente para encher o balonete do cateter, de acordo com a discriminação do fabricante);
- Cateter uretral estéril de calibre compatível (uma via, tipo sonda Foley);
- Bolsa coletora de urina sistema fechado (estéril);
- Solução antisséptica (clorexidina aquosa 1%);
- Lidocaína gel 2%;
- Fita adesiva (esparadrapo ou adesivo hipoalergênico);
- Gazes estéreis se necessário;
- Saco plástico branco para lixo infectante;
- Material para higiene externa pré-cateterismo (sabão líquido, jarro com água

3. Preservar a privacidade da mesma, levando-a para uma sala fechada e individual.
Caso procedimento realizado em domicílio, atentar ao ambiente para esta finalidade;
4. Higienizar as mãos (POP nº 24);
5. Paramentar-se com os EPI's e calçar as luvas de procedimento;
6. Colocar a usuária em decúbito dorsal, com as coxas ligeiramente abduzidas, em posição ginecológica;
7. Retirar o cateter (quando for caso de troca) aspirando o conteúdo do balonete de segurança com a seringa de 20 ml e sacando o mesmo. Desprezar todo o material no lixo infectante;
8. Realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário), desprezando o material utilizado de forma adequada;
9. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos novamente (POP nº 24);
10. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas da usuária, próximo à genitália. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível;
11. Abrir o pacote de cateterismo, aproximando o campo do quadril da usuária, mantendo os princípios assépticos;
12. Abrir o material descartável (cateter uretral estéril, seringas, agulhas e bolsa coletora de urina) com técnica asséptica, colocando-o dentro da área do campo estéril;
13. Desprezar o primeiro jato e colocar a solução antisséptica na cuba redonda;
14. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica adequada;
15. Aspirar a água destilada utilizando as seringas de 20 ml acopladas à agulha 40X1,2 mm, com auxílio do técnico ou auxiliar de enfermagem, de acordo com volume recomendado pelo fabricante. Em seguida remover a agulha e apoiar a seringa preenchida sobre a área estéril;

- b) Afastar os grandes lábios com a mão não dominante, usando o dedo polegar e indicador e proceder da mesma maneira à limpeza dos pequenos lábios;
 - c) Fazer a limpeza do meato urinário, com movimento uniforme e único, no sentido anteroposterior;
19. Manter os grandes lábios afastados usando o dedo indicador e o polegar da mão não dominante, a fim de visualizar o orifício uretral;
20. Posicionar o campo fenestrado com a mão dominante, mantendo a mão não dominante na genitália;
21. Solicitar ao técnico ou auxiliar de enfermagem que abra a bisnaga de lidocaína gel com técnica asséptica (utilizar agulha 40X1,2 mm). Segurar o cateter com a mão dominante e aplicar pequena quantidade de lidocaína gel 2% na extremidade proximal;
22. Avisar à usuária sobre a introdução do cateter, pedindo para relaxar a musculatura do quadril;
23. Introduzir o cateter delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina (avançar a sonda por um total de 5 a 7,5 cm na mulher adulta. Quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5 cm);
24. Encher o balonete do cateter, utilizando a seringa previamente preparada (de acordo com a especificação do fabricante). Em geral, o volume está impresso na extensão distal do cateter;
25. Tracionar o cateter delicadamente;
26. Retirar as luvas estéreis e descartá-las adequadamente;
27. Fixar o cateter com a fita adesiva, conforme imagem abaixo:



32. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e passar álcool a 70%;
 33. Higienizar as mãos (POP nº 24);
 34. Anotar no prontuário da usuária o procedimento realizado e as observações pertinentes; assinar e carimbar.
-

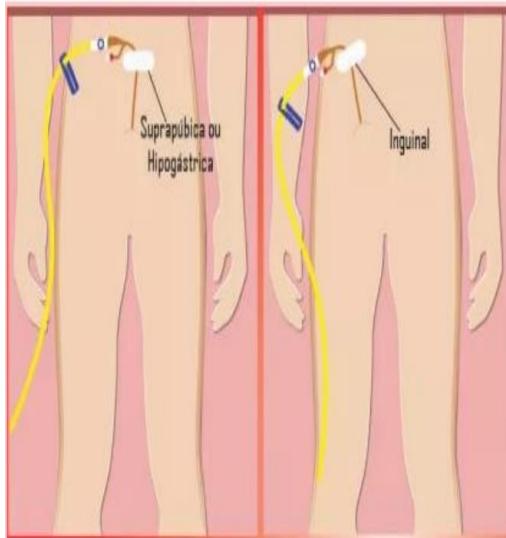
PACIENTE DO SEXO MASCULINO

1. Reunir o material;
2. Explicar ao usuário o procedimento;
3. Preservar a privacidade do mesmo, levando-o para uma sala fechada e individual.
Caso procedimento realizado em domicílio, atentar ao ambiente para esta finalidade;
4. Higienizar as mãos (POP nº 24);
5. Paramentar-se com os EPI's e calçar as luvas de procedimento;
6. Colocar o usuário em decúbito dorsal, com as coxas ligeiramente abduzidas;
7. Retirar o cateter (quando for caso de troca), aspirando o conteúdo do balonete de segurança com a seringa de 20 ml e sacando o mesmo. Desprezar todo o material no lixo infectante;
8. Realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário), desprezando o material utilizado de forma adequada;
9. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos novamente (POP nº 24);
10. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas do usuário, próximo à genitália. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível;
11. Abrir o pacote de cateterismo, aproximando o campo do quadril do usuário, mantendo os princípios assépticos;
12. Abrir o material descartável (cateter uretral estéril, seringas, agulhas e bolsa

seguida remover a agulha, apoiando-a sobre a área estéril. Solicitar ao técnico ou auxiliar de enfermagem que deposite lidocaína gel 2% em gaze de apoio dentro da área estéril;

17. Testar o balonete e a válvula do cateter, utilizando seringa e água destilada, no volume recomendado pelo fabricante, mantendo técnica asséptica (solicitar auxílio do técnico ou auxiliar de enfermagem para a aspiração);
18. Adaptar o cateter uretral à bolsa coletora de urina;
19. Fazer 07 trouxinhas com as gazes, umedecendo-as com solução antisséptica. Utilizar a pinça pean com a mão dominante para pinçá-las, iniciando a antisepsia do meato uretral, conforme descrições a seguir:
 - a) Quando o cliente não é circuncidado, retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurando o corpo do pênis, expondo a glande;
 - b) Retrair o meato uretral entre o polegar e o indicador. Manter a mão não dominante nessa posição durante todo o procedimento;
 - c) Fazer a limpeza da glande com movimentos circulares de cima para baixo (da glande para o corpo e para a base do pênis). Repetir o procedimento 3 vezes, desprezando a gaze a cada procedimento realizado;
20. Posicionar o campo fenestrado com a mão dominante, mantendo a mão não dominante na genitália;
21. Com a mão dominante, instilar a lidocaína através do meato uretral utilizando a seringa previamente preparada;
22. Segurar o cateter com a mão dominante, aplicar pequena quantidade de lidocaína gel 2% na extremidade proximal;
23. Avisar ao usuário sobre a introdução do cateter, pedindo para relaxar a musculatura do quadril;
24. Levantar o pênis (com a mão não dominante que estava fixa), para posicionar

29. Fixar o cateter com a fita adesiva, conforme imagem abaixo:



30. Etiquetar ou anotar no coletor, data e profissional que realizou o procedimento e número do cateter;

31. Deixar o usuário confortável;

32. Recolher o material mantendo a unidade organizada;

33. Encaminhar o material permanente e o resíduo para o destino adequado;

34. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e passar álcool a 70%;

35. Higienizar as mãos (POP nº 24);

36. Anotar no prontuário do usuário o procedimento realizado e as observações pertinentes; assinar e carimbar.

Observações

- Sempre, ao realizar anotações em prontuário do (a) usuário (a), colocar data, horário do procedimento, assinatura e carimbo do profissional;
- Em usuários (as) com cateter vesical de demora, orientar a higienização cuidadosa

- Os cateteres Foley mais utilizados para cateterismo vesical em mulheres adultas são os de nº 12, 14 ou 16. Já em homens adultos, são os de nº 16, 18 ou 20. Em crianças, é indicado o uso de cateteres nº 6, 8 e 10. Em neonatos, é indicado uso de cateter nº 4 e 6. Em todos os casos, utilizar cateter de menor calibre possível para evitar trauma uretral.
- Observar e anotar o volume, a coloração e o aspecto da urina.
- Para retirar o cateter vesical de demora, é necessário desinflar o balonete.
- Após retirada definitiva do cateter, recomenda-se observar e anotar o horário, o volume e o aspecto da primeira micção espontânea.
- O sistema de drenagem deve ser obrigatoriamente “fechado” e trocado toda vez que for manipulado inadequadamente.
- O enfermeiro é profissional apto a avaliar a necessidade e momento oportuno para a troca do sistema. Não há recomendação para a troca de sonda vesical de demora com intervalo fixo. Deve ser trocada quando há: alterações clínicas do paciente, episódios de infecção, drenagem inadequada ou incrustações e quando há fissura ou abertura entre o cateter e o tubo coletor, ou entre tubo e bolsa coletora. Caso o paciente tenha histórico de infecções e um padrão de tempo entre a colocação da sonda e o surgimento dos primeiros sinais de infecção ou de obstrução da sonda, a troca pode ser planejada com intervalos regulares, uma semana antes do provável início das manifestações clínicas ou conforme indicado pelo fabricante da sonda (geralmente a cada 12 semanas). Deve-se elaborar um projeto terapêutico para o paciente, levando em consideração a história clínica, os achados do exame físico, a pactuação de metas entre paciente, família e equipe e o contexto em que o cuidado será realizado OU seguir recomendações médicas para o intervalo de troca do cateter.

POP Nº 14 - CAUTERIZAÇÃO UMBILICAL

Objetivo

Aplicação de nitrato de prata 5% para realizar cicatrização completa do coto umbilical. Tem por objetivo remover granuloma presente em região da cicatriz umbilical. O granuloma umbilical consiste em tecido de granulação de cor avermelhada.

Executores

Equipe de enfermagem.

Materiais

- Luvas de procedimento;
- Gazes;
- Álcool a 70%;
- Hastes de algodão flexíveis;
- Bastão de nitrato de prata 5%;
- AGE, óleo de girassol ou similar.

Processos

1. Reunir o material;
2. Encaminhar o bebê junto com o responsável para um local privativo. Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
3. Higienizar as mãos (POP nº 24);
4. Calçar as luvas de procedimento;

10. Colocar a fralda dobrada para frente e abaixo da área para evitar irritação e umidade local. A área deve ser mantida livre de urina e fezes e a limpeza deve ser frequente;
11. Orientar o responsável a realizar a higienização da área com álcool a 70% a cada troca de fraldas e após o banho, sempre observando se a mesma se mantém seca;
12. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
13. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP nº 24);
14. Anotar no prontuário do usuário o procedimento realizado e as observações pertinentes; assinar e carimbar.
15. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observações

- Orientar o responsável que o procedimento é indolor à criança, pois não há terminações nervosas no granuloma;
- Sempre, ao realizar anotações em prontuário do (a) usuário (a), colocar data, horário do procedimento, assinatura e carimbo do profissional;
- Reavaliar diariamente e fazer aplicação de uma a duas vezes por semana, durante duas a três semanas, até cicatrização completa;
- Sempre observar presença de sinais flogísticos no local (dor, calor, hiperemia, edema), com ou sem sinais de infecção. Nesse caso, ou em caso de persistência do sinal após dias de tratamento, o enfermeiro deve encaminhar para avaliação médica;
- Higienizar bastão com SF 0,9% após cada uso, envolver em gaze estéril e entregar ao responsável, orientando-o a trazer a cada procedimento.

POP Nº 15 - COLETA DE ESCARRO

Objetivo

Realizar coleta adequada do escarro, para identificar casos bacilíferos de tuberculose pulmonar visando a detecção e tratamento precoces da patologia e interrupção da cadeia de transmissão.

Executores

Equipe de enfermagem.

Materiais

- Requisição do exame devidamente preenchida;
- Coletor universal;
- Luvas de procedimento;
- Saco plástico transparente;
- Etiqueta com identificação do usuário;
- Saco plástico branco para lixo infectante;
- Papel toalha.

Processos

Orientar o usuário acerca do procedimento, identificar no corpo do frasco com etiqueta preenchida com nome completo, matrícula e data de nascimento do mesmo e proceder com os passos de acordo com o local para coleta:

Coleta em domicílio

1. Pela manhã, imediatamente após acordar, ainda em jejum, eliminar o material de

6. Repetir a orientação 4 por mais duas vezes, até conseguir uma quantidade maior de amostra, preenchendo no mínimo 1,5 cm do frasco com o escarro (cerca de 5 a 10 ml);
7. Orientar o paciente a lavar as mãos após o procedimento;
8. **Fechar firmemente o frasco**, colocar em saco plástico junto com a solicitação do exame, proteger da luz solar e entregar à unidade de saúde;
9. A unidade de saúde, por sua vez, deverá encaminhar a amostra ao laboratório.

Coleta na unidade de saúde

1. Conferir solicitação de exame e identificação no frasco de coleta;
2. Encaminhar o usuário a local aberto e bem arejado, em condições adequadas de biossegurança;
3. Inspirar profundamente 5 vezes, prendendo a respiração por alguns instantes a cada vez e, em seguida, **forçar a tosse** para poder liberar o escarro que está dentro do pulmão;
4. **Escarrar** diretamente dentro do frasco, evitando que o material escorra pela parede externa do frasco;
5. Repetir a orientação 4 por mais duas vezes, até conseguir uma quantidade maior de amostra, preenchendo no mínimo 1,5 cm do frasco com o escarro (cerca de 5 a 10 ml);
6. **Fechar firmemente o frasco**, colocar em saco plástico junto com a solicitação do exame e entregar à enfermagem, que encaminhará a amostra ao laboratório;
7. Orientar o paciente a lavar as mãos após o procedimento.

Observações

- Sintomático respiratório: pessoa com tosse produtiva por 02 semanas ou mais;

- Conservação das amostras: até 72 horas sob refrigeração (2 a 8 °C) e até 24 horas em temperatura ambiente, desde que protegidas da luz solar (acondicionar em caixa térmica);
- Registrar coleta em livro de sintomáticos respiratórios e em prontuário caso esta seja realizada com auxílio do profissional na unidade de saúde.

POP Nº 16 - COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO

Objetivo

Realizar rastreamento de câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos, 11 meses e 29 dias.

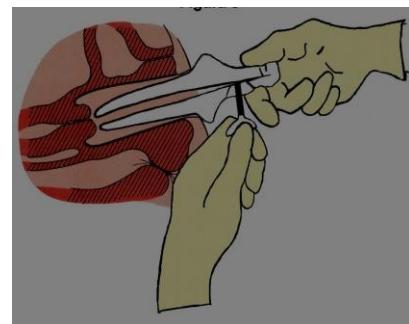
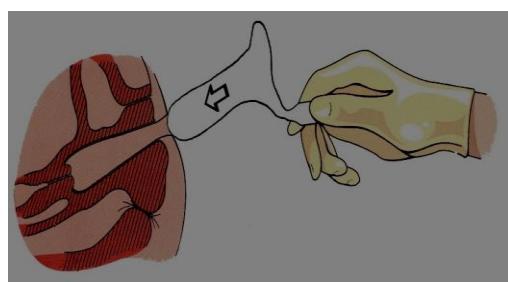
Executores

Enfermeiro e médico.

Materiais

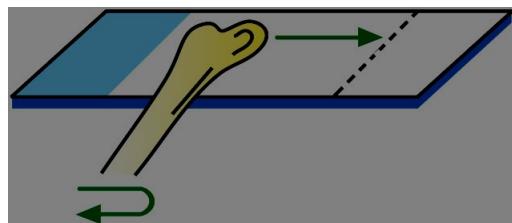
- Espéculo vaginal (tamanho pequeno, médio ou grande);
- Lâmina com uma extremidade fosca;
- Espátula de Ayres;
- Escova cervical;
- Formulário de requisição de exame;
- Lápis n° 2 (para identificação da lâmina);
- Fixador citológico;
- Caixa para acondicionamento das lâminas;
- Lençol;
- Avental;
- Pinça de Cheron;
- Gazes;
- Maca ginecológica com papel lençol descartável;
- Foco de luz;
- Saco plástico branco para lixo infectante;

6. Encaminhar a usuária para o banheiro, solicitar que esvazie a bexiga, retire a parte inferior da roupa, vista o avental e sente-se na maca ginecológica;
7. Higienizar as mãos (POP nº 24);
8. Colocar os EPIs;
9. Solicitar que a usuária se posicione (posição ginecológica) e cobri-la com lençol;
10. Posicionar o foco de luz;
11. Realizar exame físico da genitália externa;
12. Introduzir o espéculo (de tamanho adequado) em posição lateralizada e realizar rotação de 45°, deixando-o em posição horizontal;

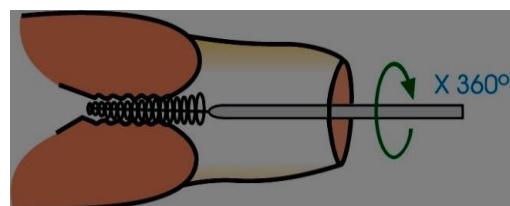


13. Abrir o espéculo lentamente (se houver dificuldade para visualizar o colo uterino, solicite que a usuária tussa);
14. Ao visualizar o colo uterino, verificar se há grande quantidade de muco ou secreção e, se necessário, secar delicadamente, sem esfregar, com gaze e pinça Cheron;
15. Para coletar material ectocervical, utilizar espátula de Ayres do lado que apresenta reentrância. Encaixar a ponta mais longa no orifício externo do colo fazendo uma raspagem da mucosa ectocervical com movimentos rotativos a 360° em torno do todo orifício, por 3 vezes, com cuidado para não o agredir;

16. Estender o material ectocervical na lâmina, no sentido longitudinal, ocupando 2/3 da parte transparente. Garantir que a amostra fique fina e uniforme, sem sobreposição de material;



17. Para coletar o material endocervical, introduzir a escova cervical no orifício do colo uterino, girando-a 360° por 3 vezes;



18. Girar a escova no sentido transversal no 1/3 restante da parte transparente da lâmina, depositando o material colhido;



19. Fixar o esfregaço com fixador citológico a uma distância de 20 cm, imediatamente após a coleta, cobrindo todo o material coletado (testar o jato do fixador previamente, de forma a não espalhar o material coletado):

25. Na presença de achados atípicos ao exame físico, realizar tratamento de acordo com Manual de Enfermagem de Saúde da Mulher - Piracicaba;
26. Anotar o procedimento e exame clínico no prontuário da usuária (POP nº 08);
27. Registrar a coleta no SISCAN, anotar nº do protocolo na requisição e em livro/arquivo próprio;
28. Encaminhar semanalmente o material para avaliação laboratorial conforme fluxo estabelecido pelo município.

Observações

- Orientar a usuária previamente quanto ao preparo para a coleta do exame. Nas 48 horas que antecedem o exame:
 - ✓ Não manter relações sexuais com ou sem uso de preservativos;
 - ✓ Não ter realizado exames como USG TV, toque vaginal, dentre outros;
 - ✓ Não utilizar duchas vaginais;
 - ✓ Não utilizar medicações intravaginais;
 - ✓ Não estar menstruada (aguardar o 5º dia após o término da menstruação)*

** No caso de sangramento vaginal anormal, o exame ginecológico é mandatório e a coleta, se indicada, pode ser realizada (secar o sangramento com gaze e proceder à coleta). Relatar em requisição todas as informações possíveis.*

- Não há indicação de coleta em mulheres com histerectomia total, salvo casos de histerectomia parcial ou se a histerectomia total foi realizada

- Em geral, não utilizar nenhum tipo de lubrificante para a coleta. Entretanto, no caso de usuárias idosas, com mucosas extremamente atróficas, deve-se umedecer o espéculo com soro fisiológico 0,9%.

**Impresso para requisição de exame citopatológico do colo do útero
(disponível também em prontuário eletrônico e no SISCAN)**

<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE</p> <p>REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPLÁSTICO - COLO DO ÚTERO</p> <p>UF: CHES do Estado da Saúde</p> <p>Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero</p> <p>Nº Protocolo: (ser gerado automaticamente pelo SISCAN)</p> <p>Município: Pronto-Atendimento</p> <p>INFORMAÇÕES PESSOAS</p> <p>Nome do SUS*: _____</p> <p>Nome Completo da Mulher*: _____</p> <p>Nome Completo do Marido*: _____</p> <p>CPF: _____ Apelido da Mulher: _____ Nacionalidade: _____</p> <p>Data de Nascimento: _____ Idade: _____</p> <p>Região: _____ Bres/Pre/Pra/And/Indigena: _____</p> <p>Endereço: _____ Logradouro: _____</p> <p>Número: _____ Complemento: _____</p> <p>UF: _____</p> <p>CEP: _____ DDD: _____ Telefone: _____</p> <p>Posto de Referência: _____</p> <p>Exames: <input type="checkbox"/> Análises <input type="checkbox"/> Exame Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Exame Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Exame Médio Completo <input type="checkbox"/> Exame Superior Completo</p> <p>ATENÇÃO! Os campos com asterisco (*) são obrigatórios</p> <p>DADOS DA ANAMNASE</p> <p>1. Motivo da consulta*: <input type="checkbox"/> Recorrimento <input type="checkbox"/> Segundo (nunca atendeu ASCUS/altera gine) <input type="checkbox"/> Segundo (pela degeneração infecção / infeção)</p> <p>2. Faz exames preventivos (Papanicolaou) alguma vez*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / se não é a sua primeira vez</p> <p>3. Use óculos*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não se usa</p> <p>4. Está grávida*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não se usa</p> <p>5. Use pílula anticoncepcional*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não se usa</p> <p>6. Use hormônio / medula para tratar e menstruar*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não se usa</p> <p>7. Já fez tratamento por endometriose*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não se usa</p> <p>8. Data do último menstrue / regras: _____ / _____ / _____</p> <p>9. Seu se teve alguma coagulação ou infecção vaginal? (deve considerar a própria infecção vaginal e vida): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não se usa / Não tem</p> <p>10. Seu se teve alguma infecção vaginal e menstruação? (deve considerar a infecção vaginal e menstruação): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não se usa / Não tem / Não se usa / Não tem</p> <p>NOTA: Na presença de soro alterado, com lesão suspeita de câncer, não ignorar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.</p> <p>11. Inspeção do colo*: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado (anomalias engolidas ou retrato desfigurante) <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Colo não visualizado</p> <p>12. Sintomas sugestivos de doença sexualmente transmissível: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>EXAME CLÍNICO</p> <p>13. Exame de colo: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado</p> <p>NOTA: Na presença de soro alterado, com lesão suspeita de câncer, não ignorar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.</p> <p>Data de colo*: _____</p> <p>Resposta*: _____</p> <p>IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO</p> <p>Nome do Laboratório: _____</p> <p>Número do Exame*: _____</p> <p>Resposta em: _____</p> <p>RESULTADO DO EXAME CITOPLÁSTICO - COLO DO ÚTERO</p> <p>ANALISADO PÓS-ANALÍTICA</p> <p>AMOSTRA REVISADA POR: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ausente ou errado na identificação de bônus, frascos ou frascos</p> <p><input type="checkbox"/> Lâmina deslizada ou ausente</p> <p><input type="checkbox"/> Caso ausente ou laboratório, especificar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outros erros, especificar: _____</p> <p>EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:</p> <p><input type="checkbox"/> Exófito <input type="checkbox"/> Glândular <input type="checkbox"/> Endometrial</p> <p>ANALISADO DO MATERIAL</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfatório</p> <p><input type="checkbox"/> Material suficiente ou suspeito de ausência de 10% de endópago</p> <p><input type="checkbox"/> Menos ou mais de 75% de endópago</p> <p><input type="checkbox"/> Mais ou mais de 75% de endópago</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações de descoloração em mais de 75% do endópago</p> <p><input type="checkbox"/> Contaminação bacteriana em mais de 75% do endópago</p> <p><input type="checkbox"/> Infecção supurativa maior em mais de 75% do endópago</p> <p><input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____</p> <p>DIAGNÓSTICO DESCRITIVO</p> <p>DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ALTERAÇÕES CELULARES REVERSAS REATIVAS OU REPARATIVAS</p> <p><input type="checkbox"/> Inflamação <input type="checkbox"/> Endometriose excessiva / invasiva</p> <p><input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Endometriose invasiva</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações com infiltração <input type="checkbox"/> Infiltração</p> <p><input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____</p> <p>CÉLULAS ATÍPIAS DE SIGNIFICADO INDEFINIDOS</p> <p>Exófito: <input type="checkbox"/> Predisponível a lesão neoplásica (ASC-US) <input type="checkbox"/> Não se pode efectuar lesão de alto grau (ASC-H)</p> <p>Glândulas: <input type="checkbox"/> Predisponível a lesão neoplásica <input type="checkbox"/> Não se pode efectuar lesão de alto grau</p> <p>De origem endometrial: <input type="checkbox"/> Predisponível a lesão neoplásica <input type="checkbox"/> Não se pode efectuar lesão de alto grau</p> <p>ATÍPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo alterações pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasia intra-epitelial cervical grau II e III)</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo adquirir micro-lesões</p> <p><input type="checkbox"/> Carcinoma epidermoide invasor</p> <p>ATÍPIAS EM CÉLULAS GLÂNDULARES</p> <p><input type="checkbox"/> Adenocarcinoma "in situ" <input type="checkbox"/> Cervical</p> <p><input type="checkbox"/> Adenocarcinoma invasor <input type="checkbox"/> Endometrial</p> <p><input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____</p> <p>OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS</p> <p><input type="checkbox"/> Presença de células endometriais (na pós-menopausa ou acima de 40 anos, fora do período menstrual)</p> <p>Observações Gerais: _____</p> <p>Screening pelo citoscópio: _____</p> <p>Resposta*: _____</p> <p>Data de Recolhimento: _____</p>	<p>IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO</p> <p>Nome do Laboratório: _____</p> <p>Número do Exame*: _____</p> <p>Resposta em: _____</p> <p>RESULTADO DO EXAME CITOPLÁSTICO - COLO DO ÚTERO</p> <p>ANALISADO PÓS-ANALÍTICA</p> <p>AMOSTRA REVISADA POR: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ausente ou errado na identificação de bônus, frascos ou frascos</p> <p><input type="checkbox"/> Lâmina deslizada ou ausente</p> <p><input type="checkbox"/> Caso ausente ou laboratório, especificar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outros erros, especificar: _____</p> <p>ANALISADO DO MATERIAL</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfatório</p> <p><input type="checkbox"/> Material suficiente ou suspeito de ausência de 10% de endópago</p> <p><input type="checkbox"/> Menos ou mais de 75% de endópago</p> <p><input type="checkbox"/> Mais ou mais de 75% de endópago</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações de descoloração em mais de 75% do endópago</p> <p><input type="checkbox"/> Contaminação bacteriana em mais de 75% do endópago</p> <p><input type="checkbox"/> Infecção supurativa maior em mais de 75% do endópago</p> <p><input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____</p> <p>DIAGNÓSTICO DESCRITIVO</p> <p>DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ALTERAÇÕES CELULARES REVERSAS REATIVAS OU REPARATIVAS</p> <p><input type="checkbox"/> Inflamação <input type="checkbox"/> Endometriose excessiva / invasiva</p> <p><input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Endometriose invasiva</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações com infiltração <input type="checkbox"/> Infiltração</p> <p><input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____</p> <p>CÉLULAS ATÍPIAS DE SIGNIFICADO INDEFINIDOS</p> <p>Exófito: <input type="checkbox"/> Predisponível a lesão neoplásica (ASC-US) <input type="checkbox"/> Não se pode efectuar lesão de alto grau (ASC-H)</p> <p>Glândulas: <input type="checkbox"/> Predisponível a lesão neoplásica <input type="checkbox"/> Não se pode efectuar lesão de alto grau</p> <p>De origem endometrial: <input type="checkbox"/> Predisponível a lesão neoplásica <input type="checkbox"/> Não se pode efectuar lesão de alto grau</p> <p>ATÍPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo alterações pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasia intra-epitelial cervical grau II e III)</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo adquirir micro-lesões</p> <p><input type="checkbox"/> Carcinoma epidermoide invasor</p> <p>ATÍPIAS EM CÉLULAS GLÂNDULARES</p> <p><input type="checkbox"/> Adenocarcinoma "in situ" <input type="checkbox"/> Cervical</p> <p><input type="checkbox"/> Adenocarcinoma invasor <input type="checkbox"/> Endometrial</p> <p><input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____</p> <p>OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS</p> <p><input type="checkbox"/> Presença de células endometriais (na pós-menopausa ou acima de 40 anos, fora do período menstrual)</p> <p>Observações Gerais: _____</p> <p>Screening pelo citoscópio: _____</p> <p>Resposta*: _____</p> <p>Data de Recolhimento: _____</p>
---	--

POP Nº 17 - COLETA DE SANGUE VENOSO

Objetivo

Coletar amostras de sangue venoso para investigação de alterações nas substâncias circulantes e pesquisa de agentes etiológicos infecciosos.

Executores

Equipe de enfermagem.

Materiais

- Braçadeira;
- Cadeira ou maca;
- Bandeja;
- Álcool a 70%;
- Bolas de algodão;
- Garrote;
- Agulha hipodérmica ou escalpe;
- Intermediário para coleta a vácuo ou seringa;
- Tubos de coleta a vácuo;
- Saco plástico transparente;
- Requisição de exame (SADT) preenchida corretamente;
- Etiquetas para identificação dos frascos devidamente preenchidas;
- Caixa coletora de materiais perfuro cortantes;
- Saco plástico branco para lixo infectante;

requisição;

3. Realizar a identificação do paciente, solicitando um documento de identificação com foto (RG, CNH, Carteira de Trabalho etc.);
4. Caso o paciente não esteja portando documento, pedir que o mesmo fale seu nome completo, data de nascimento e nome da mãe para conferência com o pedido médico, certificando-se de que se trata da mesma pessoa identificada na SADT;
5. Verificar se o paciente respeitou o período de jejum:
 - ✓ 8 horas para exames de glicemia, imunologia, sorologia e curva glicêmica
 - ✓ 12 horas para dosagem de colesterol e triglicerídos
 - ✓ 4 horas para exames de anti-HIV, desde que o soro não esteja lipêmico
 - ✓ Crianças de colo: 2 duas horas de jejum

IMPORTANTE: Caso o paciente não esteja em jejum, não será feita a coleta de sangue, o paciente será dispensado e orientado a voltar no próximo dia de coleta!

6. Gerar e conferir as etiquetas observando nome do paciente e os exames solicitados, tanto no pedido médico quanto na etiqueta e na autorização;
7. Caso haja algum exame faltando ou com erro de digitação, providenciar a devida correção;
8. Separar os tubos necessários;

ENFERMAGEM:

1. O paciente deverá ser recebido com cortesia e cordialidade;

7. Proceder à coleta, conforme tipo de coleta:

7.1. Coleta a vácuo simples

- Rosquear a agulha no adaptador (canhão), sem remover a capa de plástico que protege a agulha;
- Ajustar o garrote (em adultos: a aproximadamente 5 a 8 cm do local da punção venosa) e escolher a veia a ser punctionada (peça ao paciente que feche a mão para evidenciar as veias);
- Fazer a antisepsia no local da coleta com algodão embebido em álcool 70% por pelo menos 30 segundos. Deixar que a área seque completamente (cerca de 30 segundos). Após a antisepsia não tocar novamente o local;
- Remover a proteção plástica da agulha e realizar a punção;
- Em seguida, introduzir o tubo dentro do suporte pressionando-o até que a tampa de borracha seja perfurada e o sistema de vácuo comece a puxar o sangue;
- Soltar o garrote assim que o sangue começar a fluir dentro do tubo;
- Esperar o tubo se encher por completo até que o vácuo se esgote. Isso evita uma possível hemólise do sangue;
- Orientar o paciente a pressionar com algodão o local punctionado, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo, por 3 a 5 minutos. Após, adicionar um curativo no local da punção. Orientar para que o usuário não dobre ou carregue peso com o braço punctionado por cerca de 30 minutos.

7.2. Coleta a vácuo múltipla

- Rosquear a agulha no adaptador (canhão), sem remover a capa de

- Remover a proteção plástica da agulha e realizar a punção;
- Em seguida, introduzir o tubo dentro do suporte pressionando-o até que a tampa de borracha seja perfurada e o sistema de vácuo comece a puxar o sangue;
- Na troca dos tubos durante a coleta múltipla, respeitar a seguinte ordem:
 - 1° - Tampa azul – Citrato
 - 2° - Tampa vermelha/Amarela e Tubo de Zinco – Ativador de coágulo
 - 3° - Tampa Verde – Heparina
 - 4° - Tampa Roxa – EDTA
 - 5° - Tampa Cinza – fluoreto de sódio (EDTA)
- Soltar o garrote assim que o sangue começar a fluir dentro do tubo;
- Esperar o tubo se encher por completo até que o vácuo se esgote. Isso evita uma possível hemólise do sangue;
- Orientar o paciente a pressionar com algodão o local punctionado, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo, por 3 a 5 minutos. Após, adicionar um curativo no local da punção. Orientar para que o usuário não dobre ou carregue peso com o braço punctionado por cerca de 30 minutos.

7.3. Coleta com seringa e agulha descartável

- Colocar a agulha na seringa sem retirar a tampa protetora;
- Movimentar o êmbolo e pressioná-lo para retirar o ar;
- Ajustar o garrote (em adultos: a aproximadamente 5 a 8 cm do local da punção venosa) e escolher a veia a ser punctionada (peça ao paciente

- Volume aproximado de sangue a ser coletado:
 - Para 4 tubos, coletar aproximadamente 20 ml de sangue e distribuir nos tubos de acordo com o volume de cada um;
 - Para 3 tubos, coletar aproximadamente 15 ml;
 - Para 2 tubos, aproximadamente 10 ml;
 - Para 1 tubo, verificar o volume do tubo e usar a seringa adequada
 - Em crianças, coletar aproximadamente 5 ml
 - Caso haja mais de 4 tubos recomenda-se a coleta múltipla a vácuo
- Após a coleta, transferir o sangue para os tubos de coleta, perfurando a tampa, deixando o sangue escorrer delicadamente pela parede do tubo, evitando assim a hemólise;
- Orientar o paciente a pressionar com algodão o local punctionado, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo, por 3 a 5 minutos. Após, adicionar um curativo no local da punção. Orientar para que o usuário não dobre ou carregue peso com o braço punctionado por cerca de 30 minutos;
- Descartar agulhas em recipiente de perfuro cortantes e o restante em lixo adequado;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP nº 24);
- Após o término das coletas, higienizar as superfícies adequadamente e manter a unidade organizada;
- Providenciar o encaminhamento imediato do material para o laboratório;
- Fazer registros de enfermagem sobre a coleta no sistema Olostech, de acordo com as rotinas locais.

- Realizar dupla checagem. Na recepção, conferir dados na etiqueta gerada junto com o (a) usuário (a). Repetir o procedimento após a coleta.

POP Nº 18 - COLETA DE SECREÇÃO MAMÁRIA

Objetivo

Coletar material de descarga papilar mamária para avaliação diagnóstica laboratorial.

Executores

Enfermeiro.

Materiais

- Lâminas de extremidade fosca;
- Lápis nº 2;
- Formulário de requisição do exame;
- Fixador citológico;
- Caixa para acondicionamento das lâminas;
- Papel lençol;
- Avental;
- Gazes;
- Saco plástico branco para lixo infectante;
- EPI's: óculos de proteção individual, avental, luvas de procedimento, máscara.

Processos

1. Realizar anamnese previamente e proceder com a coleta;
2. Criar ambiente acolhedor, respeitando a privacidade do usuário;

7. Oferecer o avental ao usuário e encaminhá-lo ao banheiro, solicitando que tire a parte de cima da roupa, coloque o avental e posicione-se na maca;
8. Higienizar as mãos (POP nº 24);
9. Colocar os EPI's;
10. Solicitar que o usuário se deite na maca, em decúbito dorsal, cobri-lo com lençol;
11. Realizar a palpação mamária e a expressão do mamilo;
12. Colocar a lâmina em contato com o mamilo para que o conteúdo da expressão passe para esta;
13. Ao término da coleta, fixar corretamente o material com o fixador citológico (testar o jato do fixador previamente, de forma a não espalhar o material coletado);
14. Acondicionar a lâmina em caixa apropriada IMEDIATAMENTE APÓS A COLETA (não deixar a lâmina exposta ao ambiente. Uma vez fixada, a lâmina está pronta, não precisando secar antes de ser acondicionada em caixa);
15. Auxiliar o usuário a sentar-se e encaminhá-lo para vestir-se;
16. Retirar os EPI's, descartá-los adequadamente e higienizar as mãos (POP nº 24);
17. Anotar o procedimento e o exame clínico no prontuário do usuário (POP nº 08);
18. Registrar a coleta no SISCAN, anotar nº do protocolo na requisição e em livro/arquivo próprio;
19. Encaminhar semanalmente o material para avaliação laboratorial conforme fluxo estabelecido pelo município.

específico, coloração e relação com algum nódulo ou espessamento palpável.

POP Nº 19 - CURATIVO

Objetivo

Aplicar técnica adequada a fim de proporcionar o ambiente ideal para reparação tecidual aos usuários com feridas abertas (lesão por pressão, deiscência de feridas operatórias, lesões neoplásicas, lesões vasculogênicas, queimaduras, entre outras lesões).

Executores

Equipe de enfermagem.

Materiais

- Carro de curativo ou bancada;
- Ambiente higienizado e organizado à beira do leito (assistência domiciliar);
- Kit de curativo ou luva estéril;
- Luvas de procedimento;
- Pacotes de gaze estéril;
- Chumaço e/ou compressas (se exsudato abundante);
- Cobertura prescrita (pomadas, placas, gel, etc);
- Soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%) em temperatura ambiente;
- Seringa de 20 ml;
- Agulha 40x1,2 mm;
- Saco plástico branco para lixo infectante;
- EPI's: avental, gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luvas

2. Promover privacidade colocando biombo e/ou fechando a porta do local;
3. Higienizar as mãos (POP nº 24);
4. Reunir o material na bandeja ou bancada;
5. Posicionar o usuário de acordo com o local da ferida;
6. Higienizar as mãos (POP nº 24);
7. Paramentar-se com os EPI's;
8. Abrir as embalagens do material necessário e perfurar o SF 0,9% (em temperatura ambiente) com agulha 40 X 1,2 mm, para irrigação da lesão;
9. Remover o curativo anterior cuidadosamente, com luvas de procedimento ou pinça, observando os aspectos (presença de secreções, coloração, odor);
10. Descartar resíduos do curativo anterior e luvas em lixo infectante;
11. Higienizar as mãos novamente (POP nº 24);
12. Calçar luvas estéreis ou de procedimento (quando utilizar pinças esterilizadas), conforme indicação e disponibilidade;
13. Higienizar a pele ao redor da lesão com gaze embebida em SF 0,9% (se lesão infectada, utilizar sabonete neutro para limpeza, removendo com SF 0,9%). Higienizar de 20 a 30 cm além da lesão (região perilesional);
14. Higienizar a lesão de acordo com os tecidos presentes (ex. tecido de granulação: irrigar com SF 0,9%);
15. Avaliar a necessidade de desbridamento com instrumental. Se sim, vide POP “Desbridamento Instrumental Conservador”;
16. Escolha uma cobertura que se adapta ao leito da lesão, absorva o exsudato e preencha o espaço morto, diminuindo assim o risco de acúmulo do exsudato no leito da lesão;

22. Higienizar as mãos (POP nº 24);
23. Anotar no prontuário do usuário o procedimento realizado, as características da lesão e as observações pertinentes; assinar e carimbar.

Observações

- A prescrição do curativo é privativa do enfermeiro e do médico;
- A limpeza de lesões com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita através de irrigação com jato de soro fisiológico em temperatura ambiente, com seringas de 20 ml e agulha 40x1,2 mm ou 25x0,8 mm, ou ainda frasco de soro perfurado;
- Proteger sempre a lesão com gazes, compressas, antes de aplicar uma atadura;
- Não apertar demais a atadura, devido ao risco de gangrena, por falta de circulação;
- Iniciar o enfaixamento sempre, no sentido distal para proximal, para evitar garroteamento do membro;
- Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada;
- Trocar o curativo secundário a cada 24 horas ou quando estiver úmido, sujo ou solto; atentar-se quando em uso de materiais de alta tecnologia, pois o tempo de troca é individual de cada produto;
- Evitar fixação de coberturas com esparadrapo;
- A recomendação atual para realização do curativo consiste em manter a

- Sempre, ao realizar anotações em prontuário do (a) usuário (a), colocar data, horário do procedimento, assinatura e carimbo do profissional.

	GAZE COM SORO FISIOLÓGICO 0,9% (SF)	ÁCIDO GRAXO ESSENCIAL – AGE	TIPO DE MATERIAL – HIDROGEL SEM ALGINATO DE CÁLCIO E SÓDIO	TIPO DE MATERIAL – HIDROGEL COM ALGINATO DE CÁLCIO E SÓDIO
DESCRÍÇÃO	Gaze estéril umedecida com SF0,9%	Óleo vegetal composto de ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja.	Gel transparente e incolor composto por água e no mínimo carboximetilcelulose. Encontram-se apresentações com alginato de cálcio e sódio associados.	Gel transparente e incolor composto por água e no mínimo carboximetilcelulose. Encontram-se apresentações com alginato de cálcio e sódio associados.
TIPO DE TRATAMENTO	Cobertura primária	Cobertura primária	Cobertura primária	Cobertura primária
TIPO DE FERIDA	Indicado para todos os tipos de lesões	Feridas agudas ou crônicas com perda de tecido superficial ou parcial	Lesões com pouca exsudação ou seca	Lesões com pouca exsudação, seca ou com sangramento.
MECANISMO DE AÇÃO	Contribui para a umidade da lesão, favorece a formação de tecido de granulação, estimula o desbridamento autolítico/mecânico e absorve exsudato.	Protege a ferida preservando o tecido vitalizado e mantendo meio úmido proporcionando nutrição celular local. Acelera o processo de granulação tecidual. Evita a aderência ao leito da lesão e em lesões exsudativas atua como proteção de borda da lesão.	Possibilita um ambiente úmido que promove o desbridamento autolítico, estimulando a cicatrização.	Possibilita um ambiente úmido que promove o desbridamento autolítico, estimulando a cicatrização. Promove hemostasia.
INDICAÇÃO	Contribuir para a umidade da lesão; Proteger o tecido;	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar feridas abertas vitalizadas, não infectadas, em fases de granulação e epitelização (com ou sem exsudato) • Proteção da pele peri-lesão • *Prevenção de úlcera por Pressão 	<ul style="list-style-type: none"> • Feridas abertas com tecido vitalizado ou desvitalizado; • Queimaduras de 2º e 3º grau; • Úlceras venosas e lesão por pressão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Feridas abertas com tecido vitalizado ou desvitalizado; • Queimaduras de 2º e 3º grau; • Úlceras venosas e lesão por pressão.
CONTRA INDICAÇÃO	Feridas que cicatrizam por primeira intenção; Lesões com excesso de exsudato e secreção purulenta; Locais de inserção de cateter; Fixador externo.	Tecidos desvitalizados, hipergranulação, lesões infectadas, feridas oncológicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Pele íntegra; • Feridas operatórias fechadas; • Feridas muito exsudativas; • Fístulas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pele íntegra; • Feridas operatórias fechadas; • Feridas muito exsudativas; • Fístulas. • Queimaduras de 3º grau.
MODO DE USAR	<ul style="list-style-type: none"> • Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9%, preferencialmente morno, utilizando o método de irrigação em jato; • Recobrir toda a superfície com a gaze umedecida ao leito da lesão não fazendo compressão e atrito; • Ocluir com cobertura secundária de gaze, chumaço ou compressa, fixar com atadura, fita hipoalergênica ou esparadrapo; • Ao trocar as gazes se necessário umedecer com SF 0,9%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% preferencialmente morno, utilizando o método de irrigação em jato; • Aplicar AGE topicalmente sob a lesão; • Ocluir com cobertura secundária de gaze, chumaço ou compressa, fixar com atadura, fita hipoalergênica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% preferencialmente morno, utilizando o método de irrigação em jato; • Aplicar fina camada do gel sobre a ferida ou introduzir na cavidade assepticamente; • Ocluir a ferida com cobertura secundária estéril. • Recomenda-se umedecer levemente a gaze quando esta for utilizada como cobertura secundária. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% preferencialmente morno, utilizando o método de irrigação em jato; • Aplicar fina camada do gel sobre a ferida ou introduzir na cavidade assepticamente; • Ocluir a ferida com cobertura secundária estéril. • Recomenda-se umedecer levemente a gaze quando esta for utilizada como cobertura secundária.

PERÍODOS DE TROCA	O curativo deve ser trocado toda vez que estiver saturado com a secreção ou, no máximo, a cada 24 horas. Quando na presença de pouco exsudato, a gaze deverá ser umedecida duas a três vezes ao dia, com SF0,9%.	O curativo deve ser trocado toda vez que estiver saturado com a secreção ou, no máximo, a cada 24 horas.	Quando utilizado com gaze como cobertura troca a cada 24h. Pode permanecer por até 7 dias quando associado com algumas coberturas como por exemplo hidrocolóide ou hidrofibra. Feridas infectadas troca no máximo a cada 24h. Feridas com necrose troca no máximo a cada 72h.	Quando utilizado com gaze como cobertura troca a cada 24h. Pode permanecer por até 7 dias quando associado com algumas coberturas como por exemplo hidrocolóide ou hidrofibra. Feridas infectadas troca no máximo a cada 24h. Feridas com necrose troca no máximo a cada 72h.
	GAZE COM PHMB	ESPUMA COM PHMB	GEL COM PHMB(POLIHEXAMETILENO BIGUANIDA)	HIDROFIBRA COM PRATA
DESCRÍÇÃO	Gaze estéril com PHMB	Espuma estéril com PHMB	Gel aquoso, incolor, não gorduroso, hidratante, composto de PHMB.	Curativo absorvente composto por fibras de carboximetilcelulose sódica e prata (Ag)
TIPO DE TRATAMENTO	Cobertura primária	Cobertura primária	Cobertura primária	Cobertura primária
TIPO DE FERIDA	Feridas altamente colonizadas, infectadas, ou com risco de infecção, com presença de biofilme, crônicas ou agudas.	Feridas altamente colonizadas, infectadas, ou com risco de infecção, com presença de biofilme, crônicas ou agudas. Exsudato de média e alta quantidade.	Feridas altamente colonizadas, infectadas, ou com risco de infecção, com presença de biofilme, crônicas ou agudas.	Úlceras por pressão grau III e IV, úlceras diabéticas, feridas operatórias, queimaduras 2º grau. Feridas colonizadas, infectadas.
MECANISMO DE AÇÃO	Descontaminante, preserva umidade da lesão, promove limpeza e desbridamento da lesão, ação antimicrobiana, espectro de ação contra microorganismos como bactérias, fungos e leveduras	Descontaminante, preserva umidade da lesão, promove limpeza e desbridamento da lesão, ação antimicrobiana, espectro de ação contra microorganismos como bactérias, fungos e leveduras	Descontaminante, preserva umidade da lesão, promove limpeza e desbridamento da lesão, ação antimicrobiana, espectro de ação contra microorganismos como bactérias, fungos e leveduras	Auxiliar o desbridamento ósmotico autolítico ao manter o meio úmido, induz hemostasia, possui alta capacidade de absorção de exsudato e sua retirada é atraumática preservando o tecido vitalizado. É bactericida e fungicida. Mantém atividade antimicrobiana através da liberação controlada da prata.
INDICAÇÃO	Descontaminação, prevenção e tratamento da camada de biofilme de lesões; Lesões altamente exsudativas.	Descontaminação, prevenção e tratamento da camada de biofilme de lesões.;	Descontaminação, prevenção e tratamento da camada de biofilme, umidificação de lesões.;	Feridas com exsudato moderado a alto, feridas cavitárias e altamente colonizadas ou infectadas.

CONTRA INDICAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Não utilizar em conjunto com sabonetes, pomadas, óleos ou enzimas; • Não associar com tensoativos aniônicos; • Não utilizar em cartilagem hialina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não utilizar em conjunto com sabonetes, pomadas, óleos ou enzimas; • Não associar com tensoativos aniônicos; • Não utilizar em cartilagem hialina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não utilizar em conjunto com sabonetes, pomadas, óleos ou enzimas; • Não associar com tensoativos aniônicos; • Não utilizar em cartilagem hialina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Feridas com pouca exsudação e uso limitado em feridas superficiais. • Feridas com necrose seca ou tecido inviável. • Hipersensibilidade a prata
MODO DE USAR	<ul style="list-style-type: none"> • Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9%, preferencialmente morno, utilizando o método de irrigação em jato; • Aplicar Gaze com PHMB no leito lesão; • Ocluir a ferida com cobertura secundária; • Recomenda-se troca de gaze secundária sempre que suja ou úmida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9%, preferencialmente morno, utilizando o método de irrigação em jato; • Aplicar Espuma com PHMB • Ocluir a ferida com cobertura secundária; • Recomenda-se troca de gaze secundária sempre que suja ou úmida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9%, preferencialmente morno, utilizando o método de irrigação em jato; • Aplicar fina camada do gel sobre a ferida ou introduzir na cavidade assepticamente; • Ocluir a ferida com cobertura secundária; • Recomenda-se umedecer levemente a gaze quando esta for utilizada como cobertura secundária. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% preferencialmente morno, utilizando o método de irrigação em jato; • Secar a pele ao redor, modelar a hidrofibra no interior da ferida, deixando uma margem de 1 centímetro a mais, se necessário recortar a placa antes de aplicá-la. • Ocluir com curativo secundário (gazes ou chumço).
PERÍODOS DE TROCA	O curativo deve ser trocado toda vez que estiver saturado com a secreção ou, no máximo, a cada 72 horas.	O curativo deve ser trocado toda vez que estiver saturado com a secreção ou, no máximo, a cada 7 dias.	Quando utilizado com gaze como cobertura primária troca a cada 72h. Gaze secundária diariamente ou sempre que necessário.	Trocá-lo quando saturado ou em até 24 horas. A placa de hidrofibra poderá permanecer na ferida por até 7 dias. Nos casos de queimadura de 2º grau a hidrofibra com AG pode permanecer até 14 dias na ferida. Nesses casos recortar a hidrofibra que se desprende da pele ao redor da ferida conforme a epithelização do tecido.

POP Nº 20 - DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL CONSERVADOR

Objetivo

É a remoção do material estranho ou não viável da lesão traumática ou crônica, infectada ou não, até expor-se o tecido saudável. Consiste na remoção do tecido necrótico no qual são utilizados objetos cortantes, tais como tesouras ou bisturis. Poderá ser utilizado para remoção de necrose de coagulação (escara seca), área de necrose extensas e de necrose de liquefação (esfacelo). Tem por objetivo promover a limpeza da lesão, deixando-a em condições adequadas para cicatrizar, reduzir o conteúdo bacteriano, impedindo a proliferação do mesmo bem como preparar a lesão para intervenção cirúrgica (ex. enxerto e cicatrização por terceira intenção).

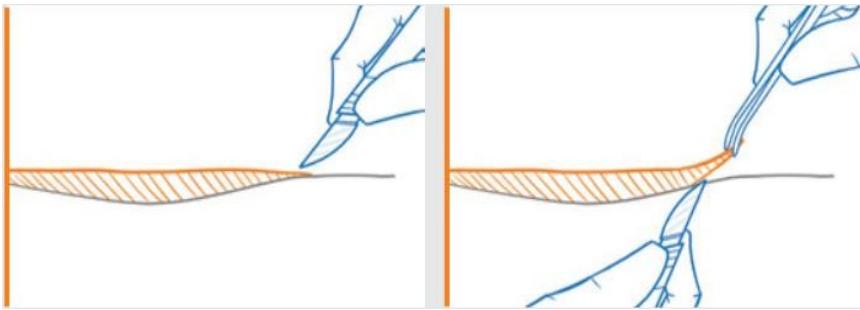
Executores

Enfermeiro.

Materiais

- Mesa auxiliar ou bandeja;
- Bacia/cuba, se necessário;
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça pean ou similar, uma pinça Kelly e tesoura curva (se necessário);
- Cabo e lâmina de bisturi;
- Pacote de gazes esterilizadas;
- Soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%) morno;
- Agulha 40x1,2 mm;

2. Orientar o usuário/acompanhante que, após a limpeza, a lesão aumenta em área e profundidade;
3. Reunir material necessário para o procedimento;
4. Higienizar as mãos (POP nº 24);
5. Paramentar-se com os EPI's;
6. Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
7. Observar o curativo anterior antes da remoção;
8. Remover curativo anterior com cuidado, umedecendo com SF 0,9% (se necessário) para a retirada da fita adesiva e desprendimento da cobertura;
9. Observar a lesão com relação ao aspecto, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor, dor local e odor;
10. Se necessário, proceder à limpeza nas áreas adjacentes à lesão utilizando sabonete neutro e água corrente tratada, secando com gaze ou papel toalha;
11. Retirar luvas e higienizar as mãos (POP nº 24);
12. Abrir o pacote utilizando técnica asséptica e abrir os pacotes de gazes, colocando-os junto às pinças;
13. Calçar luvas de procedimento ou estéreis;
14. Proceder à limpeza do leito da lesão irrigando com SF 0,9% em seringa de 20 ml com agulha 40 X 1,2 mm;
15. Secar a pele adjacente à lesão com gaze;
16. Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível, semanalmente/quinzenalmente;
17. Uma das abordagens se realiza por meio do deslocamento de uma das



18. Outra técnica, mais simples e segura, consiste em realizar incisões paralelas em toda crosta (técnica de Square), formando quadradinhos e posteriormente pinçá-los e cortá-los um a um, conforme imagem abaixo:

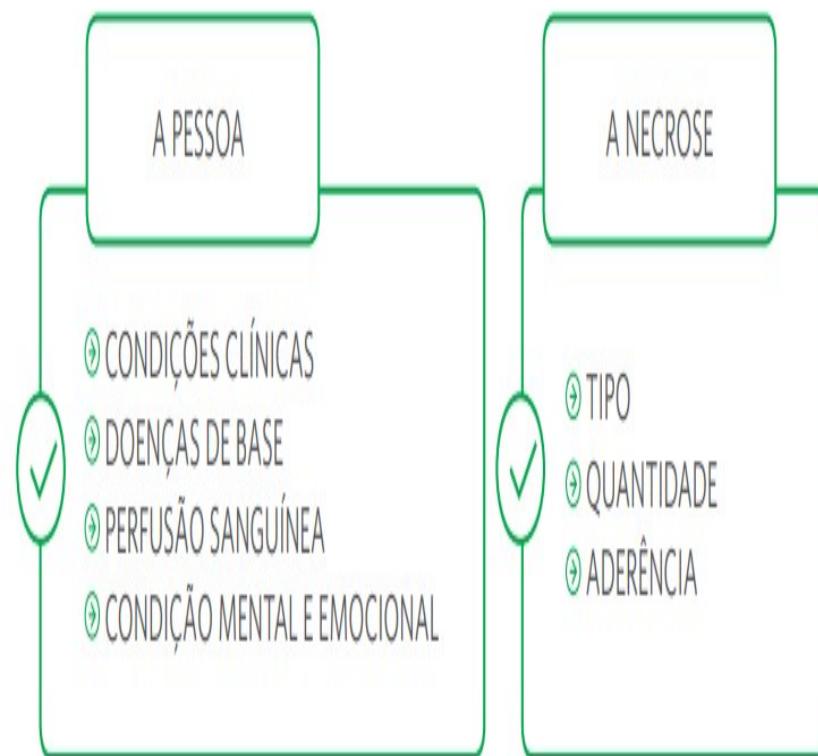


19. Realizar curativo oclusivo utilizando coberturas prescritas;
20. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
21. Retirar as luvas de procedimento/estéreis;
22. Higienizar as mãos (POP nº 24);
23. Agendar retorno de acordo com a necessidade;
24. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
25. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

- **Cirúrgico:** O método instrumental cirúrgico consiste na excisão ou ressecção de toda área necrótica, incluindo parte do tecido viável, na tentativa de transformar feridas crônicas em agudas, e deve ser executada por cirurgião experiente. Tem como grande vantagem a rapidez da retirada do tecido desvitalizado e como desvantagens o custo elevado, o risco anestésico, risco de sangramentos e infecção.
- **Autolítico:** Trata-se de método seletivo e seguro que consiste em promover meio úmido e manutenção da temperatura em torno de 37°, proporcionando ambiente adequado para que as enzimas presentes no leito da ferida e os macrófagos realizem a lise e fagocitose do tecido necrótico. A escolha deve atender ao tipo de tecido a ser desbridado e a quantidade de exsudato: hidrogéis para fornecer umidade, hidrocolóides em presença de pequeno/médio exsudato, alginatos, hidrofibras, fibras hidro-desbridantes e espumas para controle do excesso de exsudato; coberturas impregnadas com antissépticos para controle microbiano.
- **Químico/Enzimático:** O desbridamento enzimático é semelhante ao autolítico por utilizar enzimas, neste caso enzimas exógenas. A escolha da enzima deve ser baseada no tipo de tecido presente e no pH da pele. Exemplos: colagenase, fibrinolisina, papaína. As enzimas podem ser inativadas por agentes de limpeza, na presença de metais pesados e antibióticos.
- **Biológico:** O desbridamento biológico (Maggot-terapia) consiste na utilização larvas esterilizadas colocadas no leito da ferida. Estas secretam enzimas que liquefazem o tecido necrótico e o ingerem, limpando assim a ferida.
- **Mecânico:** Trata-se de método não seletivo, pois retira também o tecido

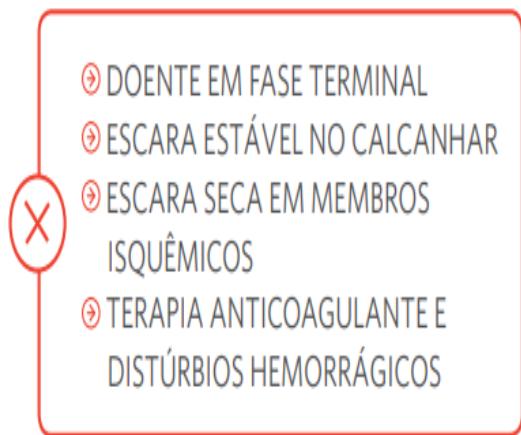
- **Instrumental conservador:** É um método seletivo, realizado com instrumentos cortantes, e tem como objetivo a retirada do tecido necrótico com abordagem conservadora, isto é, acima do tecido viável (atenção: o plano de fáscia é o limite do enfermeiro). Não deve ocasionar dor e sangramento. Deve ser realizado apenas por médicos e enfermeiros especializados/ capacitados.

Antes de proceder o desbridamento é necessário que o profissional avalie:



- A escolha do método deve considerar ainda a urgência do tratamento

Quando não desbridar:



- Na presença de sangramento ou reação de sensibilidade à dor avaliar a continuidade do procedimento;
- Quando a escara estiver muito seca e dura ou o esfacelo estiver muito aderido ao leito da ferida, a associação do método autolítico ou enzimático facilitará a remoção, por meio do método instrumental conservador.

Avaliar os casos de pacientes em uso de antiplaquetários ou anticoagulantes.

POP Nº 21 - ELETROCARDIOGRAMA (ECG)

Objetivo

Registro gráfico de alterações em potencial elétrico da atividade cardíaca, cujo produto resulta no eletrocardiograma, que objetiva obter o registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica.

Executores

Equipe de enfermagem.

Materiais

- Eletrocardiógrafo;
- Rolo de papel milimetrado;
- Eletrodo descartável ou eletrodo de sucção;
- Álcool a 70%;
- Algodão seco ou gaze;
- Gel condutor;
- Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário);
- Lençol.

Processos

6. Checar o funcionamento do eletrocardiográfico;
7. Checar a integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente;
8. Solicitar a retirada e/ou retirar objetos metálicos e/ou eletrônicos;
9. Solicitar e/ou posicionar o paciente em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacente, relaxados;
10. Solicitar e/ou expor tornozelos, punhos e tórax;
11. Cobrir o paciente, com o auxílio do lençol, para que ele não fique exposto;
12. Conectar o eletrocardiógrafo à rede de energia, atentando-se à voltagem da tomada. Seguir as orientações de utilização, segundo o fabricante;
13. Ligar o eletrocardiógrafo;
14. Inserir papel ou rolo de papel milimetrado no local indicado;
15. Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado;
16. Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool a 70%, das faces anteriores dos antebraços, da porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);
17. Colocar cardioclip em membros superiores e membros inferiores, usando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante), para obtenção dos registros das derivações monopolares e bipolares;
18. Colocar os eletrodos de sucção (preferencialmente), ou eletrodos descartáveis no tórax, utilizando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante) para os primeiros, para obtenção dos registros das derivações precordiais, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:

19. Verificar os leds de alerta para: pilha/bateria, memória, saturação, ruído, eletrodo, filtro, ganho, velocidade, modo de operação, up/down, calibração, derivações, caneta e haste de plotagem. Corrigir problemas que forem detectados;
20. Apertar o botão “segue”;
21. Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
22. Aguardar o sinal sonoro, que indica o término da aquisição dos potenciais elétricos;
23. Retirar eletrodos e cardioclips;
24. Realizar limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores, principalmente quando utilizado o gel condutor;
25. Retirar e/ou destacar folha do ECG;
26. Identificar o ECG com: nome completo do paciente, idade, data de nascimento, data e hora da realização, carimbo e assinatura do profissional, nome da instituição;
27. Deixar o paciente confortável;
28. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
29. Higienizar as mãos (POP nº 24);
30. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
31. Registrar o procedimento no sistema vigente;
32. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observações

- Paciente deve estar em repouso (no mínimo 15 minutos) para a realização do procedimento. Para quem estava fumando, este tempo é de no mínimo 30

- Alertar o paciente quanto à possibilidade de pequenas lesões na utilização de eletrodos de sucção, as quais devem evoluir com regressão do hematoma em até dois dias.
- Utilizar a convenção de programação com: ganho N, velocidade de aquisição de 25mm/s, modo automático e derivação DII.
- É possível alteração na disposição das derivações precordiais quando as mesmas estiverem voltadas para a direita (V1R, V2R, V3R, V4R, V5R, V6R) e com derivações posteriores à esquerda (V7, V8, V9, V10, V11, V12). Nos referidos casos, deve-se identificar as novas derivações no ECG.
- Situações em que o cardioclip não pode ser utilizado nos membros: amputações, imobilizações e/ou traumas. Nesses casos, devem ser utilizados eletrodos descartáveis nas porções proximais dos membros.

POP Nº 22 – ENFAIXAMENTO COM BOTA DE UNNA

Objetivo

Aplicar a técnica compressiva indicada no tratamento de úlceras venosas e edema linfático de membros inferiores favorecendo o processo de cicatrização das lesões.

Executores

Equipe de enfermagem capacitada.

Materiais

- Carro de curativo ou bancada;
- Bota de unna;
- Luvas de procedimento;
- Tesoura;
- Gaze ou compressa;
- Atadura de crepe;
- Fita crepe;
- Saco de lixo.

Processos

1. O ambiente deve estar higienizado e organizado;
2. Conferir o nome do paciente e a prescrição da terapia compressiva;
3. Explicar o procedimento ao usuário;
4. Reunir todo material necessário;

7. Iniciar a aplicação da bandagem pela base do pé com sua extremidade na base dos artelhos, mantendo o pé e calcanhar em ângulo reto. A bota deverá envolver a perna sem apertar e sem deixar abertura ou enrugamento;
8. Aplicar a bandagem ao longo da perna, com técnica em oito ou espiral, com sobreposição de 50% a 75% da sua largura, até a altura logo abaixo do joelho;
9. Ocluir com curativo secundário (gaze ou compressa) e atadura de crepe;
10. Orientar a troca do curativo secundário conforme saturação;
11. Orientar os cuidados com a higiene a fim de manter o enfaixamento livre de sujidades externas;
12. Reforçar a orientação de não molhar o curativo no banho e demais atividades diárias;
13. Anotar o procedimento em prontuário.

Observações

- A bandagem pode ser mantida por até 7 dias, a menos que haja desconforto, vazamento excessivo do exsudato, sinais clínicos de infecção, dormência ou latejamento dos dedos ou qualquer irritação local.
- A troca deverá ser prescrita conforme o tamanho e características da lesão, considerando o prazo de 3 a 7 dias.
- Durante o tratamento é indicado encorajar a deambulação moderada a fim de estimular o bombeamento venoso.

POP Nº 23 - GLICEMIA CAPILAR PERIFÉRICA

Objetivo

Método para obtenção do nível de glicemia capilar dos indivíduos. Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital.

Executores

Equipe de enfermagem.

Materiais

- Bandeja;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Luvas de procedimento;
- Lanceta;
- Glicosímetro;
- Fitas reagentes.

Processos

1. Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
2. Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;
3. Higienizar as mãos (POP nº 24);
4. Calçar as luvas de procedimento;

9. Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção;
10. Comprimir o local com algodão seco;
11. Aguardar o resultado pelo glicosímetro;
12. Desprezar os materiais pérfurô-cortantes em recipiente adequado;
13. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
14. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP nº 24);
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
16. Registrar o procedimento em planilha de produção;
17. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observações

- Seguir as instruções dos fabricantes dos glicosímetros, checando recomendações específicas.
- Evitar locais frios, cianóticos ou edemaciados para a punção para assegurar uma amostra de sangue adequada.
- Verificar a validade das fitas.
- Verificar a compatibilidade entre o número do “chip” / código com o número do lote da fita utilizada.
- Comunicar resultado ao enfermeiro, caso esteja alterado.
- Cumprir rodízio dos locais de punção.
- Amostras de sangue escorridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas.

POP Nº 24 - HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

Objetivo

É a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Com o objetivo de garantir a higienização das mãos, evitando a transmissão de infecções, remover a sujidade e outros resíduos; reduzir a microbiota transitória; e, prevenir a transmissão de microorganismos patogênicos.

Executores

Equipe de enfermagem

Materiais

- Pia;
- Papel toalha;
- Almotolia de sabão líquido neutro ou soluções antissépticas.

Processos

1. Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;
2. Retirar adornos;
3. Arregaçar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário;
4. Posicionar-se em frente a pia, sem encostar-se à mesma;
5. Abrir a torneira;
6. Molhar as mãos;
7. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido neutro

- Parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai-vem;
 - Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;
 - Esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;
9. Enxaguar as mãos no sentido dos dedos para os punhos.
 10. Enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
 11. Fecho a torneira com auxílio do mesmo papel toalha que enxugou as mãos e desprezá-lo na lixeira de resíduos comuns;

Observações

- Segundo a NR32, não se deve usar adornos no local de trabalho.
- Os cinco momentos para a higienização das mãos são: antes de contato como paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente, após contato com as áreas próximas ao paciente.
- Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais.
- Evite sacudir as mãos molhadas pois os microrganismos disseminam-se com maior facilidade em superfícies úmidas.

POP Nº 25 – IMUNOBIOLÓGICOS: CONSERVAÇÃO E LIMPEZA DA CAIXA TÉRMICA

Objetivo

Conservação em caixa térmica dos imunobiológicos.

Executores

Equipe de enfermagem.

Materiais

- Caixa térmica;
- Termômetro de cabo extensor.

Processos

1. Manter a temperatura da caixa entre 2 a 8 °C, monitorando-a com termômetro com cabo extensor e trocando as bobinas de gelo reutilizável sempre que necessário;
2. Dispor as bobinas de gelo reutilizável, ambientalizadas, nas laterais da caixa e fundo;
3. Arrumar os imunobiológicos no centro da caixa, deixando-os circundados pelas bobinas (organizar em formato de ilha);
4. Manter a caixa térmica fora do alcance da luz solar direta, e distante de fontes de calor;
5. Ao final da jornada de trabalho, devolver imunobiológicos à geladeira de vacinas, e/ou desprezar de validades vencidas;

Observações

- Para vacina deve ser usada caixa térmica do tipo retangular, com capacidade mínima de sete litros, com tampa ajustada.
- Utilizar diluição de 50 ml de sabão neutro em 5 litros de água.
- Realizar higienização das caixas térmicas diariamente com álcool 70%.

POP Nº 26 – IMUNOBIOLÓGICOS: LIMPEZA E MANUTENÇÃO DA GELADEIRA

Objetivo

Evitar contaminação do ambiente de conservação dos imunobiológicos e consequentemente, perdas ou alterações dos produtos.

Executores

Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Materiais

- Água limpa;
- Sabão líquido;
- Detergente neutro;
- Esponja;
- Pano limpo.

Processos

1. Transferir os imunobiológicos para outra câmara e/ou geladeira, se houver, ou para uma caixa térmica previamente organizada com as bobinas de gelo;
2. NÃO mexer/desligar o termostato;
3. Desligar a tomada e abrir a porta ou tampa, inclusive do congelador, até que todo o gelo aderido se desprenda;
4. Limpar, interna e externamente, com um pano umedecido em solução

- Manter a porta fechada pelo tempo necessário até alcançar a temperatura recomendada (2° a 8 °C);
- Após a estabilização da temperatura, reorganizar os imunobiológicos distribuídos de forma a permitir a circulação de ar e de acordo com o padronizado pelas normas e rotinas da Vigilância Epidemiológica.

Observações

- Fazer degelo e limpeza a cada 30 (trinta) dias ou quando a camada de gelo for superior a 0,5 cm, preferencialmente em período com poucos imunobiológicos armazenados. Registrar procedimento em planilha de controle.
- Não usar faca ou outro objeto pontiagudo para a remoção mais rápida do gelo, pois esse procedimento pode danificar os tubos de refrigeração.
- Não jogar água no interior do equipamento.
- Atentar para o posicionamento da geladeira: distante de fonte de calor, de incidência de luz solar direta, a 20 cm da parede e a 40 cm de outro equipamento. Deve estar bem nivelada, e em ambiente climatizado à temperatura de até +18°C.
- Não é permitido armazenar outros materiais/ medicamentos e nem alimentos.
- Manter afixado, em cada porta do equipamento, aviso para que a geladeira não seja aberta fora do horário de retirada e/ou guarda dos imunobiológicos ou mensuração de temperatura.
- Manter afixada planilha de controle de temperaturas, e realizar registro três vezes ao dia.

POP Nº 27 - IMUNOBIOLÓGICOS: MANUTENÇÃO DAS BOBINAS DE GELO REUTILIZÁVEL

Objetivo

Eliminação de resíduos, conservação do material que é utilizado quando os imunobiológicos estão fora da câmara ou da geladeira.

Executores

Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Materiais

- Água limpa;
- Detergente neutro;
- Esponja;
- Pano limpo.

Processos

1. Estocar as bobinas de gelo no congelador da geladeira, na temperatura próxima a - 7°C.
2. Retirar as bobinas do congelador colocá-las sobre uma mesa, pia ou bancada até que desapareça a “nevoa” que normalmente cobre a superfície externa da bobina congelada.
3. Ao mesmo tempo, colocar uma das bobinas sobre a tampa de uma caixa térmica (material isolante térmico) e colocar um bulbo de termômetro com cabo extensor, para indicação de quando as bobinas alcançarão

Observações

- Observar se as bobinas se mantêm integras, caso apresentem rachaduras ou vazamento, devem ser descartadas.

POP Nº 28- LAVAGEM AURICULAR PARA REMOÇÃO DE CERÚMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO

Objetivo

Reducir sintomas como hipoacusia, otalgia, zumbido, desconforto auditivo, sensação de eco, tontura e tosse crônica onde o agente causador possa ser o cerume impactado. Deixar conduto auditivo pérvio para realização de otoscopia ou outro exame necessário.

Executores

Enfermeiro.

Materiais

- Otoscópio com espéculo auricular;
- Seringa de 20ml;
- Cuba redonda;
- Cuba rim;
- Luvas de procedimento;
- Tesoura;
- Scalp (butterfly) calibroso (pelo menos calibre 19);
- Soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%);
- Papel toalha;
- EPIs.

Processos

5. Aquecer o SF 0,9%, ainda com o frasco fechado, até temperatura corporal 37°C, para evitar desconforto. Pode-se utilizar “banho-maria” ou aquecimento em micro-ondas;
6. Examinar cuidadosamente o canal do ouvido externo por meio da inspeção e palpação;
7. Realizar sempre a otoscopia antes do procedimento;
8. Calçar luvas de procedimento;
9. Despejar o soro aquecido na cuba redonda. Sempre assegurar que a temperatura do soro não esteja excessivamente alta, por meio de sensibilidade térmica dieta na região do antebraço, podendo pedir também ao paciente para verificá-la;
10. Aspirar com a seringa diretamente na cuba com o soro aquecido até completar a seringa;
11. Acoplar a seringa na extremidade não cortada do scalp;
12. Posicionar o papel toalha no ombro do procedimento;
13. Sob leve pressão, posicionar a cuba rim, bem justaposta, à cabeça/pescoço do paciente na altura logo abaixo da orelha. Verificar se está bem justaposta para não molhar o paciente durante o procedimento;
14. Introduzir a extremidade cortada do scalp com a concavidade voltada para frente e levemente para cima. Monitorar sempre sintoma de dor durante o procedimento;
15. Sob leve pressão, instilar o soro fisiológico, deixando escoá-lo na cuba rim;
16. Uma vez esvaziada a seringa, removê-la com o cateter (scalp), desacoplá-la e repetir as seis etapas anteriores quantas vezes fossem

21. Registrar procedimento em prontuário, constando data, horário, se houveram intercorrências, e finalizar com assinatura e carimbo do profissional executor.

Observações

O procedimento deve ser suspenso diante das seguintes situações:

- ✓ Se não houver mais cerume a ser removido;
- ✓ Insucesso após várias tentativas de remoção do cerume;
- ✓ Desistência do paciente;
- ✓ Dor ou outra intercorrência.

Contraindicações à realização de método de irrigação com solução salina:

- ✓ Otite aguda;
- ✓ História pregressa ou atual de perfuração timpânica;
- ✓ História de cirurgia otológica;
- ✓ Paciente não cooperativo.

Sempre, ao realizar anotações em prontuário do usuário, colocar data, horário do procedimento, assinatura e carimbo do profissional.

POP Nº 29 - LIMPEZA CONCORRENTE

Objetivo

Realizar manutenção, conservação e organização diárias dos ambientes das unidades de saúde, com o intuito de se preservarem livres de sujidade e minimizar os riscos de contaminação para equipe e usuários.

Executores

Auxiliar de serviços gerais com supervisão do enfermeiro.

Materiais

- Conjunto MOPs (cabo, armação ou haste ou suporte e luva ou refil);
- Rodos;
- Baldes;
- Panos para limpeza;
- Placa de sinalização;
- Luvas descartáveis;
- Luvas emborrachadas;
- Outros equipamentos de proteção individual (óculos, gorro, máscara, avental e botas);
- Água;
- Detergente neutro;
- Hipoclorito de sódio 1% (vide orientações do fabricante e observações deste POP);
- Álcool 70%.

5. Fechar adequadamente os sacos.
6. Transportar lixo comum e contaminado ao local destinado para esse fim, para posterior coleta.
7. Caso utilize água e detergente neutro, iniciar a limpeza pelo mobiliário com solução detergente para a remoção da sujidade, proceder com enxágue, e após secar, realizar fricção com álcool a 70%.
8. Limpar inclusive maçanetas das portas.
9. Retirar as partículas maiores do chão, como migalhas, papéis, cabelos; etc. com o MOP seco.
10. Mergulhar o MOP úmido em um dos baldes contendo solução de água e detergente neutro.
11. Retirar o MOP da solução, colocando sua cabeleira em base própria para torção.
12. Tracionar a alavanca com objetivo de retirar o excesso de água ou solução do MOP sem contato manual.
13. Retirar o MOP da base de torção e iniciar a limpeza.
14. Iniciar do fundo para porta de entrada.
15. Enxaguar o MOP em um segundo balde (do sistema) contendo água limpa para enxágue.
16. Repetir a operação quantas vezes for necessário.
17. Recolher o material utilizado, deixando o ambiente em ordem.
18. Encaminhar os panos e MOPs utilizados na limpeza para a lavanderia e desprezar a água do balde no expurgo.
19. Lavar os recipientes para resíduos e retorná-los ao local de origem.
20. Repor os sacos de lixo.
21. Retirar as luvas e lavar as mãos.

- O uso do hipoclorito é importante nas superfícies que contenham matéria orgânica, ou seja, sangue ou fluidos corpóreos. Nesses casos, seguir recomendações do fabricante quanto à diluição.

POP Nº 30 - LIMPEZA E PREPARO PARA DESINFECÇÃO DE ALTO NÍVEL DO AMBU

Objetivo

Manter o artigo livre de sujidades, eliminando a matéria orgânica e evitar a proliferação de micro-organismos, eliminando a formação de biofilme.

Executores

Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.

Materiais

- Esponja macia;
- Detergente neutro;
- EPIs (luvas de borracha cano longo, óculos, avental impermeável, gorro e máscara);
- Pano limpo;
- Água;
- Saco Plástico;
- Caneta.

Processos

1. Higienizar as mãos (POP nº 24);
2. Vestir gorro, máscara, óculos, avental impermeável;
3. Calçar as luvas de borracha de cano longo;

Observações

- A unidade de Atenção Básica (CRAB/UBS ou PSF) deverá enviar um e-mail para a UPA de referência com cópia à Central de Materiais e Esterilização (cmepiracicaba@gmail.com), comunicando a data de entrega do material na UPA;
- O material deverá estar devidamente identificado com o nome da Unidade a que pertence, a data do envio e o nome do profissional responsável pelo envio;
- O transporte do CME fará a retirada deste material na UPA, em sua rotina, direcionando ao CME para execução do processo de desinfecção de alto nível do Ambu;
- Após finalizado o processo de desinfecção, a CME enviará um e-mail à Unidade de Origem do material com cópia para a UPA, com a informação de que estará pronto para a retirada na UPA.

POP Nº 31 - LIMPEZA IMEDIATA

Objetivo

Limpeza e desinfecção realizada quando há presença de sujidade e/ou matéria orgânica sempre que necessário.

Executores

Auxiliar de serviços gerais com supervisão do enfermeiro.

Materiais

- Rodos;
- Baldes;
- Panos para limpeza;
- Placa de sinalização;
- Luvas descartáveis;
- Luvas emborrachadas;
- Outros equipamentos de proteção individual (óculos, gorro, máscara, avental e botas);
- Água;
- Detergente neutro;
- Hipoclorito de sódio 1% (vide orientações do fabricante e observações deste POP).

Processos

1. Reunir todo o material;

Observações

- O uso do hipoclorito é importante nas superfícies que contenham matéria orgânica, ou seja, sangue ou fluidos corpóreos. Nesses casos, seguir recomendações do fabricante quanto à diluição.

POP Nº 32 - LIMPEZA TERMINAL

Objetivo

Remover sujidade de superfícies, materiais e ambientes, mediante aplicação de produtos químicos e ação física, em superfícies horizontais e verticais, com o intuito de proporcionar ao usuário e equipe um ambiente com a menor carga de contaminação possível contribuindo na redução da possibilidade de transmissão de patógenos.

Executores

Auxiliar de serviços gerais com supervisão do enfermeiro.

Materiais

- Conjunto MOPs (cabos, armação ou haste ou suporte e luva ou refil);
- Rodos;
- Baldes;
- Panos para limpeza;
- Escadas;
- Escova de cerdas duras;
- Placa de sinalização;
- Luvas descartáveis;
- Luvas emborrachadas;
- Outros equipamentos de proteção individual (óculos, gorro, máscara, avental e botas);
- Água;
- Detergente neutro;

3. Lavar os cestos de lixo com água e detergente neutro, enxaguar e deixá-los para secar.
4. Iniciar a limpeza pelo teto, limpando também luminárias, com solução de água e detergente, secando-as em seguida.
5. Limpar janelas, vitrões, esquadrias e portas internas e externas, com pano umedecido em solução de água e detergente; finalizar secando-as.
6. Limpar as paredes e os interruptores de luz com pano úmido.
7. Lavar as pias e torneiras com água e sabão, enxaguar e secar.
8. Recolher resíduos do chão, higienizar com solução de água e sabão, em seguida enxaguar, e secar.

Observações

- Frequência: semanal, ou sempre que necessário;
- Sempre sinalizar o corredor deixando um lado livre para circulação de pessoas e com materiais organizados para evitar acidentes de trabalho;
- Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive quando realizados com o auxílio de luvas;
- Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequadamente;
- A varredura deve ser realizada utilizando MOP. A varredura seca com vassouras é proibida, por levantar poeira e microorganismos que estão depositados no piso;
- Na higienização feita com água e detergente neutro utiliza-se o pano úmido, para recolhimento de resíduos (quando houver), seguido de limpeza com água e detergente neutro em solução de 50ml de detergente para 5L de água;

- O uso do hipoclorito é importante nas superfícies que contenham matéria orgânica, ou seja, sangue ou fluidos corpóreos. Nesses casos, seguir recomendações do fabricante quanto à diluição.

POP Nº 33 - LUVAS ESTÉREIS: COLOCAÇÃO E REMOÇÃO

Objetivo

Garantir o cumprimento das práticas assépticas diante de um procedimento estéril.

Executores

Equipe de enfermagem.

Materiais

Luvas estéreis.

Processos

COLOCAÇÃO:

1. Abrir janelas e portas para arejar o ambiente;
2. Higienizar e secar as mãos (POP nº 24);
3. Selecionar o par de luvas de numeração compatível com as suas mãos;
4. Verificar as condições da embalagem, que deve estar íntegra;
5. Abrir a embalagem externa, puxando a camada superior, e retirar a embalagem interna, manuseando apenas seu exterior;
6. Abrir a embalagem interna sobre superfície limpa e seca, e expor as luvas esterilizadas de modo que os punhos fiquem voltados para você;
7. Com o polegar e o indicador da mão não dominante, segurar o punho dobrado da luva para a mão dominante;
8. Erguer e segurar a luva com os dedos voltados para baixo, atentando

REMOÇÃO:

1. Manter as luvas contaminadas com os dedos voltados para baixo;
2. Com a mão dominante, segurar a outra luva perto da extremidade do punho, e retirá-la, invertendo-a, com a área contaminada no lado interno;
3. Deslizar os dedos da mão sem luva para dentro da luva restante;
4. Prender a luva na mão que ainda está enluvada;
5. Segurar a luva pela parte interna, e retirá-la, virando a parte interna para fora, sobre a mão;
6. Desprezar as luvas em local apropriado (lixo branco);
7. Higienizar as mãos (POP nº 24).

POP Nº 34 - MATERIAIS E INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS - CARREGAMENTO NA AUTOCLAVE E ESTERILIZAÇÃO

Objetivo

Assegurar a perfeita esterilização (eliminação de micro-organismos viáveis) dos artigos, por meio de adequada circulação do agente esterilizante (vapor saturado sob pressão) na câmara.

Executores

Equipe de enfermagem

Materiais

- Materiais e/ou instrumentais identificados, e embalados com indicador químico externo;
- Autoclave;
- Água destilada;
- Planilha para controle.

Processos

1. Higienizar as mãos (POP nº 24);
2. Carregar a autoclave, com 70% a 80% da capacidade da câmara, e atentar para os seguintes detalhes:
 - ✓ Não encostar os pacotes nas paredes internas da câmara;
 - ✓ Não sobrepor materiais de modo a compactá-los;
 - ✓ Colocar os pacotes maiores em cima e os menores embaixo;

4. Fechar a porta da autoclave, após seu carregamento, conforme orientação específica;
5. Programar o ciclo de esterilização de acordo com o material a ser esterilizado. Iniciar o processo;
6. Acompanhar, durante todo ciclo, se possível, os dados do termômetro, para verificar a ocorrência de irregularidades durante o processo;
7. Ao término do ciclo, aguardar a saída do vapor (manovacuômetro vai à zero), e a secagem fechada;
8. Higienizar as mãos (POP nº 24);
9. Retirar os materiais, após o esfriamento e secagem dos mesmos;
10. Verificar se todos os indicadores externos mudaram de coloração de modo uniforme e de acordo com o padrão;
11. Anotar em formulário próprio, o conteúdo do lote, o tempo e a temperatura atingidos durante a esterilização e teste biológico;
12. Encaminhar o material para armazenamento.

Observações

- Os ciclos da autoclave devem respeitar as normas e orientações do fabricante.
- Ao ser implantado no serviço um novo tipo de invólucro, recomenda-se validar o ciclo da autoclave a esse novo material.

POP Nº 35 - MATERIAIS E INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS

LIMPEZA E PREPARO PARA ESTERILIZAÇÃO

Objetivo

Manter os artigos livres de sujidades, eliminando a matéria orgânica, e evitar a proliferação de micro-organismos, eliminando a formação de biofilme.

Executores

Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.

Materiais

- Esponja macia;
- Detergente enzimático;
- Recipiente com tampa;
- Escova com cerdas de nylon macias;
- EPIs (luvas de borracha cano longo, óculos, avental impermeável, gorro e máscara);
- Pano limpo;
- Água;
- Papel grau cirúrgico;
- Papel crepado;
- Fita crepe com indicador químico;
- Indicador biológico.

Processos

6. Imergir por completo os instrumentais na solução com detergente enzimático e mantê-los por tempo especificado pelo fabricante;
7. Retirar o instrumental da água, deixando escorrer o excesso;
8. Retirar os artigos da água e proceder à limpeza manual, com auxílio de esponjas, escovas e solução de detergente enzimático;
9. Enxaguar com água corrente;
10. Secar os artigos com pano limpo e seco;
11. Separar os artigos que estiverem em boas condições, para o preparo para esterilização;
12. Lavar as luvas antes de retirá-las;
13. Higienizar e secar as mãos (POP nº 24);
14. Embalar os materiais (individualmente ou em kits) em papel grau cirúrgico, respeitando a rotina de uso;
15. Remover o ar do interior dos pacotes antes da selagem;
16. Identificar as embalagens com nome do artigo, data de esterilização, data-limite para uso e profissional responsável pelo procedimento.

Observações

- Tesoura e outros materiais articulados devem ser colocados abertos no primeiro dente da cremalheira na embalagem, para que o agente esterilizante atinja todas as áreas do artigo.

POP Nº 36 - MATERIAIS E INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS - ARMAZENAMENTO APÓS ESTERILIZAÇÃO

Objetivo

Manter a qualidade de esterilização, e organização adequada dos materiais.

Executores

Equipe de enfermagem.

Materiais

- Caixas plásticas com tampa;
- Armários com portas para guardar artigos esterilizados;
- Ambiente limpo, sem umidade.

Processos

1. Escolher local exclusivo e de acesso restrito;
2. Manusear os pacotes esterilizados o mínimo possível e com cuidado, e checar se pacotes esterilizados estão secos, com indicador biológico reagente, e identificados de maneira adequada;
3. Organizar os pacotes esterilizados em caixa plástica, em ordem cronológica de validade e tipo de material, sendo que o de prazo mais breve deve ficar mais fácil de ser retirado para utilização;
4. Manter o armário limpo e organizado;
5. Revisar semanalmente a esterilização checando se houve violação da

- ✓ Condições da área de armazenamento; (não empilhar pacotes);
- ✓ Condições de transporte dos pacotes; (não o transportar junto ao corpo);
- ✓ Práticas de manuseio para produtos esterilizados: evite manusear em excesso e após abertura do pacote utilizá-lo de imediato.

POP Nº 37 - MONITORAMENTO DA ESTERILIZAÇÃO DOS MATERIAIS EM AUTOCLAVE

Objetivo

Validar a eficácia e eficiência da esterilização.

Executores

Equipe de enfermagem.

Materiais

- Autoclave;
- Indicador biológico (ampola);
- Integrador químico (classe 5 ou 6);
- Pacote “desafio”;
- Incubadoras;
- Livro para registro.

Processos

1. Lavar as mãos (POP nº 24);
2. Selecionar o pacote “desafio”;
3. Identificar o integrador químico da carga com: data, número do lote da carga e número da autoclave a qual será inserido;
4. Colocar a ampola (indicador biológico) e integrador químico (classe 5 ou 6) no meio do pacote selecionado;
5. Carregar a autoclave junto com o pacote “desafio”, colocando-o na

- carga no formulário específico de monitoramento da autoclave;
9. Retirar o indicador biológico (ampola) do pacote e misturar, dentro da ampola, o meio de cultivo com o portador de esporos (conforme fabricante). Colocar na incubadora;
 10. Colocar na incubadora, junto com a ampola que foi esterilizada, a ampola teste (ampola que não foi esterilizada), identificando-a como “teste”;
 11. Ligar a incubadora;
 12. Fazer registro em planilha própria e/ou livro registro;
 13. Realizar a leitura após 02 a 48 horas, de acordo com a recomendação do fabricante do teste;
 14. Registrar em planilha própria “+” ou “-” de acordo com a coloração da ampola;
 15. Desprezar a ampola usando luvas de procedimento em caixa para perfurocortantes;
 16. Arquivar o formulário de monitoramento da autoclave em pasta específica;
 17. Repetir processo semanalmente com indicador biológico (vide anexos 01, 02 e 03) e a cada carga com integrador químico (classes 5 ou 6).

Observações

- A avaliação do controle e eficácia da esterilização é realizada conforme resolução SS-374, de 15-12-95, ([Link Aqui](#)) parecer emitido pelo CRO-SP, e parecer da Vigilância Sanitária ao ofício 37/Saúde Bucal que estipula que esta validação deverá ser realizada no mínimo

(anualmente).

- Não liberar a carga antes da leitura negativa do indicador biológico.

POP Nº 38 - PRÉ CONSULTA (MÉDICA E DE ENFERMAGEM)

Objetivo

Coletar dados pertinentes, anteriormente às consultas médica e de enfermagem, de forma a agilizar estes processos.

Executores

Auxiliar e Técnico de Enfermagem

Materiais

- Luvas de procedimentos;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Glicosímetro;
- Fita para glicosímetro;
- Lanceta ou agulha;
- Oxímetro de pulso;
- Termômetro;
- Balança antropométrica adulto/criança;
- Régua antropométrica;
- Algodão;
- Álcool à 70%;
- Prontuário e caneta.

Processos

5. Orientar o usuário para aguardar ser chamado na recepção/sala de espera;
6. Encaminhar o prontuário para a consulta médica ou de enfermagem;
7. Organizar o ambiente para o próximo atendimento.

Observações

- Realizar anotação de enfermagem no prontuário, com data, horário e valores aferidos, seguidos de assinatura e carimbo do profissional responsável pelo atendimento.

POP Nº 39 – PROCESSAMENTO DE MATERIAIS EM HIPOCLORITO

Objetivo

Remover a sujidade e promover a destruição de microrganismos através da desinfecção de nível médio para os artigos que não necessitam de esterilização: espéculo de otoscópio, máscara de inalação, ambú, espaçador para nebulímetro, almofolias, etc.

Executores

Equipe de enfermagem

Materiais

- Sapato fechado;
- Recipiente plástico de cor opaca com tampa;
- Detergente enzimático;
- Gaze não estéril;
- Panos limpos e macios;
- Escova de cerdas duras e finas;
- Bucha não abrasiva;
- Detergente neutro;
- EPIs (gorro, máscara, óculos de proteção, luvas de borracha, avental impermeável).

Processos

1. Higienizar as mãos (POP nº 24);

6. Imergir totalmente o material na solução de hipoclorito 1% por 30 minutos;
7. Tampar o recipiente;
8. Respeitar o tempo de exposição;
9. Retirar (utilizando luvas de procedimento e óculos de proteção) o material da solução com auxílio da pinça longa;
10. Enxaguar abundantemente em água corrente;
11. Deixar escorrer sobre um pano limpo e se necessário completar a secagem manual com compressa limpa e seca;
12. Acondicionar material em saco plástico;
13. Rotular com a data da embalagem e nome do profissional responsável;
14. Higienizar as mãos (POP nº 24);
15. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

Observações

- Não utilizar esponja de aço ou produtos abrasivos, pois danificam o material e facilitam sua corrosão.
- A solução de hipoclorito de sódio 1% deve ser desprezada a cada 6 horas ou conforme necessidade no máximo em 24 hs.

POP Nº 40 – RECEBIMENTO E ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS HUMANAS PARA ANÁLISE LABORATORIAL

Objetivo

Padronizar procedimento de recebimento de amostras biológicas humanas (ex: escarro, fezes, urina), a fim de evitar perda de material biológico e chegada de amostras de forma inadequada para a análise laboratorial

Executores

Equipe de Enfermagem.

Materiais

- Saco plástico transparente;
- Etiquetas autocolantes em branco ou impressas (se este for o caso, equipe também terá impressora de etiquetas);
- Computador;
- Caneta.

Processos

Na recepção ou local de pré-coleta (não necessariamente equipe de enfermagem):

1. Recepcionar cordialmente o usuário;
2. Solicitar ao mesmo que apresente documento de identidade com foto, e impresso da autorização de exames (caso não esteja com autorização impressa, anotar número da autorização no pedido) e conferir todos:

5. Realizar impressão das etiquetas, ou preenchimento manual das etiquetas em branco (seguindo padrão descrito nas observações), conferindo as mesmas com o pedido de exames;
6. Realizar 2ª checagem de identificação junto ao usuário, perguntando-lhe seu nome completo e data de nascimento;
7. Caso haja exames de sangue a serem coletados: separar os tubos para coleta a vácuo, caso também haja exames de sangue a serem realizados, e colocá-los dentro de saco plástico transparente, juntamente com o pedido de exames;
8. Entregar ao usuário as etiquetas, e também o saco plástico (com pedido dos exames e os tubos que serão usados para a coleta de sangue);
9. Orientar o usuário que entregue esses materiais ao profissional técnico que irá realizar o procedimento (recebimento de amostras biológicas e/ou coleta de sangue);
10. Encaminhar usuário com documento, amostras e materiais para sala onde é realizada coleta de exames (sala de procedimentos limpos).

Na sala de coleta de exames / procedimentos limpos (equipe de enfermagem):

1. Recepcionar o usuário cordialmente e solicitar a ele os materiais: saco plástico com pedido de exames, e tubos (se houver), e as etiquetas;
2. Separar e segurar consigo o saco plástico com o pedido de exame dobrado dentro, e as etiquetas referentes aos tubos que serão usados para coleta de sangue;
3. Devolver ao usuário as etiquetas relacionadas às amostras que colheu em domicílio;

- este procedimento, atentando-se se a etiqueta está sendo colada no frasco correto e da forma adequada;
7. Solicitar ao usuário que retorne os frascos com as amostras domiciliares, já corretamente identificados, em saco plástico transparente, e feche o mesmo com um nó;
 8. Segurar o saco transparente com o pedido de exames dobrado dentro, estender o mesmo ao usuário e pedir que ele deposite o saco plástico contendo as amostras domiciliares que acabou de fechar;
 9. Proceder com a coleta de sangue (POP nº 17), se houver, e ao final depositar os tubos com sangue dentro do mesmo saco plástico com o pedido de exame dobrado;
 10. Fechar o saco plástico (agora com pedido de exame dobrado, tubos de sangue, e amostras domiciliares em outro saquinho plástico já fechado), e depositar o mesmo em recipiente que será levado pelo malote do Laboratório Municipal.
 11. Orientar o usuário para a retirada dos resultados:
Se houver etiqueta impressa: entregar a 1^a etiqueta da sequência, que contém chave e senha, e orientar site para acesso aos resultados, bem como prazo médio para ficarem prontos.
Se etiqueta manual: orientar prazo médio para resultados estarem prontos e para que o usuário compareça na recepção da unidade.

Observações

- Atenção: as amostras biológicas não devem ser conferidas e manipuladas na área de recepção, por questões de privacidade do usuário e higiene do ambiente.

la. Nelas devem constar: unidade de origem do usuário, nome completo e data de nascimento do mesmo.

- Lembrando que é de responsabilidade do profissional que realiza o procedimento da coleta, ou ainda o recebimento das amostras vindas do domicílio, o preenchimento correto dos documentos relacionados, bem como envio correto das amostras biológicas ao laboratório de análises.

POP Nº 41 - RECOLHIMENTO DE RESÍDUOS

Objetivo

Consiste em recolher os resíduos das salas nas unidades de saúde, acondicionando-os de forma adequada e manuseando-os o mínimo possível. É a operação que precede todas as rotinas técnicas de limpeza e desinfecção.

Executores

Auxiliar de serviços gerais

Materiais

- Sacos de lixo;
- Botas;
- Luvas de autoproteção (de borracha).

Processos

1. Reunir o material para recolher o lixo: sacos de lixo comum e contaminado, botas e luvas de autoproteção;
2. Colocar o EPIs;
3. Recolher o saco de lixo que se encontra na lixeira, amarrando as bordas;
4. Colocar um saco de lixo novo na lixeira, fixando-o firmemente nas bordas;
5. Transportar o lixo recolhido até o depósito para a remoção pela coleta externa;
6. No caso de recolhimento de caixa para perfuro cortantes, assegurar que a enfermagem tenha fechado adequadamente o dispositivo e acondicionado em saco branco;

- Solicitar reposição por e-mail no almoxarifado quando houver rachaduras ou desgaste intenso do material.
- As lixeiras devem estar identificadas como: lixo comum e lixo contaminado.

POP Nº 42 - RETIRADA PONTOS CIRÚRGICOS/SUTURA

Objetivo

Remover fios cirúrgicos, colocados para aproximar as bordas da lesão, favorecendo e auxiliando na cicatrização da ferida.

Executores

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem

Materiais

- Luvas de procedimento e avental;
- Bandeja de alumínio;
- Gazes (estéreis);
- Lâmina ou tesoura de íris;
- Pinça Kelly ou anatômica ou dente de rato ou Kocker ou kit de retirada de pontos;
- Soro Fisiológico 0,9% (SF 0,9%);
- Agulha 40x12mm;
- Antisséptico em estoque tipo clorexidina aquosa à 2%.

Processos

1. Realizar a higienização das mãos (POP nº 24);
2. Orientar o usuário sobre o procedimento;
3. Preparar o material (abrir pacote de retirada de pontos com técnica asséptica ou reuni-los em uma bandeja);

partir da incisão cirúrgica – área menos contaminada e após, umedecer outra gaze com SF 0,9% promovendo a limpeza da mesma forma anterior). Se a ferida estiver limpa, deverá ser iniciada a limpeza no sentido de dentro para fora;

9. Segurar o ponto cirúrgico com a pinça cirúrgica e prender o nó da primeira sutura ou de uma das extremidades, a fim de expor a pequena porção do fio de sutura que estava abaixo do nível da pele;
10. Com a tesoura ou lâmina na outra mão, tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo com tesoura de íris ou lâmina de bisturi, em um dos lados junto à pele;
11. Colocar os pontos, já cortados, sobre uma gaze e desprezá-los na bandeja ou saco de lixo branco leitoso;
12. Realizar a antisepsia do local da incisão com SF0,9% e secar com gaze seca;
13. Desprezar materiais utilizados em local apropriado;
14. Encaminhar instrumentais cirúrgicos para limpeza, desinfecção e esterilização (POP nº 34, 35 e 36);
15. Retirar EPIs;
16. Higienizar mãos (POP nº 24);
17. Registrar o procedimento no prontuário do usuário (físico e/ou eletrônico);
18. Organizar o ambiente para o próximo atendimento.

Observações

- Em geral, para uma ferida cirúrgica suficientemente cicatrizada, os fios de

POP Nº 43 - TÉCNICA DE EXTRAÇÃO MANUAL DE LEITE DAS MAMAS

Objetivo

Garantir flexibilidade do complexo mamilo-areolar para que o bebê consiga fazer a pega adequadamente, estimular a produção de leite humano quando o bebê não estiver mamando, retirar leite para pequeno alívio da mama na qual o bebê não tenha sugado naquela mamada e retirar o leite para ser oferecido posteriormente ou para doação em banco de leite humano.

Executores

Equipe de enfermagem previamente treinada.

Materiais

- Pia;
- Papel toalha;
- Almotolia de sabão líquido neutro ou soluções antissépticas;
- Luvas de procedimento;
- Máscara;
- Gorro;
- Óculos de proteção;
- Frasco de vidro com tampa plástica.

Processos

7. Massagear as mamas com movimentos firmes e circulares da aréola para a base ou utilizar a técnica da pressão inversa na região areolar;
8. Posicionar os dedos indicador e polegar nas margens da aréola (formato C);
9. Comprimir levemente a mama na direção do tórax, pressionando o indicador e o polegar um contra o outro;
10. Fazer movimentos de compressão firmes, sem escorregar os dedos sobre a pele, repetindo esses movimentos várias vezes até o leite começar a sair;

Observações

Caso a extração tenha o objetivo de retirar leite para ser oferecido ao bebê, deve-se utilizar um vidro com tampa de plástico previamente fervido para coletar este leite. **Deve-se desprezar os primeiros jatos ou gotas**. Se a extração tiver o objetivo de garantir a flexibilidade do complexo mamilo-areolar ou aliviar a mama, o leite pode ser desprezado em uma compressa.

POP Nº 44 - TÉCNICA DE OFERTA DE LÍQUIDOS EM COPO ABERTO

Objetivo

Alimentar bebês durante a impossibilidade temporária ou permanente da mãe amamentar, ou bebês que necessitam de complementação.

Executores

Equipe de enfermagem previamente treinada.

Materiais

- Pia;
- Papel toalha;
- Almotolia de sabão líquido neutro ou soluções antissépticas;
- Luvas de procedimento;
- Máscara;
- Gorro;
- Óculos de proteção;
- Copo aberto;
- Leite humano ordenhado ou fórmula infantil.

Processos

1. Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;
2. Acolher o binômio em ambiente privativo e explicar o procedimento;

9. Inclinar o copo de maneira que a borda do mesmo toque o lábio inferior do bebê. Nunca colocar o leite na cavidade oral do bebê. Ele colocará a língua para fora, por cima da borda do copo e realizará movimentos de “sorver” o leite;
10. Conversar com o bebê, assim como se faz durante a amamentação;
11. Deixar o bebê sugar em seu próprio ritmo e sempre retirar a inclinação do copo nos momentos de pausa;
12. Colocar o bebê para eructar da mesma forma como se faz na alimentação por meio de outros métodos. Continuar oferecendo no copo até que o bebê demonstre sinais de saciedade.

Observações

A alimentação através do copo diminui os riscos de confusão de bico e fluxo, preservando o aleitamento materno. Mesmo para bebês que não são amamentados, essa técnica é importante para evitar os outros malefícios do uso de bicos no desenvolvimento oro-crânio-facial.

POP Nº 45 - TÉCNICA SONDA NA MAMA

Objetivo

Estimular a produção de leite humano em casos de hipogalactia, atraso na lactogênese II e adoção; desestimular o uso de bicos artificiais para complementação láctea.

Executores

Equipe de enfermagem previamente treinada.

Materiais

- Pia;
- Papel toalha;
- Almotolia de sabão líquido neutro ou soluções antissépticas;
- Luvas de procedimento;
- Máscara;
- Gorro;
- Óculos de proteção;
- Sonda gástrica/uretral nº 4;
- Leite humano ordenhado ou fórmula infantil;
- Seringa de 20 mL ou translactador ou outro recipiente limpo com o leite a ser oferecido;
- Fita cirúrgica (opcional).

7. Auxiliar a puérpera a posicionar o bebê para mamar;
8. Quando o bebê estiver com pega e posicionamento adequado colocar o leite materno cru ordenhado ou fórmula em recipiente próprio para a realização da relactação/translactação (seringa de 20 mL ou translactador);
9. Posicionar a seringa ou translactador na altura das mamas já conectados com a sonda gástrica ou uretral;
10. Colocar a extremidade da sonda na comissura labial do bebê;
11. O bebê, ao mamar, irá extrair o leite da mama ao mesmo tempo em que recebe o leite que flui da seringa ou translactador;
12. Fechar a sonda dobrando-a caso observe fluxo intenso de leite;
13. Avaliar a mamada e orientar sobre pega e posicionamento sempre que necessário;
14. Ao finalizar a mamada, orientar a puérpera a lavar o material com água e sabão, ferver seringa/translactador, passar água quente com sabão na sonda, repassar com água corrente, injetar ar para secá-la.

Observações

- Caso a puérpera sinta maior segurança, a sonda poderá ser fixada a mama com fita cirúrgica.
- É necessário agendar reavaliação do binômio, a fim de avaliar a efetividade do procedimento, continuidade/parada do mesmo.

POP Nº 46 – TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO PARA COVID-19

Objetivo

O Teste Rápido de Antígeno para COVID-19 é um imunoensaio cromatográfico rápido qualitativo para detecção de抗ígenos do Sars-CoV-2, em amostras de swab da nasofaringe ou orofaringe, para auxílio do diagnóstico de pacientes com suspeita da COVID-19.

Executores

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de enfermagem capacitado. O laudo é privativo do enfermeiro.

Materiais

- Equipamentos de proteção individual (óculos de proteção ou face shield, máscara N95, avental, gorro e luvas de procedimento);
- Kit de testagem rápida de antígeno para Covid-19 (swab nasal estéril, cassete, tampa/ponta conta-gotas, tubo para amostra, solução tampão de corrida);
- Manual de instrução;
- Relógio;
- Caneta esferográfica;
- Álcool 70%;
- Papel absorvente;
- Laudo de teste rápido impresso;
- Lixeira com saco de lixo infectante;

2. Separar todos os componentes do kit em superfície plana, seca, limpa (higienizar previamente com álcool 70% e papel absorvente), livre de vibrações, forrada com papel absorvente;
3. Conferir o prazo de validade do kit, devendo-se considerar o número de lote e validade da caixa do teste;
4. Realizar a higienização das mãos (POP nº 24);
5. Colocar os EPIs;
6. Recepçionar o usuário e orientá-lo sobre o procedimento e as limitações do teste;
7. Identificar o cassete com as iniciais do nome do usuário;
8. Segurar o tubo para amostra verticalmente e preencher com a solução tampão de corrida até que ele alcance a marcação no tubo (o número de gotas irá depender do fabricante). Se a quantidade de gotas for muito grande ou insuficiente, um resultado de teste incorreto pode ocorrer;
9. Acomodar o usuário sentado em uma cadeira e explicar o procedimento;
10. O usuário deverá permanecer de máscara até o início do procedimento;
11. Na sala só devem permanecer o usuário e o profissional que irá coletar a amostra. Se houver necessidade da presença de outro profissional, este deverá estar paramentado com todos os EPIs já citados;
12. Retirar o swab da embalagem;
13. Entregar uma folha de papel absorvente para o usuário;
14. Pedir ao usuário que retire a máscara;
15. Inclinar a cabeça do usuário para trás levemente (aprox. 45 - 70°), para que as narinas fiquem mais acessíveis;
16. Inserir cuidadosamente o swab em uma das narinas, ao longo do septo nasal, paralelamente ao palato, na nasofaringe, até sentir resistência,

MÉTODO DE INSERÇÃO CORRETA PARA COLETA COM SWAB NASOFARÍNGEO



17. Girar o swab delicadamente na narina de 4 a 5 vezes, em movimento de 360°;
18. Deixar o swab na narina por cerca de 3 segundos para absorver as secreções;
19. Remover lentamente o swab;
20. Solicitar ao usuário que recoloque a máscara;
21. Inserir o swab no tubo para amostra;
22. Girar o swab no reagente do tubo por pelo menos cinco vezes, pressionando-o nas paredes do mesmo e, em seguida, espremer o swab apertando o tubo entre os dedos;
23. Quebrar o swab no ponto de ruptura ou retirá-lo e desprezá-lo (seguir recomendação do fabricante);
24. Colocar a tampa no tubo para amostra;
25. Retirar a tampa do bico na parte inferior do tubo para amostra, se houver;
26. Dispensar as gotas da amostra extraída, conforme orientação do fabricante, verticalmente no poço da amostra do cassete. Este não deve ser movido ou manuseado antes do teste ser concluído e estar pronto para leitura;

31. Descartar o dispositivo de teste após exceder o tempo indicado da leitura do resultado e os demais materiais em locais apropriados;
32. Realizar a desparamentação na seguinte ordem:
 - Primeiro, remover as luvas;
 - Higienizar as mãos (POP nº 24);
 - Remover o avental, o protetor facial ou óculos e o gorro;
 - Higienizar as mãos (POP nº 24);
 - Retirar a máscara N95. Seguir as diretrizes institucionais para conservação ou descarte;
 - Higienizar as mãos (POP nº 24).
33. Registrar o procedimento realizado no prontuário do usuário, com data, horário, lote e validade do teste, seguidos de assinatura e carimbo do profissional que realizou o procedimento;
34. Proceder à notificação no sistema e-SUS Notifica ou o que estiver vigente;
35. Organizar o ambiente de trabalho para o próximo atendimento.

Leitura e Interpretação de resultados do Teste Rápido para Detecção de Antígenos do Vírus SARS-CoV-2

Teste Reagente: DUAS linhas vermelhas aparecerão, uma na área de teste (T) e outra na área de controle (C).

Teste Não Reagente: somente UMA linha vermelha aparecerá na área de controle (C) e nenhuma na área de teste (T).

Teste Inválido: NENHUMA linha vermelha aparecerá, ou nenhuma linha

Observações

- ✓ **Seguir rigorosamente as instruções do fabricante.** Caso novas marcas de testes sejam disponibilizadas, é importante que as equipes de saúde fiquem atentas em relação à especificação de cada teste em relação à indicação, procedimento de realização e verificação dos resultados.
- ✓ Esse teste deverá ser realizado na fase aguda da infecção, entre o 1º e 10º dia da data de início dos sintomas.
- ✓ Utilizar o número de lote da embalagem externa (caixa).
- ✓ Proteger da umidade e da luz solar. Conservar de 2 a 30° C.
- ✓ Nunca proceder à leitura do teste antes ou depois do tempo determinado pelo fabricante.
- ✓ Todas as amostras devem ser consideradas potencialmente infectantes e devem ser manipuladas e descartadas adequadamente.

Laudo do Teste Rápido de Antígeno para COVID-19



Nome: _____ Data de Nasc.: ____ / ____ / ____

Local de realização: _____ Data da Coleta: ____ / ____ / ____

TESTE RÁPIDO ANTÍGENO COVID-19

Marca: _____ Lote: _____ Validade: ____ / ____ / ____

Resultado:	(<input type="checkbox"/>) REAGENTE (<input type="checkbox"/>) NÃO REAGENTE (<input type="checkbox"/>) Inválido / Inconclusivo	Valor de Referência Não Reagente
------------	--	-------------------------------------

Material: Nasofaríngeo.

Método: Imunoensaio cromatográfico para detecção de antígeno SARS-CoV-2.

Assinatura e carimbo do
Responsável pela realização

Assinatura e carimbo do
Responsável pelo laudo

Notas:

A coleta para detecção de antígeno é recomendada do 1º ao 10º dia do início dos sintomas.

Este teste é capaz de detectar a presença de antígeno SARS-CoV-2.

Resultados considerados REAGENTES são aqueles que detectam antígenos SARS-CoV-2.

Resultados considerados NÃO REAGENTES são aqueles que não detectam antígenos SARS-CoV-2.

POP Nº 47 - TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO PARA DENGUE (NS1)

Objetivo

Teste imunocromatográfico para detecção qualitativa do antígeno da Dengue (NS1), destinado para auxílio no diagnóstico de infecções pelo vírus da Dengue.

Executores

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de enfermagem. O laudo é privativo do enfermeiro.

Materiais

- Equipamentos de proteção individual (óculos de proteção, avental e luvas de procedimento);
- Kit de testagem rápida para Dengue (NS1): cassete e pipeta de 100 µL;
- Manual de instruções;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Relógio;
- Caneta esferográfica;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente;
- Impresso padronizado: laudo do teste rápido NS1 - Dengue (vide anexo);
- Prontuário.

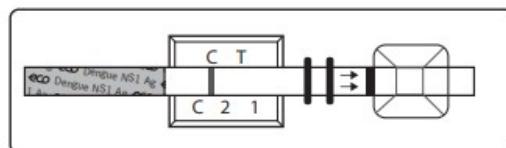
4. Confira o prazo de validade do kit, devendo-se considerar o número de lote e validade da caixa do teste;
5. Realize a higienização das mãos (POP nº 24);
6. Recepçõe o usuário de forma acolhedora, oriente-o quanto ao procedimento e quanto às limitações do teste;
7. Coloque os EPIs;
8. Identifique o dispositivo ou placa de teste com as iniciais do nome do usuário;
9. Selecione o dedo a ser puncionado, higienizando-o com gaze ou algodão embebido em álcool a 70%;
10. Remova a tampa de proteção da lanceta retrátil, pressione a ponta do dedo que será perfurado para acúmulo de sangue;
11. Posicione e pressione a lanceta com firmeza no dedo e colete o sangue com o auxílio da pipeta plástica, até o traço marcado, evitando a formação de bolhas;
12. Em seguida, com a pipeta na posição vertical, dispense vagarosamente o volume da amostra coletada no poço do dispositivo de teste, certificando-se que não existem bolhas de ar;
13. Marque o tempo para realizar a leitura do resultado;
14. Realize a leitura e interpretação do resultado do teste no tempo recomendado pelo fabricante. O tempo de leitura do resultado deverá ser de acordo com as instruções do fabricante;
15. Informe o resultado ao usuário, com as devidas orientações;
16. Entregue o laudo do resultado do teste realizado, com carimbo e assinatura do profissional responsável pela realização e do profissional responsável pelo laudo;

22. Em caso de resultado Reagente, encaminhe o usuário para atendimento com o médico ou o enfermeiro;
23. Organize o ambiente para o próximo atendimento.

Interpretação do Resultado

Resultado Não Reagente:

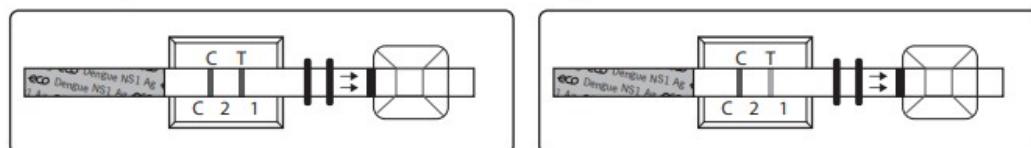
Se somente a linha controle (linha C) VERMELHA aparecer, a ausência de coloração na linha teste (linha T) indica que o nível de antígeno (Dengue Ag) na amostra não é detectável. O resultado é não reagente.



Resultado Reagente:

Se a linha controle (linha C) VERMELHA e a linha teste (linha T) VERMELHA aparecerem, o teste indica a presença de antígenos para Dengue na amostra. O resultado é reagente.

A presença da linha teste, mesmo em coloração fraca, indica resultado reagente.



Inválido:

Se a linha C não aparecer, o teste é inválido mesmo com o aparecimento da linha T. A linha controle deverá sempre aparecer se o procedimento for realizado adequadamente e os reagentes do teste forem funcionais. Repetir o teste com um novo dispositivo.

Observações

- O prazo de validade do kit é indicado na parte externa de sua embalagem.
- Siga rigorosamente as instruções do fabricante.
- Não misture componentes provenientes de kits ou caixas de lotes diferentes.
- As amostras obtidas por punção digital podem ser colhidas em qualquer local, desde que sejam respeitadas as normas de biossegurança: uso de EPIs, antisepsia das mãos e do local da punção, entre outros.
- O resultado NÃO REAGENTE não exclui a infecção por Dengue, devendo o usuário suspeito ser acompanhado pela unidade de saúde, com retorno sempre que necessário, até a completa resolução do caso (ALTA).
- Considerando que o resultado NÃO REAGENTE não exclui a infecção por Dengue, deverá ser solicitada a sorologia, a ser colhida a partir do 7º dia de sintomas.
- Todos os casos suspeitos de Dengue devem ser notificados à Vigilância Epidemiológica por tratar-se de Doença de Notificação Compulsória.

Trate todas as amostras como material potencialmente infectante.

Laudo do Teste Rápido NS1 – DENGUE



Nome: _____ Data de Nasc.: ___ / ___ / ___

Local de realização: _____ Data da Coleta: ___ / ___ / ___

TESTE RÁPIDO ANTÍGENO DENGUE (NS1)

Marca: _____ Lote: _____ Validade: ___ / ___ / ___

Resultado:	(<input type="checkbox"/>) REAGENTE	Valor de Referência
	(<input type="checkbox"/>) NÃO REAGENTE	Não Reagente
	(<input type="checkbox"/>) Inválido / Inconclusivo	

Material: Sangue total.

Método: Imunoensaio cromatográfico para detecção qualitativa do antígeno da Dengue (NS1).

Assinatura e carimbo do
Responsável pela realização

Assinatura e carimbo do
Responsável pelo laudo

Notas:

A coleta para detecção de antígeno é recomendada do 1º ao 3º dia do início dos sintomas.

Este teste é capaz de detectar a presença do antígeno da Dengue (NS1).

Resultados considerados REAGENTES são aqueles que detectam antígenos da Dengue (NS1).

Resultados considerados NÃO REAGENTES são aqueles que não detectam antígenos da Dengue (NS1).

O resultado NÃO REAGENTE não exclui a infecção por Dengue, devendo ser solicitada OBRIGATORIAMENTE a sorologia para Dengue a partir do 7º dia de sintomas, e o usuário realizar

POP Nº 48 – TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ

Objetivo

Detectar precocemente a gravidez por teste rápido imunoensaio cromatográfico rápido, em mulheres que estão em idade fértil e que apresentem atraso menstrual maior ou igual a 7 dias, suspensão ou irregularidade do uso de contraceptivo injetável, abordagem do planejamento reprodutivo e violência sexual.

Executores

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem

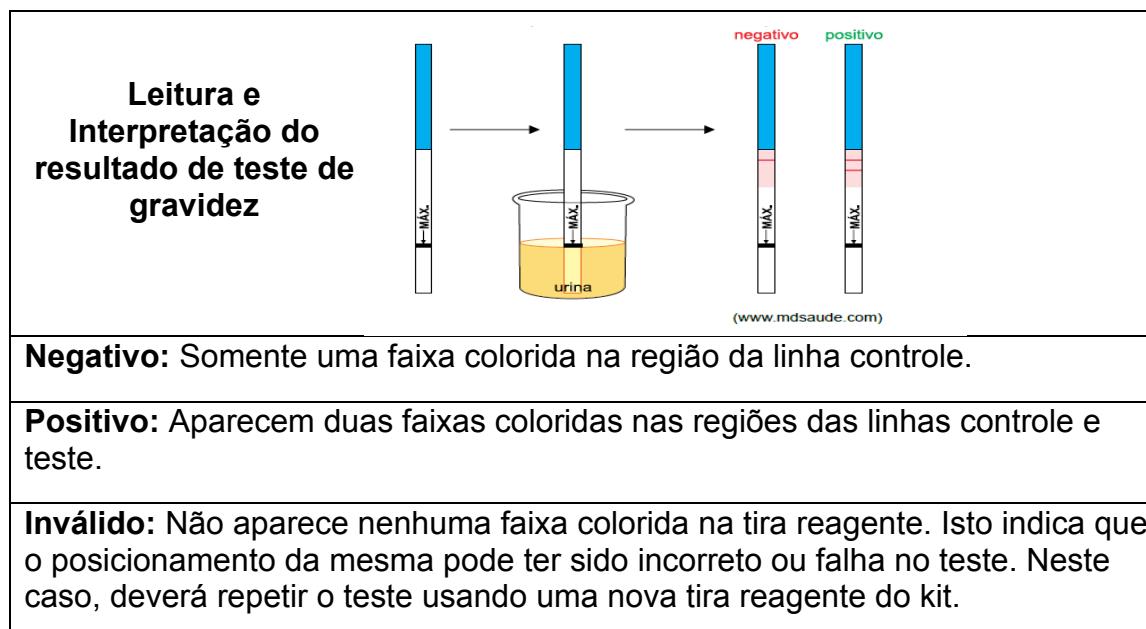
Materiais

- Luvas de procedimento;
- Frasco limpo e seco, de plástico, sem nenhum conservante;
- Tira reagente de teste rápido de gravidez;
- Folha de papel absorvente;
- Relógio ou cronômetro;
- Laudo do teste rápido de gravidez.

Processos

1. Ler a bula ou manual de instruções do fabricante;
2. Realizar a higienização das mãos (POP nº 24);
3. Orientar a usuária sobre o procedimento;
4. Questionar a usuária sobre o período de amenorréia e sintomas,

10. Colocar o frasco ou recipiente com a amostra de urina coletada sobre a superfície forrada com papel absorvente;
11. Retirar a tira reagente da embalagem e introduzi-la na amostra de urina, em posição vertical, com as setas voltadas para baixo, emergindo-a até a linha limite indicada do teste, por pelo menos 15 segundos;
12. Retirar a tira reagente da amostra de urina e posicioná-la sobre uma superfície plana, podendo ser sobre o frasco da amostra ou outra superfície limpa, seca e não absorvente;
13. Realizar a leitura do resultado em aproximadamente 3 minutos. O tempo de leitura do resultado deverá ser de acordo com as instruções do fabricante.
14. Interpretação do resultado:



15. Informar o resultado do teste para a usuária, com as orientações necessárias e de acordo com o resultado;

20. Registrar o procedimento realizado no prontuário da usuária (físico e/ou eletrônico), com data, horário, lote e validade do teste utilizado, resultado, assinatura e carimbo do profissional executante;
21. Organizar o ambiente de trabalho, mantendo-o limpo e organizado.

Observações

- A intensidade da cor das faixas do teste pode variar, visto que estágios diferentes da gravidez têm concentrações diferentes do hormônio hCG.
- Caso a usuária não possua o laudo de teste de gravidez que foi realizado em outro serviço, é necessário repeti-lo na Unidade, sob supervisão do profissional de enfermagem.
- É recomendado que o teste seja feito na Unidade Básica de Saúde, com amostra de urina coletada na própria Unidade e sob a supervisão do profissional de enfermagem.
- O enfermeiro, auxiliar e o técnico de enfermagem devem estar atentos às mudanças de marca do teste, proceder a leitura das instruções do fabricante e informar possíveis mudanças à equipe de enfermagem.
- Coletar preferencialmente a primeira urina da manhã, por conter maiores concentrações do hormônio hCG, podendo ser utilizado outra amostra de urina em qualquer período do dia, respeitando o intervalo entre micções (em torno de 2h) ou conforme recomendação do fabricante.
- Amostra de urina turva deve ser deixada em repouso até que a amostra fique mais límpida antes de realizar o teste, a fim de obter alíquotas claras para o teste.
- Em situação de atraso menstrual maior ou igual há 15 semanas deverá, além de realizar o teste de gravidez, solicitar avaliação do

- Em caso de resultado negativo com manifestação de desejo de prevenir gravidez (planejamento familiar), orientar quanto o agendamento de consulta de enfermagem/médica programada.

Laudo do Teste Rápido de Gravidez



Prefeitura do Município de Piracicaba
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Estado de São Paulo



SECRETARIA
DE SAÚDE
DE PIRACICABA

UNIDADE: _____.

DATA DO EXAME: ____/____/____.

NOME DA PACIENTE: _____.

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____.

REGISTRO: _____.

RESULTADO DO TESTE DE PREGNOSTICON: POSITIVO

NEGATIVO

ASSINATURA DO PROFISSIONAL: _____.

COREN/CRM: _____.



Prefeitura do Município de Piracicaba
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Estado de São Paulo



UNIDADE: _____.

DATA DO EXAME: ____/____/____.

NOME DA PACIENTE: _____.

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____.

REGISTRO: _____.

RESULTADO DO TESTE DE PREGNOSTICON: POSITIVO

NEGATIVO

POP Nº 49 – TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B

Objetivo

Detectar a determinação qualitativa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg/subtipos ad e ay) através do teste imunocromatográfico rápido em amostras de sangue total. Permitir a investigação, início do acompanhamento e tratamento, evitando a progressão hepática e suas complicações, como o câncer hepático e a cirrose.

Executores

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de enfermagem capacitado. O laudo é privativo do enfermeiro.

Materiais

- Equipamentos de proteção individual (óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos);
- Kit de testagem rápida para hepatite B;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Relógio;
- Caneta esferográfica ou caneta tipo marcador permanente;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente;
- Impressos padronizados para o pré aconselhamento/termo e emissão do laudo (ver Laudo dos testes rápidos da hepatite B, hepatite C, HIV e

Processos

Imunocromatografia de fluxo lateral

1. Ler o manual de instrução, observando as orientações do fabricante do teste a ser utilizado;
2. Separar todos os componentes do kit em superfície plana, seca, limpa, livre de vibrações, forrada com papel absorvente;
3. Conferir o prazo de validade do kit, devendo-se considerar o número de lote e validade da caixa do teste;
4. Realizar a higienização das mãos (POP nº 24);
5. Recepcionar o usuário de forma acolhedora e orientá-lo quanto ao procedimento e as limitações do teste;
6. Colocar os EPIs;
7. Identificar o dispositivo ou placa de teste com as iniciais do nome do usuário;
8. Selecionar o dedo a ser punctionado, higienizando-o com algodão embebido em álcool a 70%;
9. Remover a tampa de proteção da lanceta, pressionar a ponta do dedo que será perfurado para acúmulo de sangue;
10. Posicionar e pressionar a lanceta com firmeza no dedo, quando estiver seco;
11. Recolha a amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta plástica, recolha o sangue até atingir a marca do tubo capilar ou pipeta, evitando a formação de bolhas de ar. A quantidade de sangue deverá ser de acordo com as instruções do fabricante;
12. Dispense todo o volume de sangue na área do dispositivo de teste.

15. Realize a leitura e interpretação do resultado no período de tempo recomendado pelo fabricante;
16. Informe o resultado ao usuário, entregue o laudo do teste realizado, carimbado e assinado pelo enfermeiro;
17. Em caso de resultado Reagente, encaminhe o usuário para atendimento com o médico ou enfermeiro;
18. Descarte o dispositivo de teste após exceder o tempo indicado da leitura do resultado e os demais materiais em locais apropriados;
19. Retire os EPIs;
20. Realize a higienização das mãos (POP nº 24);
21. Registre o procedimento realizado no prontuário do usuário, com data, horário, lote e validade do teste, seguidos de assinatura e carimbo do profissional que realizou o procedimento;
22. Organize o ambiente de trabalho para o próximo atendimento.

Leitura e Interpretação de resultados do Teste Rápido HBSAG

- **Teste Reagente:** Formação de duas linhas coloridas, uma na região controle (C) e uma na região teste (T). O tempo de interpretação do resultado deverá ser conforme as instruções do fabricante.
- **Teste Não Reagente:** Formação de uma linha colorida na região controle (C) e ausência completa de linha na região teste (T). O tempo de interpretação do resultado deverá ser conforme as instruções do fabricante.

Observações

- Teste rápido realizado apenas para triagem.
- O número de lote da embalagem externa (caixa) deve ser utilizado para a identificação e controle de validade do kit.
- Seguir rigorosamente as instruções do fabricante.
- Proteger da umidade e da luz solar.
- Nunca proceder à leitura do teste antes ou depois do tempo determinado pelo fabricante.
- Todas as amostras devem ser consideradas potencialmente infectantes e devem ser manipuladas e descartadas adequadamente.

**Em caso de gestante, o teste é de realização
obrigatória na rede de Atenção Básica
do município de Piracicaba.**

POP Nº 50 – TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C

Objetivo

Detectar precocemente a infecção através do teste qualitativo utilizado na triagem da infecção pelo vírus da hepatite C (HCV), permitindo a antecipação do início do tratamento. Evitar a progressão hepática e suas complicações, como o câncer e a cirrose.

Executores

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de enfermagem capacitado. O laudo é privativo do enfermeiro.

Materiais

- Equipamentos de proteção individual (óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos);
- Kit de testagem rápida para hepatite C;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Relógio;
- Caneta esferográfica;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente;
- Impressos padronizados para o pré aconselhamento/termo e emissão do laudo (ver laudo dos testes rápidos de hepatite B, hepatite C, HIV e

3. Confira o prazo de validade do kit, devendo-se considerar o número de lote e validade da caixa do teste;
4. Realize a higienização das mãos (POP nº 24);
5. Recepçione o usuário de forma acolhedora, oriente-o quanto ao procedimento, preencha o questionário/termo de consentimento informado, solicite a assinatura do usuário no termo e oriente quanto às limitações do teste;
6. Coloque os EPIs;
7. Identifique o dispositivo ou placa de teste com as iniciais do nome do usuário;
8. Selecione o dedo a ser punctionado, higienizando-o com algodão embebido em álcool a 70%;
9. Remova a tampa de proteção da lanceta retrátil, pressione a ponta do dedo que será perfurado para acúmulo de sangue;
10. Posicione e pressione a lanceta com firmeza no dedo e colete o sangue com o auxílio da pipeta plástica, até o traço marcado, evitando a formação de bolhas;
11. Em seguida, com a pipeta na posição vertical, dispense o volume da amostra coletada no poço do dispositivo de teste;
12. Coloque o frasco na posição vertical e adicione cuidadosamente a quantidade de gota (s) de solução tampão ao poço em que foi colocada anteriormente a amostra. Não permita a formação de bolhas. A quantidade de solução deverá ser de acordo com as instruções do fabricante;
13. Marque o tempo para realizar a leitura do resultado;
14. Realize a leitura e interpretação do resultado do teste no tempo

18. Descarte os materiais em locais apropriados;
19. Retire os EPIs;
20. Realize a higienização das mãos (POP nº 24);
21. Registre o procedimento realizado no prontuário do usuário, com data, horário, lote e validade do teste, seguidos de assinatura e carimbo do profissional que realizou o procedimento;
22. Em caso de resultado Reagente, encaminhe o usuário para atendimento com o médico ou enfermeiro;
23. Organize o ambiente para o próximo atendimento.

Leitura e Interpretação de resultados do Teste Rápido para Hepatite C
Teste Reagente: Formação de uma linha colorida na área T e outra na área C.
Teste Não Reagente: Formação de uma linha colorida apenas na área C.
Teste Inválido: Não há formação de linha colorida na área C. O teste é considerado inválido, independente do resultado na área T. Neste caso, repetir o teste.

Observações

- O prazo de validade do kit é indicado na parte externa de sua embalagem.
- Siga rigorosamente as instruções do fabricante.
- Não misture componentes provenientes de kits ou caixas de lotes

**POP Nº 51 – TESTE RÁPIDO PARA HIV COM AMOSTRA DE SANGUE
IMUNOCROMATOGRAFIA DE FLUXO LATERAL E PLATAFORMA DE
DUPLO PERCURSO – DPP**

Objetivo

Realizar o diagnóstico da infecção pelo HIV I e II por meio da detecção de anticorpos contra o vírus no sangue total, soro e plasma, através de teste rápido pelo método imunocromatografia, com plataforma de fluxo lateral ou plataforma de duplo percurso (DPP). Ampliar o acesso da população em geral, principalmente das populações mais vulneráveis, ao diagnóstico da infecção pelo HIV. Detectar precocemente a infecção e início do tratamento. Reduzir o risco de transmissão vertical.

Executores

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de enfermagem capacitado. O laudo é privativo do enfermeiro.

Materiais

- Equipamentos de proteção individual (óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos);
- Kit de testagem rápida para HIV;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Relógio;

Caneta esferográfica ou caneta tipo marcador permanente;

Processos

Imunocromatografia de fluxo lateral



1. Leia o manual de instrução, observando as orientações do fabricante;
2. Separe todos os componentes do kit em superfície plana, seca, limpa, livre de vibrações, forrada com papel absorvente;
3. Confira o prazo de validade do kit, devendo-se considerar o número de lote e validade da caixa do teste;
4. Realize a higienização das mãos (POP nº 24);
5. Recepçione o usuário de forma acolhedora, oriente-o quanto ao procedimento, preencha o questionário/termo de consentimento informado, solicite a assinatura do usuário no termo e oriente quanto às limitações do teste;
6. Coloque os EPIs;
7. Identifique o dispositivo ou placa de teste com as iniciais do nome do usuário;
8. Selecione o dedo a ser punctionado, higienizando-o com algodão umedecido em álcool a 70%;
9. Remova a tampa de proteção da lanceta, pressione a ponta do dedo que será perfurado para acúmulo de sangue;
10. Posicione e pressione a lanceta com firmeza no dedo, colete a amostra

- “B” (se dispositivo com poço A e B). A quantidade de gotas deverá ser conforme as orientações do fabricante;
13. Marque o tempo de leitura do resultado. O tempo de leitura e interpretação do resultado deverá ser de acordo com as instruções do fabricante;
 14. Informe o resultado ao usuário, com as devidas orientações de pós aconselhamento;
 15. Entregue o laudo do resultado do teste realizado, com carimbo e assinatura do enfermeiro;
 16. Descarte o dispositivo de teste após exceder o tempo indicado da leitura do resultado;
 17. Descarte os materiais em locais apropriados;
 18. Retire os EPIs;
 19. Realize a higienização das mãos (POP nº 24);
 20. Registre o procedimento no prontuário do usuário, com data, horário, lote e validade do teste, seguidos de assinatura e carimbo do profissional que realizou o procedimento;
 21. Em caso de resultado Reagente, encaminhe o usuário para atendimento com o médico ou enfermeiro;
 22. Organize o ambiente para o próximo atendimento.

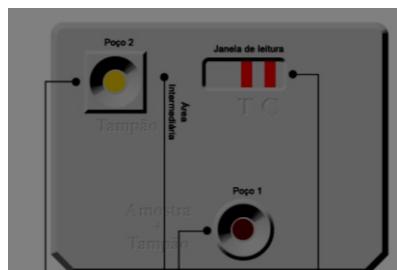
- **Teste Não Reagente:** Quando há formação de uma linha colorida apenas na área C.



- **Teste Inválido:** Se a linha de controle (C) não aparecer dentro do tempo determinado pelo fabricante para leitura do resultado, o teste não será considerado válido, mesmo que surja alguma linha colorida na área de teste, T1 e (ou) T2. Neste caso, repetir o teste.



Imunocromatografia em plataforma de duplo percurso – DPP Plataforma de duplo percurso



1. Ler o manual de instrução, observando as orientações do fabricante;
2. Separe todos os componentes do kit em superfície plana, seca, limpa, livre de vibrações, forrada com papel absorvente;

6. Coloque os EPIs;
7. Retire o suporte de teste do envelope laminado, identifique-o com as iniciais do nome do usuário;
8. Verifique a integridade de todos os componentes e a existência de 2 (duas) linhas na janela de teste do suporte, sendo uma de cor azul (linha Teste) e outra de cor verde (linha Controle). Só utilize se as duas linhas estiverem presentes. Caso uma ou ambas as linhas esteja(m) ausente(s), não utilize o dispositivo, comunique o ocorrido na planilha de testes rápidos e envie ao Departamento de Atenção Básica por e-mail no fechamento das planilhas de testes rápidos;
9. Selecione o dedo a ser punctionado, higienizando-o com algodão embebido em álcool a 70%;
10. Perfure a lateral da polpa do dedo com a lanceta retrátil;
11. Pressione a polpa do dedo, encoste a alça coletora na gota de sangue e preencha a alça coletora;
12. Remova a tampa de proteção da lanceta e pressione a ponta do dedo que será perfurado para acúmulo de sangue;
13. Desenrosque o dosador (parte branca) do frasco para eluição da amostra, mantendo a tampa preta rosqueada no dosador;
14. Insira a alça coletora com a amostra no frasco de eluição de modo que a alça toque no fundo do frasco. Coloque a alça com a amostra dentro do frasco e quebre-a na região marcada;
15. Recoloque o dosador no frasco de eluição certificando-se de que tanto o dosador quanto a tampa preta estejam bem fechados. Homogeneíze gentilmente o frasco fazendo movimentos circulares sobre uma superfície plana por 10 segundos;

19. Marque 10 (dez) minutos no cronômetro ou relógio. Após 3 (três) minutos, verifique se ocorreu migração do tampão de corrida na janela de leitura;
20. Realize a leitura do teste após os 10 (dez) minutos de corrida do tampão, não excedendo 15 (quinze) minutos;
21. Informe o resultado ao usuário. Se o resultado for reagente, encaminhe par atendimento com o enfermeiro ou médico (explicar como serão as etapas posteriores e esclarecer dúvidas) e prestar o apoio necessário;
22. Entregue o laudo do resultado do teste realizado, assinado e carimbado pelo enfermeiro;
23. Descarte o dispositivo de teste após exceder o tempo indicado da leitura do resultado;
24. Descarte os materiais em locais apropriados;
25. Retire os EPIs;
26. Realize a higienização das mãos (POP nº 24);
27. Registre o procedimento no prontuário do usuário, com data, horário, resultado do teste com lote e validade, seguidos de assinatura e carimbo do profissional;
28. Organize o ambiente de trabalho para o próximo atendimento.

Observações

- Sempre realizar aconselhamento pré e pós teste.
- O período de janela diagnóstica é o tempo decorrido entre o contágio e o aparecimento ou detecção de marcadores da infecção, seja ele antígeno ou anticorpo (no caso de anticorpo, também podemos chamar de janela

- O kit deve ser acondicionado em temperatura entre 2 °C e 30 °C.
- O teste somente será validado se houver uma linha na área de controle. Caso não apareça a linha na área de controle, descarte o cassete e faça um novo teste com outra plataforma. Você pode utilizar a mesma amostra.
- Componentes de kits de lotes diferentes nunca devem ser misturados.
- Não permita que a pessoa leve o cassete com o teste para casa.
- Faça o teste sempre sobre uma superfície plana e sem trepidação. O dispositivo do teste não pode ser movido do lugar até a reação estar concluída, senão o resultado do teste poderá ser inválido.
- Se o resultado do exame for considerado REAGENTE para a infecção pelo HIV, realize um segundo teste rápido por punção digital, de outro fabricante, para confirmação do diagnóstico.
- Após a confirmação do diagnóstico com resultado de dois testes de fabricantes diferentes, encaminhar o usuário para o CEDIC com guia de referência/contrarreferência e laudo dos testes (realizar contato telefônico para agendamento).
- Em caso de resultados discordantes, encaminhe amostra de sangue para realização de sorologia de HIV no Laboratório Municipal, anotando resultado dos testes na requisição do exame.
Após a confirmação do diagnóstico com resultado de dois testes diferentes, encaminhar o usuário para o CEDIC com guia de referência/contrarreferência e laudo dos testes (realizar contato telefônico para agendamento);
- Caso não haja disponível teste rápido de fabricante diferente para confirmação do diagnóstico, encaminhar amostra de sangue para

POP Nº 52 – TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS: IMUNOCROMATOGRAFIA DE FLUXO LATERAL E PLATAFORMA DE DUPLO PERCURSO – DPP

Objetivo

Detectar precocemente a contaminação pelo *Treponema pallidum*, através do teste imunocromatográfico rápido em amostras de sangue total, soro ou plasma com o objetivo de:

- Ampliar o acesso da população em geral, principalmente das mais vulneráveis, ao diagnóstico da infecção pelo *Treponema pallidum*.
- Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento.
- Fornecer o resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado.
- Diminuir o risco de transmissão vertical.

Executores

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de enfermagem capacitado. O laudo é privativo do enfermeiro.

Materiais

- Equipamentos de proteção individual (óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos);
- Kit de testagem rápida para Sífilis;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;

- Impressos padronizados para o pré aconselhamento/termo e emissão do laudo (ver laudo dos testes rápidos de hepatite B, hepatite C, HIV e sífilis);
- Prontuário.

Processos

Imunocromatografia de fluxo lateral



1. Leia o manual de instrução, observando as orientações do fabricante;
2. Separe todos os componentes do kit em superfície plana, seca, limpa, livre de vibrações, forrada com papel absorvente;
3. Confira o prazo de validade do kit, devendo-se considerar o número de lote e validade da caixa do teste;
4. Realize a higienização das mãos (POP nº 24);
5. Recepçione o usuário de forma acolhedora, oriente-o quanto ao procedimento, preencha o questionário/termo de consentimento informado, solicite a assinatura do usuário no termo e oriente quanto às limitações do teste;
6. Coloque os EPIs;
7. Identifique o dispositivo ou placa de teste com as iniciais do nome do usuário;
8. Selecione o dedo a ser punctionado, higienizando-o com algodão

12. No poço da amostra, dispense o sangue coletado pressionado a pipeta plástica na posição vertical na área do dispositivo de teste indicado (poço);
13. Segure o frasco de diluente verticalmente e adicione o número de gotas no poço indicado, imediatamente após a aplicação da amostra de sangue. A quantidade de solução diluente e o local para adicioná-lo (único poço sobre a amostra de sangue ou poço maior, separado da amostra de sangue) deverá ser de acordo com as instruções do fabricante;
14. Ligue o cronômetro ou marque o tempo de leitura no relógio e marque o tempo para realizar a leitura do resultado;
15. Realize a leitura e interpretação do resultado do teste no tempo recomendado pelo fabricante. O tempo de leitura do resultado deverá ser de acordo com as instruções do fabricante;
16. Informe o resultado ao usuário, com as devidas orientações de pós aconselhamento;
17. Entregue o laudo do resultado do teste realizado, com carimbo e assinatura do enfermeiro;
18. Descarte o dispositivo de teste após exceder o tempo indicado da leitura do resultado;
19. Descarte os materiais em locais apropriados;
20. Retire os EPIs;
21. Realize a higienização das mãos (POP nº 24);
22. Registre o procedimento realizado no prontuário do usuário, com data, horário, lote e validade do teste, seguidos de assinatura e carimbo do profissional que realizou o procedimento;
23. Em caso de resultado Reagente, encaminhe o usuário para atendimento

Leitura e Interpretação de resultados do Teste Rápido para Sífilis

Imunocromatografia de fluxo lateral

- **Teste Reagente:** Formação de uma linha colorida na área T e outra na área C. Um resultado reagente indica que há anticorpos antitreponema detectáveis na amostra do teste.



- **Teste Não Reagente:** Quando há formação de uma linha colorida apenas na área C. Um resultado não reagente indica que não há anticorpos antitreponema detectáveis na amostra do indivíduo.



- **Teste Inválido:** Quando **não há formação de linha colorida na área C**. O teste é considerado inválido, independente do resultado na área T. Neste caso, repetir o teste.



1. Leia o manual de instrução, observando as orientações do fabricante;
2. Separe todos os componentes do kit em superfície plana, seca, limpa, livre de vibrações, forrada com papel absorvente;
3. Conferir o prazo de validade do kit, devendo-se considerar o número de lote e validade da caixa do teste;
4. Realize a higienização das mãos (POP nº 24);
5. Recepçione o usuário de forma acolhedora, oriente-o quanto ao procedimento, preencha questionário/termo de consentimento informado, solicite a assinatura do usuário no termo, e oriente quanto às limitações do teste;
6. Coloque os EPIs;
7. Retire o suporte de teste do envelope laminado, identifique-o com as iniciais do nome do usuário;
8. Verifique a integridade de todos os componentes e a existência de 2 (duas) linhas na janela de teste do suporte, sendo uma de cor azul (linha Teste) e outra de cor verde (linha Controle). Só utilize se as duas linhas estiverem presentes. Caso uma ou ambas as linhas esteja(m) ausente(s), não utilize o dispositivo, comunique o ocorrido na planilha de testes rápidos e envie ao Departamento de Atenção Básica por e-mail no fechamento da planilha de testes rápidos;
9. Selecione o dedo a ser puncionado, higienizando-o com algodão embebido em álcool a 70%;
10. Remova a tampa de proteção da lanceta, pressione a ponta do dedo que será perfurado para acúmulo de sangue;
11. Perfure a lateral da polpa do dedo com a lanceta retrátil;
12. Pressione a polpa do dedo, encoste a alça coletora na gota de sangue e

gentilmente o frasco fazendo movimentos circulares sobre uma superfície plana por 10 segundos;

16. Abra o frasco, retirando somente a tampa preta do dosador e, com o frasco na posição vertical, adicione 2 (duas) gotas da solução no poço 1;
17. Marque 5 (cinco) minutos no relógio ou cronômetro. Verifique após esse tempo se as duas linhas (teste e de controle) desapareceram da janela de leitura;
18. Com o frasco do tampão na posição vertical, adicione 4 (quatro) gotas do tampão de corrida no poço 2;
19. Ligue o cronômetro ou marque o tempo de leitura no relógio e marque 10 (dez) minutos. Após 3 (três) minutos, verifique se ocorreu migração do tampão de corrida na janela de leitura;
20. Realize a leitura do teste após os 10 (dez) minutos de corrida do tampão, não excedendo 15 (quinze) minutos;
21. Informe o resultado ao usuário, de forma privada. Se o resultado for reagente, explicar como serão as etapas posteriores, esclarecer dúvidas e prestar o apoio necessário;
22. Entregue o laudo do resultado do teste realizado, assinado e carimbado pelo enfermeiro;
23. Descarte o dispositivo de teste após exceder o tempo indicado da leitura do resultado;
24. Descarte os materiais em locais apropriados;
25. Retire os EPIs;
26. Realize a higienização das mãos (POP nº 24);
27. Registre o procedimento no prontuário do usuário, com data, horário, resultado do teste com lote e validade, seguidos de assinatura e carimbo

Interpretação de resultados do Teste Rápido Sífilis - DPP Plataforma de duplo percurso

- **Teste Reagente:** quando ocorre formação de duas linhas coloridas, uma na área de controle (C) e outra na área de teste (T). O tempo de leitura e interpretação do resultado deverá seguir as instruções do fabricante.



- **Teste Não Reagente:** quando ocorre formação de somente uma linha colorida, a da área de controle (C). O tempo de leitura e interpretação do resultado deverá seguir as instruções do fabricante.



- **Teste Inválido:** Quando não ocorre a formação de linha do controle (C). Neste caso, repetir o teste utilizando novo teste.

Observações

- O prazo de validade do kit é indicado na parte externa de sua embalagem.
- Utilize os volumes corretos da amostra e dos outros reagentes.
- Não misture componentes provenientes de kits ou caixas de lotes diferentes.
- Conservar entre 2 e 30º C.
- A amostra deve estar em temperatura ambiente antes de iniciar o teste.
- As amostras obtidas por punção digital podem ser colhidas em qualquer local, desde que sejam respeitadas as normas de biossegurança: uso de EPIs, antisepsia das mãos e do local da punção, entre outros.
- Trate todas as amostras como material potencialmente infectante.

**Em caso de gestante, o teste é de realização
obrigatória na rede de Atenção Básica
do município de Piracicaba.**

POP Nº 53 - TESTE RÁPIDO PLATAFORMA DE DUPLO PERCURSO (DPP) PARA HIV COM AMOSTRA DE FLUIDO ORAL

Objetivo

Diagnóstico da infecção pelo HIV por meio da detecção de anticorpos contra o vírus no fluido oral, com o objetivo de:

- Ampliar o acesso da população em geral, principalmente as mais vulneráveis, ao diagnóstico da infecção pelo HIV.
- Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento.
- Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado.
- Diminuir o risco de transmissão vertical.

Executores

Equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares de enfermagem capacitados poderão executar o teste, porém o laudo é privativo do enfermeiro).

Materiais

- Kit diagnóstico: Coletor de amostras de fluido oral, frasco para eluição da amostra com dosador e tampa, dispositivo de teste HIV (cassete) e frasco com solução-tampão de corrida;
- Manual de instrução;
- Gaze não estéril;

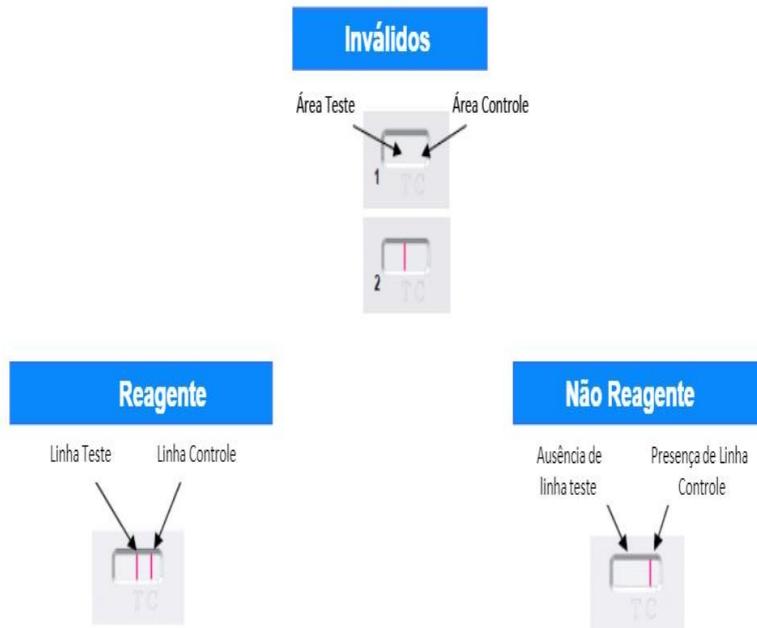
- EPI's: óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos.

Processos

1. Ler o manual de instrução;
2. Observar as orientações de acordo com cada laboratório, pois a quantidade de diluente utilizado poderá ser modificada conforme fabricante;
3. Higienizar as mãos (POP nº 24);
4. Colocar os EPIs;
5. Orientar o usuário sobre o procedimento;
6. Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote na planilha de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
7. Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
8. Separar todos os componentes do kit sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
9. Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou se na plataforma de duplo percurso não forem visíveis duas linhas, uma na área de controle e outra na área do teste, despreze esse material e recomece;
10. Abrir o frasco para eluição da amostra;
11. Recepcionar o usuário com atenção e de forma acolhedora;
12. Orientar o usuário quanto ao procedimento, realizando aconselhamento pré-teste;
13. Questionar o usuário, antes de iniciar o teste, para saber se ele comeu.

15. Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo de teste e no frasco de eluição, com caneta esferográfica;
16. Orientar o usuário a inserir o coletor acima dos dentes, no espaço que fica entre o final da gengiva e o começo da bochecha, realizar ligeira fricção, passando o coletor gentilmente, quatro vezes, tanto na arcada superior quanto na arcada inferior, levando entre 15 e 30 segundos;
17. Inserir o coletor no frasco de eluição previamente identificado, quebrar a haste, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos;
18. Retirar a tampa do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas no poço 01 do cassete (realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço);
19. Aguardar 05 minutos e verificar, na área de leitura, se as linhas nas áreas T e C desapareceram;
20. Pegar a solução tampão na posição vertical e derramar quatro gotas no poço 02 (ou conforme orientação do fabricante);
21. Aguardar 10 minutos (no máximo 25 minutos) e realizar a leitura do teste em local iluminado;
22. Fazer a interpretação da seguinte forma:
 - a) Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostra será considerada NÃO REAGENTE.
 - b) Se aparecer a linha rosa ou roxa na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE.

Linha Controle – Sempre presente!



23. Descartar todo o material utilizado em saco plástico branco;
24. Retirar os EPIs;
25. Higienizar as mãos (POP nº 24);
26. Realizar aconselhamento pós-teste e entregar laudo ao paciente;
27. Realizar registro em prontuário.

Observações

-
- Sempre realizar aconselhamento pré e pós teste;
 - O período de janela diagnóstica é o tempo decorrido entre o contágio e o aparecimento ou detecção de marcadores da infecção, seja ele antígeno

- Em caso de exposição recente, evidencie a importância de a pessoa exposta retornar para fazer o teste no período adequado, ou seja, após 30 dias;
- O kit deve ser acondicionado em temperatura entre 2 °C e 30 °C;
- O teste somente será validado se houver uma linha na área de controle. Caso não apareça a linha na área de controle, descarte o cassete e faça um novo teste com outra plataforma. Você pode utilizar a mesma amostra;
- Componentes de kits de lotes diferentes nunca devem ser misturados;
- Não permita que a pessoa leve o cassete com o teste para casa;
- Faça o teste sempre sobre uma superfície plana e sem trepidação. O dispositivo do teste não pode ser movido do lugar até a reação estar concluída, senão o resultado do teste poderá ser inválido;
- Se o resultado do exame for considerado REAGENTE para a infecção pelo HIV, realize um segundo teste rápido por punção digital, de outro fabricante, para confirmação do diagnóstico;
- Após a confirmação do diagnóstico com resultado de dois testes de fabricantes diferentes, encaminhar o usuário para o CEDIC com guia de referência/contrarreferência e laudo dos testes (realizar contato telefônico para agendamento);
- Em caso de resultados discordantes, encaminhe amostra de sangue para realização de sorologia de HIV no Laboratório Municipal, anotando resultado dos testes na requisição do exame.
Após a confirmação do diagnóstico com resultado de dois testes diferentes, encaminhar o usuário para o CEDIC com guia de referência/contrarreferência e laudo dos testes (realizar contato

Laudo dos Testes Rápidos de Hepatite B, Hepatite C, HIV e Sífilis



LAUDO PARA TESTES RÁPIDOS

Unidade da realização dos Testes Rápidos: _____

Nome Social:	Nome registro:
Data nascimento: _____	Sexo: () F () M
Data da coleta: _____	
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE PARA HEPATITE B - HBs Ag	
Amostra: Sangue total através da punção digital	
Fabricante: _____	Lote: _____ Val: _____
Método: Imunocromatografia	
Resultado do teste:	
<input type="checkbox"/> Amostra NÃO REAGENTE para o antígeno de superfície da Hepatite B (HBsAg) <input type="checkbox"/> Amostra REAGENTE para o antígeno de superfície da Hepatite B (HBs Ag) <input type="checkbox"/> Exame não realizado	
OBSERVAÇÕES:	
1- O Teste rápido utilizado é um teste <i>tríagem para hepatite B</i> . 2- Amostra com resultado REAGENTE no teste rápido para <i>tríagem do HBsAg</i> : o paciente deverá ser encaminhado para realização de testes complementares para conclusão do diagnóstico.	

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPO PARA HEPATITE C - ANTI HCV

Amostra: Sangue total através da punção digital
Fabricante: _____ Lote: _____ Val: _____
Método: Imunocromatografia
Resultado do teste:
<input type="checkbox"/> Amostra NÃO REAGENTE para o anticorpo para Hepatite C (anti HCV) <input type="checkbox"/> Amostra REAGENTE para o anticorpo para Hepatite C (anti HCV) <input type="checkbox"/> Exame não realizado
OBSERVAÇÕES:
1- O Teste rápido utilizado é um teste <i>tríagem para hepatite C</i> . 2- Amostra com resultado NÃO REAGENTE no teste rápido para <i>tríagem do Anti HCV</i> : avaliar a janela imunológica e retornar após 90 dias para realizar novo exame.

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA SÍFILIS

Amostra: Sangue total através da punção digital
Fabricante: _____ Lote: _____ Val: _____
Método: Imunocromatografia
Resultado do teste:
<input type="checkbox"/> Amostra NÃO REAGENTE para Sífilis <input type="checkbox"/> Amostra REAGENTE para o anticorpo para Sífilis <input type="checkbox"/> Exame não realizado
OBSERVAÇÕES:
1- O Teste rápido utilizado é um teste <i>treponêmico</i> . 2- Amostra com resultado NÃO REAGENTE para Sífilis: Em caso de suspeita de Sífilis, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra e submetida ao teste.

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI HIV

TESTE RÁPIDO 1 - HIV	
Amostra:	Sangue total através da punção digital () Fluido oral ()
Fabricante:	_____ Lote: _____ Val: _____
Método:	Imunocromatografia
Resultado do teste:	
<input type="checkbox"/> Amostra NÃO REAGENTE para HIV <input type="checkbox"/> Amostra REAGENTE para o anticorpo para HIV <input type="checkbox"/> Exame não realizado	
TESTE RÁPIDO 2 - HIV	
Amostra:	Sangue total através da punção digital () Fluido oral ()
Fabricante:	_____ Lote: _____ Val: _____
Método:	Imunocromatografia
Resultado do teste:	
<input type="checkbox"/> Amostra NÃO REAGENTE para HIV <input type="checkbox"/> Amostra REAGENTE para o anticorpo para HIV <input type="checkbox"/> Exame não realizado	
OBSERVAÇÕES:	
Exames realizados em conformidade com a Portaria SVS/MS nº151/2009. 1- Amostra com resultado NÃO REAGENTE para HIV: Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra e submetida ao teste.	

POP Nº 54 - TRAQUEOSTOMIA - CURATIVO E TROCA DE CADARÇO

Objetivo

Promover a limpeza e proteção do ostoma da traqueostomia, facilitando o processo respiratório.

Executores

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de enfermagem

Materiais

- Pacote de curativo estéril contendo as pinças Dente de Rato, Anatômica e Kelly;
- Gazes estéreis;
- Tira de cadarço de aproximadamente 40cm ou fita com fecho de contato apropriado;
- Soro fisiológico a 0,9%;
- Lâmina de bisturi;
- Cuba rim;
- Luvas estéreis;
- EPIs (luvas de procedimentos, avental, máscara cirúrgica e óculos de proteção);
- Saco de lixo branco.

Processos

1. Realizar a higienização das mãos (POP nº 24);

8. Umedecer a gaze com o soro fisiológico 0,9%;
9. Com a gaze úmida, limpar ao redor e por baixo da parte externa da cânula. Com outra gaze, limpar ao redor da ostomia;
10. Secar área com gaze seca;
11. Dobrar duas gizes ao meio e colocá-las ao redor do estoma, protegendo o pescoço do contato com a cânula;
12. Colocar cadarço, arrumando-o na lateral do pescoço. Se atentar em segurar a cânula durante este procedimento;
13. Retirar o forro do tórax do usuário;
14. Desprezar os materiais utilizados em local apropriado;
15. Encaminhar instrumentais cirúrgicos para limpeza, desinfecção e esterilização
16. Retirar os EPIs;
17. Higienizar mãos (POP nº 24);
18. Registrar o procedimento no prontuário do usuário (físico e/ou eletrônico);
19. Organizar o ambiente para o próximo atendimento.

Observações

- O procedimento pode ser ensinado a familiares e cuidadores, se atentando para orientá-los, ensiná-los e supervisionar primeiras trocas realizadas pelos mesmos.
- Realizar o registro do procedimento de enfermagem no prontuário, com data, horário, seguidos de assinatura e carimbo do profissional que realizou o procedimento.

POP Nº 55 – TROCA DA BOLSA DE OSTOMIA

Objetivo

- Realizar a troca da bolsa coletora de efluentes de uma colostomia, ileostomia ou urostomia;
- Manter a higienização do estoma, proporcionando conforto e bem-estar ao paciente;
- Prevenir possíveis infecções de pele.

Executores

Equipe de enfermagem

Materiais

- EPIs (luvas de procedimento, avental descartável, touca e máscara descartável);
- Bolsa coletora de uma ou duas peças com placa adesiva. Caso o paciente tenha um estoma retráido ou plano, utilizar placa adesiva convexa;
- Cinto fixador para ostomia (indicado para placa convexa, se for necessário);
- Escala de medida do estoma (se disponível) ou pedaço de papel grau cirúrgico (papel transparente, disponível em pacotes esterilizados, como o pacote de gazes);
- Gases não estéreis;
- Sabão líquido com pH neutro;

- Saco de lixo descartável.

Processos

- Realizar higiene das mãos antes e após o término do procedimento (POP nº 24);
- Reunir o material na bandeja ou bancada;
- Explicar o procedimento ao usuário;
- Promover privacidade colocando biombo e/ou fechando a porta da sala, ou o ambiente em que o paciente se encontra;
- Posicionar o paciente em um decúbito que o estoma seja facilmente visualizado e que mantenha o conforto do paciente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar a placa e a bolsa anterior, com uma das mãos, segure a pele da barriga para mantê-la esticada e com a outra mão, descole lentamente a bolsa, atentando para não lesionar a pele adjacente;
- Desprezar a bolsa e a placa caso não necessite reutilizá-las com os efluentes em saco de lixo descartável, atentando para as características das fezes;
- Pegar os copos descartáveis e colocar água potável em um dos copos e um pouco de sabão líquido com pH neutro em outro;
- Explicar o procedimento ao usuário;
- Observar os aspectos gerais do estoma, cor, forma, tamanho, protrusão e integridade;
- Realizar limpeza da pele periestomal e da estomia com as gazes sem friccionar. Caso a pele apresente ruptura, a limpeza deve ser

que acompanha as bolsas, atentando-se para no momento do desenho observar a localização do estoma no abdômen para realizar o recorte correto da placa;

- Traçar o molde copiado no verso da placa (observar a direção correta ao recortar, a localização da região perumbilical, assim como a placa deverá ser aplicada no paciente);
- Recortar a placa do tamanho mais próximo possível ao do estoma, não deixando a placa de tamanho maior que o estoma para evitar que a pele entre em contato com o efluente diretamente, causando dermatite periestomal;
- Se necessário, caso a pele apresente dermatite periestomal com hiperemia apenas, aplicar a película protetora e aguardar cerca de 30 segundos antes de aplicar a placa adesiva na pele;
- Caso o paciente apresente dobras de pele na região próxima ao estoma, deve-se aplicar a pasta de hidrocolóide nos locais de dobra, assim como ao redor do estoma e aguardar alguns segundos para que a pasta seque antes de aplicar a placa adesiva na pele;
- Caso a pele periestoma apresente ruptura, aplicar o pó de hidrocolóide nos locais lesionados e após, aplicar a pasta de hidrocolóide por cima do pó, para permitir a adequada fixação da placa na pele. Nesses casos, caso o hidrocolóide em pó não seja aplicado, corre-se risco de perder a placa rapidamente;
- Retirar a proteção adesiva da placa e colar ao redor do estoma, fixando bem. Lembrando que caso o paciente tenha um estoma plano ou retraído, deve ser usado uma placa adesiva convexa, para permitir que o efluente caia adequadamente na bolsa coletora e não

- aguardar fazer um “click”, para fechá-la adequadamente;
- Fechar a extremidade da bolsa, enrolando esta parte e usando o clampe/presilha da bolsa.

POP Nº 56 - VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Objetivo

Verificar alteração na frequência respiratória e monitorar a frequência das vias aéreas superiores e inferiores.

Executores

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem

Materiais

- Relógio de pulso ou de parede que tenha demonstrador de segundos;
- Caneta;
- Prontuário.

Processos

1. Realizar a higienização das mãos (POP nº 24);
2. Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante;
3. Posicionar o usuário de forma confortável;
4. Com a mão dominante, localizar o pulso radial do usuário como se fosse controlar o pulso e disfarçar, observando os movimentos respiratórios no tórax durante um minuto;
5. Realizar a higienização das mãos (POP nº 24);
6. Registrar o procedimento realizado com o valor aferido no prontuário físico/eletrônico do usuário;
7. Organizar o ambiente para o próximo atendimento.

NOMENCLATURA E VALORES DE REFERÊNCIA DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA			
	Adultos	Crianças	Recém-nascidos
Bradipneico	Inferior à 12 rpm	Inferior à 20 rpm	Inferior à 30 rpm
Eupneico	12 à 22 rpm	20 à 25 rpm	30 à 60 rpm
Taquipneico	Superior à 22 rpm	Superior à 25 rpm	Superior à 60 rpm

POP Nº 57 - VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL

Objetivo

Avaliar a capacidade e eficácia do sistema cardiovascular e verificar alterações na pressão arterial fisiológica.

Executores

Enfermeiro, Auxiliar e técnico de Enfermagem

Materiais

- Bandeja;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Braçadeira;
- Caneta;
- Prontuário.

Processos

1. Realizar a higienização das mãos (POP nº 24);
2. Limpar os aparelhos com algodão embebido em álcool 70%;
3. Explicar o procedimento ao usuário, questionar sobre uso de medicamentos anti-hipertensivos, horários e se há queixas;
4. Certificar se que o usuário esteja com bexiga vazia e que nos últimos 30

7. Posicionar os olhos no nível do mostrador do manômetro aneroide;
8. Palpar o pulso radial, inflar o manguito até o desaparecimento do pulso, para a estimativa da Pressão Arterial Sistólica (PAS). Desinflar rapidamente, e aguardar um minuto para inflar novamente;
9. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa anticubital;
10. Inflar rapidamente, de 10 em 10mmHg, até ultrapassar de 20 a 30mmHg, o nível estimado da PAS;
11. Proceder a deflação com velocidade constante inicial de 2 a 4mmHg por segundo, até a identificação do som que determina a PAS (fase I de Korotkoff);
12. Aumentar a velocidade de deflação para 5 a 6mmHg até determinar a Pressão Arterial Diastólica (PAD), com a ausculta do último som (fase de V de Korotkoff);
13. Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som, para confirmar seu desaparecimento, e o valor da PAD. Após, seguir com a deflação rápida e completa;
14. Informar o usuário sobre os valores encontrados e registrá-los no prontuário físico/eletrônico;
15. Realizar a higienização das mãos (POP nº 24);
16. Organizar o ambiente, com aparelhos dobrados e guardados.

Observações

- A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o comprimento da bolsa a 80%.
- Não aferir a pressão arterial em membros que tiveram: fístula

NOMENCLATURA E VALORES DE REFERÊNCIA DA PRESSÃO ARTERIAL		
Classificação	Sistólica mmHg	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	>=180	>=110
Hipertensão – Sistólica isolada	>=190	< 90

POP Nº 58 - VERIFICAÇÃO DE PULSO PERIFÉRICO

Objetivo

Avaliar e monitorar as condições hemodinâmicas do paciente; detectar e monitorar arritmias cardíacas; avaliar efeitos de medicamentos que alterem a frequência cardíaca e; verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso.

Executores

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem

Materiais

- Relógio de pulso ou de parede que tenha demonstrador de segundos;
- Caneta;
- Prontuário.

Processos

1. Realizar a higienização das mãos (POP nº 24);
2. Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante;
3. Manter o usuário em posição confortável;
4. Posicionar as polpas digitais dos dedos médio e indicador sobre uma artéria superficial, comprimindo-a levemente;
5. Contar os batimentos arteriais durante um minuto;
6. Realizar a higienização das mãos (POP nº 24);
7. Registrar o procedimento de enfermagem no prontuário físico/eletrônico do usuário, com data, horário, valores aferidos, anotações pertinentes,

Observações

- Não verificar o pulso no braço onde se fez cateterismo cardíaco.
- O local para aferição do pulso do usuário dependerá da avaliação do profissional e do estado de saúde do usuário. Comumente são as artérias: carótida, femoral, radial, braquial, poplítea e pediosa.

NOMENCLATURA E VALORES DE REFERÊNCIA DA FREQUÊNCIA CARDÍACA	
Bradicárdico	Inferior à 60bpm
Normocárdico	60 à 100bpm
Taquicárdico	Maior que 100bpm

POP Nº 59 - VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA CORPORAL COM TERMÔMETRO DIGITAL E TERMÔMETRO POR INFRAVERMELHO

Objetivo

Determinar a temperatura corporal através de termômetro axilar ou infravermelho; avaliar a resposta da temperatura às terapias médicas e aos cuidados de enfermagem e auxiliar no diagnóstico médico e de enfermagem.

Executores

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem

Materiais

- Termômetro digital ou termômetro de testa infravermelho;
- Bandeja;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Caneta;
- Prontuário;
- EPIs para casos suspeitos de Covid-19 (avental, gorro, máscara cirúrgica, luvas de procedimento, óculos de proteção ou face shield).

Processos

- **Aferição de temperatura corporal com termômetro digital**

1. Realizar a higienização das mãos (POP nº 24);

2. Preencher o formulário de observação (POP nº 7001).

8. Realizar a desinfecção do termômetro com gaze ou algodão umedecido com álcool à 70%, friccionando-o 3 vezes;
9. Recolher o material e descartar os materiais em locais apropriados;
10. Realizar a higienização das mãos (POP nº 24);
11. Organizar o ambiente para o próximo atendimento;
12. Comunicar ao enfermeiro ou médico possíveis alterações no valor;
13. Realizar o registro do procedimento de enfermagem no prontuário, com data, horário, seguidos de assinatura e carimbo do profissional que realizou o procedimento.

- **Aferição de temperatura corporal com termômetro por infravermelho**

1. Realizar a higienização das mãos (POP nº 24);
2. Paramentar-se com os EPIs recomendados;
3. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool à 70%;
4. Organizar o material necessário na bandeja;
5. Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante;
6. Ligar o termômetro pressionando o botão Liga/Desliga;
7. Verifique se o termômetro está pronto para a mensuração;
8. Posicione o sensor na testa e mantenha o botão START pressionado até que a luz de rastreamento seja ativa;
9. Mova gradativamente o termômetro em direção à têmpora para detectar a temperatura corporal;
10. Solte o botão START;
11. Registre a temperatura que aparece no visor e informe o resultado ao usuário/acompanhante;

18. Comunique o enfermeiro ou médico possíveis alterações no valor;
19. Realize o registro do procedimento de enfermagem no prontuário, com data, horário, seguidos de assinatura e carimbo do profissional que realizou o procedimento.

Observações

NOMENCLATURA E VALORES DE REFERÊNCIA DA TEMPERATURA CORPORAL	
Hipotermia	Abaixo de 35º C
Afebril	36,1 à 37,2 º C
Estado febril	37,3 à 37,7 º C
Febre / Hipertermia	37,8 à 38,9 º C
Pirexia: 39,0 a 40,0ºC	39,0 à 40,0º C
Hiperpirexia: Acima de 40ºC	Acima de 40º C

POP Nº 60 - VERIFICAÇÃO DE OXIMETRIA

Objetivo

Detectar nível de saturação de oxigênio do paciente de forma segura e eficaz.

Executores

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem

Materiais

- 01 oxímetro de pulso;
- Algodão seco;
- Álcool 70%;
- Acetona (se necessário).

Processos

1. Realizar a higienização das mãos (POP nº 24);
2. Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante;
3. Manter o usuário em posição confortável;
4. Retirar o esmalte das unhas do (a) paciente com a bola de algodão embebida em acetona, se estiver com esmalte;
5. Realizar a desinfecção do sensor de oximetria com o algodão embebido em álcool 70%, deixar secar;
6. Adaptar o oxímetro ao dedo do paciente;
7. Observar durante 3 minutos a porcentagem da saturação de oxigênio;

11. Organizar o ambiente para o próximo atendimento.

Observações

- Em casos de extremidades frias, aquecê-las antes de verificar a saturação de oxigênio;
- Se necessário, trocar o dedo de verificação para outro com melhor perfusão;
- Em caso de diminuição do pulso periférico, pressão arterial e/ou cianose periférica, comunicar ao Enfermeiro ou Médico;
- Comunicar alterações dos valores (< 93%) ao Enfermeiro ou Médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (BRASIL). BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **SAÚDE DA CRIANÇA**: Como aplicar nitrato de prata para cauterização de granuloma umbilical de recém-nascido. SÃO PAULO: Núcleo de Telessaúde Município São Paulo, 15 set. 2020. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quais-os-cuidados-ao-aplicar-nitrato-de-prata-para-cauterizacao-de-granuloma-em-cicatriz-umbilical-de-recem-nascido/>. Acesso em: 26 out. 2021.

BRASIL. **Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras micobactérias**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 3, de 7 de novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 2001; 9 nov. Seção1, p.37.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf> Acesso em: 26/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed.; 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia** – Brasília: Ministério da Saúde, 2021 [acesso 2023 nov 29]. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_pessoa_estomia.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Recomendações para controle da tuberculose: guia rápido para profissionais de saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 47 p. : il. (pg 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR-6 – Equipamento de Proteção Individual – EPI**. 2010b. Disponível em: [http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A2800001388130953C1EFB/NR-06%20\(atualizada\)%202011.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A2800001388130953C1EFB/NR-06%20(atualizada)%202011.pdf) http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEF1CA0393B27/nr_09_at.pdf. Acesso em: 23/06/2019.

BRASIL. Portaria 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)**. Brasília: 2011b.

BRASIL. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: ENFERMAGEM**. 3. CAMPINAS, 2020. Disponível em:

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Nota Técnica COFEN-CTLN N° 03-2017. **Documento reforça importância da administração da Penicilina Benzatina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para conter avanço da sífilis.** Brasília: 2017a.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN N° 544/2017. **Consulta de Enfermagem.** Brasília: 2017b.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN N° 564/2017. **Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Brasília: 2017c.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde Módulo 1: Saúde da Mulher.** 2019. Disponível em: [<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf>](https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf)

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Conselho Regional de Enfermagem, São Paulo: 2007.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Manual de orientação aos serviços de atenção às pessoas ostomizadas.** Vitória, ES: Secretaria de Estado da Saúde, 2017 [acesso 2023 nov 20]. Disponível em:
<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%A3Blica/Ostomizado/>
MANUAL OSTOMIZADOS Consulta%20publica%202017%20(1).pdf

Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero /
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de
Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização
de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.
<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesp>
araorastrementodocancerocolodoutero_2016_corrigido.pdf

LIMA, A. OLIVIERA; SOARES J. BENJAMIN; GRECO, J. B; GALAZZI, JOÃO;
CANSADO, J. R. *Métodos de Laboratório Aplicado a Clínica*, 5^a Edição, Editora
Guanabara.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASÍLIA - DF). Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de
recomendações para o controle da tuberculose no brasil**. 2. ed. atual.
BRASÍLIA - DF: [s. n.], 2019. 364 p. v. 1. ISBN 978-85-334-2696-2. Disponível
em:
https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/manual_recomendacoes_tb_2ed_atualizada_8maio19.pdf. Acesso em: 2 mar. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente
Transmissíveis/Aids. **Técnicas para coleta de sangue**. Série TELELAB,
Brasília, 1997.

NISHIDE, Vera Médice; BENATTI, Maria Cecília Cardoso; ALEXANDRE,
Neusa Costa. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia
intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 204-
211, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS. Fundação Municipal de Saúde de Canoas. **Protocolos Operacionais Padrão de Enfermagem.** Canoas/RS, 2020.

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

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

TURCI, Maria Aparecida. **Avanços e Desafios na organização da atenção da Saúde em Belo Horizonte.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. 432p.

VITURI, Dagmar Willamowius; MATSUDA, Laura Misue. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para a avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 429-37, jun., 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Geneve - Suíça). **Diretrizes da OMS para a tiragem de sangue: boas práticas em flebotomia.** Geneve - Suíça, 2010. Disponível em: https://www.who.int/infection-prevention/publications/Phlebotomy-portuges_web.pdf. Acesso em: 2 mar. 2022.