PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
DIVISÃO DE ENFERMAGEM

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO - POPs

Paranaguá
2024

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

PADRÃO - POPs

Paranaguá
2024

Versão 2 – Atualizada em 2024

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

EQUIPE VERSÃO 1 / 2019

Prefeito de Paranaguá

Marcelo Elias Roque

Secretária Municipal de Saúde

Lígia Regina de Campos Cordeiro

Diretora da Atenção Básica

Mariana Amates França Coelho

Coordenadora de Enfermagem

Maristela Batista Santos Cerqueira

Elaboração:

Enfermeira

Camila Pereira Caetano

Enfermeira

Francine Dadona Neves

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

EQUIPE VERSÃO 2 / 2024

Prefeito de Paranaguá

Marcelo Elias Roque

Secretária Municipal de Saúde

Lígia Regina de Campos Cordeiro

Superintendente da Assistência à Saúde

Ghislaine Cristina Correa

Diretora de Enfermagem

Suellen Comunello Lacerda

Elaboração:

Enfermeira

Edeluce N. Padovani

Enfermeira

Andriely Cardoso Pinheiro

Técnica de Enfermagem

Maristela da Silva Peres

Aux. Administrativo

Marcos de Souza Cordeiro

Cleide Aparecida Cunha

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

FICHA DE APROVAÇÃO

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
DIVISÃO DE ENFERMAGEM

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO - POPs

_____

Lígia Regina de Campos Cordeiro
Secretária Municipal de Saúde

_____

Ghislaine Cristina Correa
Superintendente de Assistência à Saúde

_____

Suellen Lacerda Comunello
Diretora de Enfermagem

“O talento vence jogos, mas só o trabalho em equipe ganha campeonatos”.

Michel Jordan

SUMÁRIO

Recepção/ Acolhimento..... 10
Escala Mensal de Serviço..... 13
Consulta de Enfermagem..... 15
Atendimento de urgência e Emergência nas UBS..... 17
Revisão da caixa de Emergência..... 21
Aferição de Pressão Arterial..... 23
Hemoglicoteste - HGT..... 27
Aferição de Frequência Respiratória..... 29
Aferição de Saturação de oxigênio..... 31
Aferição de Temperatura Corporal..... 33
Aferição de Frequência Cardíaca..... 37
Medida do Perímetro Cefálico..... 40
Medida do Perímetro Torácico..... 42
Medida Peso corporal..... 44
Medida de Estatura..... 47
Medida da circunferência abdominal..... 49
Administração de Medicamentos..... 51
Administração de medicamentos via Endovenosa..... 55
Administração de medicamentos via Intramuscular..... 58
Administração de medicamentos via Subcutânea..... 62
Administração de medicamentos via Intradérmica..... 65
Administração de Medicamentos Tópicos..... 68
Administração de medicamentos via ocular..... 70
Administração de medicamentos via Nasal..... 72
Administração de medicamentos via Auricular..... 74
Administração de medicamentos via Oral..... 77
Administração de medicamentos via Sublingual..... 80

Administração de medicamentos via gastrostomia e Jejunostomia..... 82
Administração de medicamentos via SNG e SNE..... 85
Administração de medicamentos via Retal..... 87
Administração de medicamentos via Vaginal..... 90
Sala de procedimentos..... 92
Sala de inalação..... 98
Sala de Imunização..... 102
Aspiração de Vias Aéreas..... 105
Sondagem Nasoenteral..... 110
Sondagem Nasogástrica..... 114
Troca de Bolsa de Colostomia..... 117
Troca de Gastrostomia..... 121
Autocateterismo Vesical Intermitente..... 123
Cateterismo vesical de Demora por Cistostomia..... 126
Cateterismo vesical de Alivio Feminino..... 130
Cateterismo vesical de Alivio Masculino..... 133
Cateterismo vesical de Demora Feminino..... 136
Cateterismo vesical de Demora Masculino..... 141
Coleta de Citopatológico Oncótica - Papanicolau..... 146
Coleta do Teste do Pezinho..... 155
Coleta de Escarro para Baciloscopia de Tuberculose..... 158
Coleta de teste Rápido para Hepatite Be C, Sífilis, HIV..... 163
Orientações Básicas de Higiene Pessoal do Profissional de Saúde..... 171
Lavagens das Mãos..... 173
Área de Esterilização..... 176
Desinfecção de Nebulizadores e Seus Acessórios..... 178
Desinfecção de Almotolias..... 180
Desinfecção dos Umidificadores de Oxigênio..... 182
Desinfecção de Cabos e Laminas do Laringoscópio..... 184

Desinfecção de Reanimador manual..... 186
Esterilização de Material..... 188
Teste com Indicador Biológico..... 191
Teste com Indicador Químico..... 193
Área de Guarda e Distribuição de Materiais..... 195
Organização do Almoxarifado..... 197
Área de expurgo..... 199
Recolhimento e Acondicionamento dos Resíduos..... 201
Referências Bibliográficas..... 203

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
RECEPÇÃO/ACOLHIMENTO			
1. Aplicação	**Equipe administrativa**		
2. Objetivos	**Padronizar as condutas de acolhimento ao usuário que utiliza o serviço da UBS**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR:** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Local considerado a porta de entrada do usuário nas unidades de saúde. É na recepção que este fará sua primeira manifestação de suas necessidades de atendimento. O funcionário deverá sempre manter uma postura adequada, voltada para a receptividade e acolhedora perante ao usuário.

4. Materiais Necessários

* Mesa
* Cadeira
* Computador
* Caneta
* Cadeira de rodas para facilitar o acesso
* Bebedouro

5. Descrição do Procedimento

* Realizar os diversos agendamentos.
* Realizar identificação segura do cliente.
* Avisar ao Enfermeiro sobre casos de procura direta.
* Informar sobre a oferta de serviços da unidade e os fluxos de atendimento.
* Realizar ou atualizar cadastro do cliente nos sistemas de informações vigentes.
* Abrir atendimento no prontuário eletrônico vigente.
* Encaminhar os usuários dentro da unidade para atividades específicas: coleta de sangue, farmácia, vacina, etc.
* Realizar escuta inicial.
* Não deixar a recepção sozinha.
* Ao ausentar-se do setor, pedir para que um colega permanece no local afim de acolher o usuário que chegar em sua ausência.
* Ser cordial e respeitoso, procurar chamar o usuário sempre que possível pelo nome
* Assegurar a acessibilidade dos usuários a Unidade.
* Prestar informações de forma clara e objetiva para que não deixe dúvidas ao usuário.
* Certificar-se sobre o documento do usuário para realização da Ficha de Atendimento.
* Agendar a consulta conforme a disponibilidade da vaga.
* Orientar sobre a responsabilidade do cliente em comparecer a consulta agendada.
* Organizar o espaço.
* Não se alimentar no setor.
* Solicitar a equipe de serviços gerais que realize diariamente limpeza concorrente e mensalmente limpeza terminal.
* Repor o material necessário.
* Organizar as Fichas de Atendimentos para realização do relatório.
* Agendar atividades de rotina para clientes que fazem parte de programas específicos: Hiperdia, Pré-natal, Puericultura, Saúde Mental, etc.

* Contribuir para a organização do fluxo dos usuários que procuram a unidade de saúde. Encaminhar para a enfermagem ou equipe de referência todos os usuários em demanda espontânea para o devido acolhimento.
* Encaminhar os usuários com queixas e sem atendimento agendado para a escuta qualificada com a equipe de enfermagem.
* Agendar consultas médicas e de enfermagem eletivas.
* Não encaminhar clientes para outros pontos de atendimento da rede sem o conhecimento do enfermeiro ou médico da unidade de saúde.
* Realizar contato telefônico com clientes para realizar, confirmar ou cancelar agendamentos, bem como comunicar sobre consultas/exames em outros pontos de atenção.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ESCALA MENSAL DE SERVIÇO			
1. Aplicação	**Enfermeiro Assistencial / Enfermeiro RT**		
2. Objetivos	**Orientar a elaboração da Escala Mensal de Serviço da Equipe de Enfermagem das Unidades de Saúde**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR:** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

A Escala de Serviço de Enfermagem é um documento oficial obrigatório nas Unidade de Saúde, seja do SUS ou da rede privada. Nela deve conter a distribuição das atividades da equipe de enfermagem de maneira que não sobrecarregue ninguém. Deve contemplar o mês inteiro e para todos os turnos de trabalho de cada membro da equipe, conforme a carga horaria semanal e mensal de cada um.

Tem como finalidade manter o quantitativo mínimo de servidores e garantir uma qualidade da assistência de enfermagem prestada a população. Precisa estar assinada pelo Enfermeiro Assistencial e pelo Enfermeiro RT e deve ser fixada em lugar acessível a todos.

4. Materiais Necessários

* Formulário de escala
* Escala anual de férias
* Calendário
* Papel

* Caneta
* Lápis
* Borracha
* Computador

5. Descrição do procedimento

* Faz o esboço da escala.
* Solicita os dias de folgas que gostaria de gozar.
* Elabora a escala de maneira que não sobrecarregue apenas um funcionário.
* Lembrar sempre dos funcionários com restrições físicas.
* Entrega uma cópia da escala ao Setor de Pessoal e outra expõe no mural da unidade, assinada e carimbada por ele e pelo Responsável Técnico da Enfermagem.
* Faz as alterações conforme a necessidade via sistema informatizado e envia ao Setor de Pessoal informando sobre as alterações realizadas na escala.
* Relacionar no impresso de escala de atribuições o nome dos servidores de nível médio da enfermagem e enfermeiros por turno de trabalho.
* Distribuir diariamente e por turno de trabalho, os servidores de nível médio, entre as atribuições existentes na Unidade.
* Na falta de servidores de nível médio suficientes em escala, o enfermeiro da Unidade deverá reorganizar a escala de atribuições conforme a necessidade da UBS
* Digitar a escala em arquivo do Excel
* Imprimir escala, carimbar e assinar
* Afixar escala em local acessível a todos antes no 28º dia de cada mês.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
CONSULTA DE ENFERMAGEM			
1. Aplicação	**Enfermeiro**		
2. Objetivos	**Garantir a padronização do processo de enfermagem para se obter um atendimento seguro e de qualidade.**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR:** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Processo criado a partir da Lei de Exercicio Proffisnal de Enfermagem. A consulta de enfermagem tem como propósito maximizar as interações do cliente com seu ambiente, atingir o máximo bem-estar deste, viabilizar estratégias de valorização de si e de auto-realização. A Sistematização da Assistência à Enfermagem é um instrumento composto por cinco etapas, onde, o enfermeiro analisa os dados da assistência, avalia resultados, procedimentos, trabalho da equipe e visa acompanhar o cliente de forma mais precisa e organizada.

4. Materiais Necessários

* Estetoscópio
* Esfigmomanômetro
* Oxímetro de pulso
* Fita métrica
* Ficha de Atendimento
* Caneta

5. Descrição do procedimento

* Acolher o cliente e/ou acompanhante.
* Higienizar as mãos, antes e após o procedimento.
* Registrar nome completo do cliente, data, hora do atendimento e idade.
* Realizar as cinco (5) etapas da SAE de acordo com o motivo da consulta:
- Coleta de dados de enfermagem (Histórico de enfermagem).
- Diagnóstico de enfermagem.
- Planejamento de enfermagem.
- Prescrição de enfermagem.
- Evolução de Enfermagem.
* Solicitar exames complementares.
* Prescrever/transcrever medicações, conforme protocolo estabelecido nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão.
* Carimbar e assinar.
* Realizar os encaminhamentos e procedimentos necessários, seguindo os protocolos preconizados pelo Município.
* Realizar registro do atendimento em ficha de produção / sistema de informação.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NAS UBS			
1. Aplicação	**Enfermeiro e Técnico de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de urgência e emergência**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR:** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Atendimento aos clientes em situação de urgência ou potencial para isso, com necessidade de atendimento técnico especializado ou suporte de vida artificial

4. Materiais Necessários

* Equipamentos pertinentes ao atendimento de urgência
* Materiais de consumo diário para este tipo de atendimento
* Medicamentos de uso emergencial

5. Atribuições da equipe de Enfermagem

Enfermeiro

* Manter a sala que atende as emergências em ordem
* Testar equipamentos ao iniciar plantão na Unidade de Saúde
* Acolher o usuário com ou sem seus familiares sempre que busquem socorro
* Manter um ambiente seguro tanto para o usuário quanto para a equipe

* Participar dos atendimentos de urgência e emergência
* Preencher ficha de notificação de agravos compulsórios e eventos adversos
* Avaliar necessidade de mudança/transferência do paciente em comum acordo com o médico
* Administrar, coordenar, qualificar e supervisionar o serviço de enfermagem nos cuidados do usuário em atendimento de emergência
* Coordenar a equipe de enfermagem para o desempenho das ações assistenciais
* Liberar e controlar os medicamentos psicotrópicos no estoque regulador da enfermagem
* Acompanhar o desempenho dos profissionais de enfermagem
* Gerenciar a checagem de medicamentos e cuidados e a realização de registros de enfermagem
* Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da UBS
* Promover treinamento com equipe de enfermagem para possíveis atendimentos de casos de urgência/emergência nas UBS
* Aprazar medicação prescrita pelo médico e verificar checagem pelo técnico
* Prescrever cuidados de enfermagem conforme a necessidade do cliente
* Realizar a consulta de enfermagem, diagnóstico, plano de cuidados e evolução do cliente registrando no prontuário
* Supervisionar administração de medicações prescritas e soluções infundidas
* Definir um Técnico de Enfermagem para os cuidados de enfermagem do cliente, enquanto ficar na unidade
* Realizar plano de cuidados de enfermagem, supervisionando a continuidade da assistência prestada ao usuário
* Realizar o primeiro atendimento e estabilização dos pacientes graves para que possam ser transferidos aos serviços de maior porte
* Realizar atendimentos e procedimentos de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade

* Prestar o cuidado ao paciente juntamente com o médico
* Supervisionar o preparo das medicações
* Instalar sondas nasogástricas, nasoenterais e vesicais se necessário
* Preparar material para intubação se necessário
* Aspirar o cliente caso seja preciso
* Certificar se Ficha de Referência e Contra Referência está devidamente preenchida pelo médico com os dados e clínica do cliente e procedimentos realizados.
* Viabiliza o transporte para as Unidades que atendem casos mais complexos
* Verificar junto ao setor de regulação (SAMU) a disponibilidade de vagas e receber através do médico regulador o médico e local para encaminhamento do cliente.
* Solicitar apoio do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) sempre que a complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade de atendimento da UBS
* Solicitar apoio da ambulância do município para casos que não necessite do SAMU
* Se o transporte por meios próprios, verifica se o familiar leva em mãos a ficha de referência e contra referência ao destino, após retirada de acessos e realização de procedimentos conforme cada caso.

Técnico de Enfermagem

* Ao chegar a UBS, verificar organização do setor conforme orientações do enfermeiro
* Receber o cliente de maneira respeitosa
* Realizar punção venosa conforme normas de segurança
* Identificar a punção venosa colocando data, hora e nome de quem realizou procedimento
* Verificar sinais vitais + hemoglicoteste
* Instalar oxigênio se necessário
* Realizar anotações de enfermagem conforme preconizado pelo enfermeiro: verificação de sinais vitais, descrição de procedimento, recusa de medicação, reação alérgica,

intercorrências, transferência para outro serviço, evasão, alta no prontuário físico e checar prescrição médica e do enfermeiro

* Realizar diluição e administração de medicações conforme prescrições medica

* Realizar diluição e Instalação de soluções infundidas

* Auxiliar o médico/enfermeiro nos procedimentos invasivos

* Auxiliar o médico/enfermeiro em todo o processo de urgência e emergência

* Acompanhar o usuário na transferência a outro serviço, caso esta seja feita pela ambulância do município

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
REVISÃO DA CAIXA DE EMERGÊNCIA			
1. Aplicação	**Enfermeiro**		
2. Objetivos	**Revisar a caixa de emergência quanto a validade e a quantidade dos materiais e medicamentos**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR:** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

A caixa de emergência é um recipiente de fácil acesso e manejo, providas com materiais, medicamentos necessários para o atendimento de urgência/ emergência clinica a um cliente que realiza procura direta na UBS até a chegada de um socorro definitivo, diminuindo assim danos a sua saúde.

4. Materiais Necessários

* Caneta
* Checklist dos materiais e medicamentos da caixa de emergência
* Lacre com série de número

5. Descrição do procedimento

* Revisar a caixa de emergência conforme a relação pré estabelecida ou padronizada pela instituição.
* Conferir a validade dos medicamentos e se a quantidade disponível está de acordo com o estabelecido ou padronizado.

* Repor os materiais e medicamentos que não estiveram de acordo com a relação.
* Anotar em Livro Ata a revisão realizada, anotando o número de lacre retirado e colocado.
* A conferência e responsabilidade da caixa de urgência/emergência é do Enfermeiro.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização em procedimentos de Enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR:** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Aferir a pressão arterial é medir os valores da pressão sistólica (alta) e diastólica (baixa) para averiguar se os níveis de tensão correspondem aos parâmetros normais ou se há um diagnóstico de hipertensão.

4. Materiais Necessários

* Luvas de procedimento não estéril se indicado
* Bandeja
* Biombo
* Esfigmomanômetro
* Estetoscópio
* Algodão
* Álcool 70%
* Equipamentos de Proteção Individual.

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional padrão.
* Identificar o usuário.
* Explicar o procedimento ao usuário.
* Certificar-se de que o usuário não: está com a bexiga cheia, praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos, fumou nos 30 minutos anteriores.
* Deixá-lo em repouso por, no mínimo, 5 minutos em ambiente calmo, se possível.
* Instruir o usuário a não conversar durante a medida.
* Calçar luvas, se necessário.
* Posicionar o usuário corretamente: posição sentada, se possível, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido
* Expor o local onde se encontra a artéria braquial.
* Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço.
* Selecionar o manguito seguindo a regra: A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%.
* Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
* Conferir se a agulha do manômetro aneroide está na marca zero da escala.
* Apertar a válvula aparafusada na bomba de ar.
* Assumir uma posição em que você esteja além de 90 cm em relação ao manômetro.
* Colocar as peças auriculares do estetoscópio nas orelhas. Direcioná-las para o interior do canal e não para o ouvido em si.
* Palpar o pulso da artéria radial e braquial.
* Inflar o manguito ao mesmo tempo em que continua a palpar a artéria radial com os dedos indicador e médio e observar o ponto na escala do manômetro em que desaparece o pulso.
* Situar a campânula ou o diafragma do estetoscópio, com firmeza, embora com o mínimo

possível de pressão, sobre a artéria braquial.

* Não deixe que o estetoscópio toque as roupas ou o manguito.

* Bombear a pressão 30mmHg acima do ponto em que a pressão sistólica foi palpada e estimada.

* Abrir a válvula no manômetro e deixar o ar sair devagar (possibilitando que o medidor caia 2-3 mm por segundo).

* Registrar o ponto no medidor em que o primeiro som, ainda que fraco, mas claro pareça lentamente aumentar de intensidade. Registrar esse número como a pressão sistólica. Ler a pressão mais próxima do intervalo de 2mmHg.

* Não reinflar o manguito assim que o ar estiver sendo liberado para novamente verificar os dados da pressão sistólica.

* Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons.

* Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.

* Realizar pelo menos 2 medidas com intervalo de 1 minuto e considerar a média das duas aferições.

* No primeiro atendimento do usuário na Atenção Primária, realizar esse procedimento nos dois braços e considerar o valor mais alto. Nas vezes subsequentes verificar apenas em um dos braços.

* Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o usuário.

* Higienizar as mãos.

* Realizar desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool.

Aferição de pressão arterial em usuários obesos

* Manguitos mais longos e largos são necessários para não haver superestimação da pressão arterial.

* Em braços com circunferência superior a 50 cm, onde não houver manguito disponível, pode-se fazer a medição no antebraço, devendo o pulso auscultado ser o radial.

* Especial dificuldade ocorre em braços largos e curtos, em forma de cone, onde manguitos de grandes dimensões não se adaptam.

Aferição de pressão arterial na coxa

***** Colocar o usuário em decúbito ventral, se possível. Se essa posição não for possível, optar por decúbito dorsal, com o joelho levemente flexionado.

***** Usar um manguito que seja grande o suficiente para que se faça uma verificação precisa.

* Colocar o manguito 2,5 cm acima da artéria poplítea com a bolsa de borracha acima da porção posterior da parte média da coxa.

***** Seguir o mesmo procedimento de ausculta recomendado para a artéria braquial.

***** Procurar manter-se relaxado, decúbito ventral ou dorsal, perna ao nível do coração.

***** A escala do manômetro deve manter-se visível aos olhos.

***** Localizar a artéria poplítea e aferir colocando a campânula ou membrana sobre a artéria poplítea.

***** Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados sem arredondamentos, incluindo o membro utilizado para aferição. data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

HEMOGLICOTESTE - HGT

1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR:** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Hemoglicoteste, procedimento realizado para aferir o nível de glicose no sangue. Utilizando um equipamento de fácil manejo chamado glicosímetro, se determina a glicemia, em geral no sangue capilar, por meio de tiras reagentes. Usa-se a terminologia: hipoglicemia para resultado < 70 mg/dL ou hiperglicemia para resultado > 100 mg/dL.

4. Materiais Necessários

* Bandeja
* Luvas de procedimento
* Algodão embebido com álcool 70%
* Aparelho
* Fita reagente específica do aparelho
* Lanceta ou agulha 13x4,5 mm.

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos.
* Explicar procedimento ao usuário.
* Reunir material.
* Retirar apenas 01 tira reagente, fechando o frasco imediatamente.
* Calçar luvas de procedimento.
* Realizar antissepsia do local com álcool 70% e esperar secar.
* Ordenhar o dedo e lancetar a extremidade lateral do dedo com lanceta própria ou agulha13x4,5 mm, manter o dedo abaixo do nível do coração com a área lancetada voltada para baixo para facilitar a formação de uma gota suficiente.
* Encostar a tira reagente na gota para transferi-la rapidamente para a fita, não tocar a fita com osdedos.
* Introduzir a fita no aparelho para leitura (em alguns aparelhos a fita é introduzida antes).
* Informar resultado ao paciente.
* Retirar a fita reagente e desprezá-la no lixo.
* Retirar as luvas.
* Higienizar as mãos.
* Anotar os resultados.

OBS: Quando o procedimento for realizado em domicilio, a equipe de Enfermagem deverá orientar o familiar ou cuidador a realizar o procedimento utilizando a mesma técnica.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

AFERIÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização em procedimentos de Enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR:** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Realizar avaliação física do sistema respiratório, avaliando a frequência respiratória, ritmo e a qualidade do movimento respiratório, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

4. Materiais Necessários

* Luvas de procedimento não estéril, se necessário
* Biombo
* Relógio com ponteiros de segundos

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional padrão.
* Reunir o material.
* Identificar o usuário.

* Colocar o usuário sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável.
* Promover privacidade do usuário.
* Simular verificação do pulso radial do usuário, observando os movimentos respiratórios.
* Contar o número de inspirações por 30 segundos e multiplicar esse número por 2 para calcular a frequência durante 1 minuto, mas se a frequência, ritmo ou amplitude estiver anormal, palpar e contar por 1 minuto.
* Higienizar as mãos.
* Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados sem arredondamentos, incluindo o membro utilizado para aferição. Data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou.

Valores de Referência (repouso e sem febre)

Faixa Etária	Limites Normais	Limite de Alerta
Recém-nascidos	35 a 55 rpm	60 rpm
Lactentes < 6 meses	30 a 50 rpm	50 rpm
Entre 6 meses e 2 anos	25 a 35 rpm	40 rpm
Pré-Escolares e escolares	20 a 30 rpm	35 rpm
Adolescentes	16 a 20 rpm	30 rpm
Adultos	12 a 20 rpm	25 rpm

Fonte: Oliveira (2016)

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
AFERIÇÃO DE SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização em procedimentos de Enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR:** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Medir a oxigenação do sangue é identificar a capacidade que nosso organismo tem de fornecer oxigênio para todas as nossas células, garantindo o bom funcionamento do mesmo.

4. Materiais Necessários

* Luvas de procedimento não estéril se necessário
* Bandeja
* Biombo
* Algodão
* Álcool 70%
* Oxímetro de pulso

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

* Reunir o material.
* Identificar o usuário.
* Explicar ao usuário sobre o procedimento.
* Colocar o usuário sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável.
* Promover privacidade do usuário.
* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos.
* Realizar a desinfecção do sensor do pulso oxímetro com algodão embebido em álcool.
* Instalar pulso oxímetro em extremidades (quirodáctilos, pododáctilos ou lóbulos auriculares).
* Realizar a leitura da saturação periférica de oxigênio
* Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: saturação periférica de oxigênio inferior a 90%, cianose ou frialdade em extremidades entre outras anormalidades relacionadas à saturação periférica de oxigênio.
* A saturação de oxigênio aceitável varia de 95% a 100%. um valor de menos que 90% é considerável hipoxemia. entretanto, os valores abaixo de 90% podem ser aceitáveis para certas doenças crônicas.
* Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados. data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
AFERIÇÃO DE TEMPERATURA CORPORAL			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização em procedimentos de Enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR:** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Aferir a temperatura é importante para auxiliar no esclarecimento diagnóstico servindo como alerta para possível presença de infecção ou outras reações sistêmicas. Seus valores direcionam algumas ações de enfermagem e condutas médicas.

4. Materiais Necessários

* Bandeja
* Termômetro
* Luvas de procedimento se necessário
* Algodão
* Álcool 70%
* Papel toalha

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos

ou higienização simples das mãos.

* Reunir o material.

* Identificar o usuário.

* Explicar ao usuário sobre o procedimento.

* Colocar o usuário sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável.

* Promover privacidade do usuário.

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos.

* Higienizar o termômetro com algodão embebido em álcool 70% no sentido da haste para o bulbo.

* Assegurar-se de que não entre qualquer líquido no interior do aparelho. Não utilizar produtos de limpeza abrasivos ou diluentes para limpar o termômetro e nuncao mergulhe em água ou em qualquer outro líquido.

Temperatura Axilar

* Secar a região axilar do usuário se necessário, utilizando papel toalha.

* Colocar o bulbo do termômetro na axila do usuário, dobrando seu braço sobre opeito.

* Após o termômetro digital emitir o sinal sonoro, retirar o termômetro e realizar a leitura.

* Realizar a desinfecção do termômetro com álcool 70% da haste para o bulbo e guardá-lo em local adequado.

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

* Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: hipotermia e hipertermia.

Temperatura Oral

* Conferir se o usuário não utilizou alimentos quentes ou frios.

* Colocar bulbo do termômetro sob a língua ou no espaço entre os dentes e a bochecha.

* Solicitar ao usuário que feche a boca, mas que não morda o termômetro.

* Aguardar o termômetro digital emitir o sinal sonoro, retirar o termômetro e realizar a

leitura.

* Realizar a desinfecção do termômetro com álcool 70% dahaste para o bulbo.

* Higienizar as mãos.

* Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: hipotermia e hipertermia.

Temperatura Temporal

* Verificar se a lente ou o sensor de infravermelho estão livres de detritos, sujeira ou condensação que possam afetar a precisão da leitura. Usar haste flexível e álcool à 70% para limpá-lo com cuidado, se necessário. Evitar arranhar a lente ou o sensor.

* Realizar a aferição nas condições ambientes (temperatura e umidade) especificadas pelo fabricante.

* Certificar que o usuário não fez ingestão de alimentos ou bebidas e nem realizou esforço físico. Caso tenha feito, deve-se aguardar no mínimo 5 minutos para que o usuário possa repousar.

* Ligar o termômetro pressionando o botão Liga/Desliga.

* Certificar que no visor que a aferição da temperatura esteja em <°C>.

* Certificar que o usuário não esteja com a cabelo na testa e que a pele não esteja úmida.

* Posicionar o sensor conforme orientação do fabricante.

* Certificar para distância conforme orientação do fabricante.

* Assegurar de que a lente ou sensor de infravermelho estejam a um ângulo reto (90°) da superfície, ou seja, perpendicular à testa. Quando a aferição estiver concluída, um sinal sonoro será emitido.

* Registrar a temperatura que aparece no visor e informe o resultado ao usuário.

* Caso o termômetro não desligue automaticamente, desligar o termômetro pressionando ligeiramente o botão Liga/Desliga.

* Aguardar por pelo menos dois minutos para nova mensuração (obrigatoriamente o termômetro deve ser desligado e ligado novamente entre medições consecutivas).

* Limpar o termômetro usando uma haste flexível com álcool a 70% para limpar o sensor. *
* O restante do termômetro deve ser limpo com algodão umedecido com álcool a 70% e manter em contato por pelo menos um minuto. Remover a bateria, caso não vá utilizá-lo por longo período.
* Armazenar o termômetro em lugar protegido de temperaturas altas e baixas, umidade,luz direta e poeira.

Temperatura Anal

* Calçar luvas de procedimento.
* Lubrificar a ponta do termômetro que será inserida no reto.
* Colocar o usuário deitado em decúbito lateral e com as pernas fletidas ou em posiçãode Sims, expondo apenas o sulco interglúteo.
* Entreabrir o sulco interglúteo com a mão esquerda.
* Introduzir o bulbo no ânus com a mão direita, cerca de 2,5 cm, cuidadosamente.
* Aguardar o termômetro digital emitir o sinal sonoro.
* Entreabrir o sulco interglúteo, removendo o termômetro.
* Cobrir a área exposta do usuário.
* Realizar a leitura.
* Colocar o termômetro na cuba-rim.
* Colocar o usuário em posição confortável.
* Recompor a unidade.
* Lavar o termômetro com água e sabão.
* Realizar a desinfecção do termômetro com álcool 70%
* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: hipotermia e hipertermia.
* Registrar os resultados apresentados sem arredondamentos, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou no Sistema e no Livro controle.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização em procedimentos de Enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR:** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Avaliar e monitorar as condições hemodinâmicas do usuário, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas. Tal procedimento vai detectar e monitorar arritmias cardíacas e amplitude do pulso.

4. Materiais Necessários

* Luvas de procedimento não estéril se necessário
* Bandeja
* Estetoscópio
* Relógio com ponteiros de segundos
* Algodão
* Álcool

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

* Reunir o material.
* Identificar o usuário.
* Explicar ao usuário sobre o procedimento.
* Colocar o usuário sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável.
* Realizar desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido álcool.
* Calçar luvas se for o caso.
* Colocar seu primeiro, segundo e terceiro dedos sobre uma artéria superficial, comprimindo-a levemente. Geralmente as artérias escolhidas são (radial, braquial, carótida, femoral, poplítea e pediosa).
* Contar os batimentos arteriais durante 30 segundos e multiplicar esse número por 2 para calcular a frequência durante 1 minuto, mas se a frequência, ritmo ou amplitude estiver anormal, palpar e contar por 1 minuto.
* Determinar frequência, ritmo e amplitude do pulso.
* Comunicar o enfermeiro em caso de eventuais anormalidades, tais como: arritmias, taquicardias, bradicardias entre outras anormalidades relacionadas ao pulso.
* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

Aferição do pulso apical

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Reunir o material.
* Identificar o usuário.
* Explicar ao usuário sobre o procedimento.
* Colocar o usuário sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável.
* Realizar desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido

em álcool.

* Segurar o diafragma contra as mãos durante alguns segundos para aquecer.

* Palpar o espaço entre a 5º e 6º costelas (quinto espaço intercostal) e chegar à linha clavicular média esquerda.

* Colocar o diafragma sobre o ápice cardíaco.

* Contar os batimentos cardíacos durante 1 minuto.

* Determinar frequência, ritmo e amplitude do pulso.

* Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: arritmias, taquicardias, bradicardias entre outras anormalidades relacionadas ao pulso.

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

* Realizar desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool e guardar em local adequado.

* Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados sem arredondamentos, incluindo o membro utilizado para aferição. respectivas características, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou.

Valores de referência (repouso sem febre)

Faixa Etária	Limites Normais	Média	Limites de Alerta
Recém-nascidos	100 a 150 bpm	140	< 80 e > 170
Lactentes	80 a 140 bpm	120	< 70 e > 160
Crianças de 1-2 anos	80 a 130 bpm	110	< 60 e > 140
Pré-Escolares	70 a 120 bpm	100	< 60 e > 140
Escolares	70 a 110 bpm	95	< 60 e > 130
Adolescentes	60 a 90 bpm	80	< 55 e > 120
Adultos	60 a 100 bpm	80	< 50 e > 120

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
MEDIDA DO PERÍMETRO CEFÁLICO			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização em procedimentos de Enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR:** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

O perímetro cefálico é reflexo do tamanho cerebral, sendo medido rotineiramente até os 36 meses. Ao nascimento, o cérebro corresponde a 25% do tamanho do adulto e o perímetro cefálico tem em média 35 cm. Tal procedimento identifica anomalias cerebrais nos primeiros meses de vida

4. Materiais Necessários

* Luvas de procedimento se indicado
* Bandeja
* Biombo
* Algodão
* Álcool 70%
* Fita métrica (não extensível/inelástica)

5. Descrição do procedimento

* Reunir o material.

* Chamar o cliente, confirmar o nome e apresentar-se a cliente, explicando o procedimento

que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução.

* Higienizar as mãos.

* Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal.

* Passar a fita métrica por baixo da cabeça da criança posicionando-a sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima.

* Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça.

* Realizar a leitura.

* Retirar os EPIs e higienizar as mãos.

* Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção.

* Não incluir pavilhão auricular.

* Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior.

* Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

MEDIDA DO PERÍMETRO TORÁCICO

1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização em procedimentos de Enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR:** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Perímetro torácico é a medida da circunferência do tórax em centímetros. até os dois anos de idade, tem valor como índice do. estado nutritivo. a seguir. influência do exercício.

4. Materiais Necessários

* Luvas de procedimento se indicado
* Bandeja
* Biombo
* Algodão
* Fita métrica não extensível/inelástica
* Álcool 70%

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

* Reunir o material.
* Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em álcool 70% em movimento único.
* Identificar a criança.
* Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender.
* Posicionar a criança em decúbito dorsal ou sentada.
* Colocar a fita métrica ao redor do tórax da criança, passando pelas escápulas, abaixo da axila e em cima dos mamilos.
* A fita métrica não deve permanecer apertada, para não aferir medida incorreta.
* Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em álcool e em movimento único.
* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Registrar anotação em ficha de atendimento e na carteirinha de Vacinas na página de curvas de crescimento e lançar procedimento no sistema

Altura correta da fita

Fonte: Kenner (2001)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

MEDIDA DO PESO CORPORAL

1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização em procedimentos de Enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR:** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Aferição do peso representa a medida da dimensão corporal de uma pessoa em seus diferentes ciclos de vida, da infância à velhice.

4. Materiais Necessários

* Balança antropométrica
* Álcool 70%
* Lençol de papel ou papel toalha
* Balança digital para aferição de peso de criança menores de 2 anos
* Balança eletrônica digital para aferição de peso de crianças maiores de 2 anos e adultos.
* Balança mecânica

5. Descrição do procedimento

Aferição de peso de crianças menores de 2 anos

* Acolher a criança e mãe/responsável.

* Realizar higiene das mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Certificar que a balança esteja apoiada sobre uma superfície plana, lisa e firme.
* Cobrir o prato da balança com papel lençol.
* Ligar a balança e esperar que a balança chegue ao zero.
* Orientar a mãe/responsável sobre o procedimento.
* Retirar roupas, adereços e sapatos da criança com o auxílio da mãe/responsável.
* Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato da balança, de forma que o peso fique distribuído. Manter a criança parada (o máximo possível) nessa posição.
* Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento.
* Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura.
* Retirar a criança da balança e solicitar que a mãe/responsável coloque as roupas e os sapatos na criança.
* Anotar o peso e registrar o procedimento na Caderneta de Saúde da Criança.
* Retirar e desprezar o papel lençol no lixo apropriado.
* Realizar a limpeza da balança, com álcool 70%.
* Se a criança não se deixe pesar, peça a mãe para pesar primeiro e depois com a criança no colo, em seguida diminua o valor do peso da criança.

Aferição do peso de crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos

* Acolher o usuário e/ou mãe/responsável.
* Realizar higiene das mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Cobrir o prato da balança com papel lençol.
* Ligar a balança e esperar que a balança chegue ao zero.
* Orientar o usuário e a mãe/responsável sobre o procedimento.
* Solicitar que a criança, adolescente ou adulto retire os sapatos e objetos pesados tais como chaves, cintos, óculos, telefones celulares e quaisquer outros objetos que possam

interferir no peso total.

* Solicitar que a criança, adolescente ou adulto, suba no centro da balança, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição.
* Realizar a leitura após o valor de o peso estar fixado no visor.
* Solicitar que a criança, o adolescente ou adulto desça da balança.
* Anotar o peso e registrar o procedimento no Sistema.
* Quando for crianças, anotar o peso na Caderneta de Saúde da Criança.
* Retirar e desprezar o papel lençol no lixo apropriado.
* Realizar a limpeza da balança, com álcool 70%.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
MEDIDA DA ESTATURA			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização em procedimentos de Enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

A estatura diz respeito à medida linear da sola dos pés ao topo da cabeça e é medida com o indivíduo na posição em pé. O comprimento também é a medida linear mas é medida com o indivíduo deitado

4. Materiais Necessários

Antropômetro

Álcool 70%

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos.

* Apresentar-se ao cliente/acompanhante e explicar o procedimento que serárealizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução

Crianças menores de 2 anos

* Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços.

* Manter, com a ajuda do responsável a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a

parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito.

* Os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro

* Os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro.

* Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos.

* Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas.

* Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam.

* Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada.

* Retirar a criança.

* Retirar os EPIs e higienizar as mãos.

* Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção.

* Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:

* Posicionar o cliente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro doequipamento.

* Solicitar ao cliente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longodo corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.

* Solicitar ao cliente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato como antropômetro/ parede.

* Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressãosuficiente para comprimir o cabelo.

* Solicitar ao cliente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel.

* Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento.

* Retirar os EPIs e higienizar as mãos.

* Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção.

* Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

A medida da circunferência abdominal, nos trás quanto há de acúmulo de gordura na área do abdôme. Importante saber que este tipo de gordura é considerada a pior de todas, por ser um fator de risco para diversas doenças e também a mais difícil de perder. Este aferição se faz do ponto médio entre a borda inferior da última costela e a borda superior da crista ilíaca, onde pode se concentrar a gordura visceral.

4. Materiais Necessários

* Luva de procedimento
* Fita métrica
* Álcool 70%
* Gaze

5. Descrição do procedimento

* Realizar higienização das mãos.
* Orientar o usuário ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado.

* Promover privacidade e solicitar que afaste a roupa, de forma que a região da cintura fique despida.
* Orientar o usuário a permanecer de pé, ereto, com o abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente afastadas (25-30 cm).
* Posicionar-se lateralmente ao paciente e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca.
* Ajustar a fita métrica no mesmo nível em todas as partes.
* Pedir ao paciente que inspire e, em seguida, que expire totalmente.
* Realizar a leitura antes que a pessoa inspire novamente.
* Realizar higienização das mãos com álcool 70% outra vez..
* Realizar registro em prontuário físico ou eletrônico, carimbar e assinar.
* Anotar data, nome, horário de execução do procedimento.
* Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
* Anotar no Livro de produção.
* Manter ambiente limpo e organizado.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DOR SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Administrar substâncias químicas que modificam o funcionamento corporal de modo a obter um efeito terapêutico**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR:** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

A administração de medicamentos é uma das práticas assistências mais executadas no cotidiano, que envolve o preparo, a técnica de administração, o acondicionamento, o acompanhamento do cliente diante das possíveis complicações clínicas e iatrogênicas ocasionadas pelo extravasamento de medições

4. Materiais Necessários

* EPIs: luvas de procedimentos e avental
* Pia para higienização das mãos
* Papel toalha
* Álcool 70%
* Lixo comum, contaminado e perfuro cortantes
* Bancada para preparo da medicação
* Soro fisiológico e água destilada

* Equipo para instalação de soro
* Maleta com medicamentos que julguem necessários para emergência
* Copinhos plásticos
* Agulhas (40 x 1,2, 30x0,8, 30x0,7, 25x0,8, 25x0,7, 13x0,45, 8x0,30)
* Maca para melhor posicionamento do usuário durante a administração de medicamentos, se caso necessário.

5. Descrição do procedimento

* Receber o usuário com sua receita ou prescrição médica e acomodá-lo em local apropriado para realização do procedimento.
* Lave as mãos.
* Reunir os materiais necessários.
* Preencha o registro da sala de medicação e prontuário do usuário.
* Observe antes de preparar a medicação: dose, via de administração, diluição, data e nome que consta na receita.
* Administre o medicamento em via correta conforme prescrição médica.
* Registre na receita com data, hora do procedimento, nome, assinatura e carimbo.
* Observe alterações do estado geral do usuário durante procedimento e oriente possíveis reações adversas pós administração medicamentosa.
* Despreze a seringa na caixa de perfuro-cortante.
* Inicie a limpeza da bancada com álcool, 70% e realize a lavagem das mãos.
* Reponha os materiais diariamente preenchendo o formulário de materiais da sala de medicação.
* Registre todos os procedimentos executados pela equipe no prontuário

Confira os 10 certos da medicação

1. Usuário Certo: Certificar-se de que a prescrição e ou receita médica corresponde ao usuário que será atendido, preferencialmente pelo nome completo.

2. Medicamento Certo: Consiste em ler o rótulo da medicação e comparar com a prescrição, certificando-se que o medicamento preparado corresponde ao prescrito e que o usuário não possui alergia a medicação prescrita. Solicitar nova prescrição em caso de ilegibilidade. Certificar-se que o medicamento prescrito terá a ação necessária de acordo com condição do usuário.

3. Dose certa: Certificar-se que está preparando a dosagem prescrita e que esta não está superior ou inferior a recomendada para a idade ou condição do usuário.

4. Via Certa: certificar-se que está preparando o medicamento para a via prescrita e que o mesmo pode ser administrado pela via solicitada, atentando-se para que a condição do usuário permita a administração pela via prescrita.

5. Hora Certa: Certificar-se que está preparando o medicamento para a hora aprazada.

6. Tempo Certo: Certificar-se que a administração está ocorrendo no tempo recomendado para o medicamento e a condição do usuário, a exemplo das infusões contínuas.

7. Validade Certa: Certificar-se que o medicamento não está com a validade expirada e descartá- lo caso haja dúvidas de sua validade ou integridade.

8. Abordagem Certa: Certificar-se que o usuário não possui mais dúvidas sobre o tratamento que será executado, respeitar o direito de recusa do usuário. Esclarecer ao usuário sobre a medicação que será administrada via principal, a ação do medicamento, e como será feita a administração, sobretudo medicações que exijam colaboração e ação do cliente como as sublinguais, a explicação deverá ser dada. Explicar sempre de maneira clara e objetiva**.**

9. Previsão certa: Certificar-se da ação da droga e possíveis efeitos colaterais e reações adversas. Certificar-se da disponibilidade do medicamento de antídotos/medicação necessários ao atendimento de emergência em caso de reações anafiláticos.

10. Registro Certo: Certificar-se de checar o medicamento administrado ou circular o medicamento não administrado, realizar anotações de enfermagem pertinentes ao procedimento incluindo classe do medicamento, via, local de administração, efeitos colaterais e reações adversas, dentre outros, além de assinar e colocar o carimbo profissional com o número do registro do COREN.

Tabela de agulhas e seringas de acordo com a via de administração

VIA DE ADMINISTRAÇÃO	AGULHA	SERINGA
Intramuscular	25X 6. 25x7. 25x8. 30x7. 30x8	3ml e 5ml
Intradérmica	13x4,5	1ml
Subcutânea	13x4,5	1ml e 3ml

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem para administração de medicamentos**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

É a administração de uma solução estéril na veia, diretamente na circulação sanguínea. A administração de medicamentos por via intravenosa, também chamada endovenosa, pode ser feita por acesso periférico ou central. Garantir acesso rápido ao sistema circulatório.

4. Materiais Necessários

* Bandeja
* Luva de procedimento
* Algodão
* Garrote/fita elástica
* Etiqueta para identificar o medicamento
* Seringa descartável com dispositivo de segurança
* Agulha descartável de grosso calibre – para aspiração/preparo do medicamento
* Medicamento/solução prescrita

* Solução prescrita para diluição do medicamento
* Equipo micro ou macrogotas (se necessário)
* Cateter intravenoso periférico (Abocath) ou dispositivo de infusão intravenoso (Scalp) com número adequado para quantidade e velocidade de infusão.
* Esparadrapo ou fita adesiva micropore

5. Descrição do procedimento

* Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do cliente.
* Selecionar a ampola, observando nome, validade, alteração de cor e presença de resíduos.
* Escolher seringa de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrado.
* Lavar as mãos.
* Fazer assepsia nas ampolas com auxílio do algodão e álcool 70%.
* Abrir a seringa e conectar a agulha 40x12.
* Preparar medicação, conforme técnica descrita.
* Explicar ao cliente o que será realizado.
* Calçar as luvas.
* Selecionar veia de grande calibre para punção, garrotear o braço do cliente.
* Realizar antissepsia do local escolhido.
* Posicionar seringa bisel voltado para cima e proceder a punção venosa.
* Soltar o garrote.
* Administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso, o cliente e as reações apresentadas.
* Retirar a seringa e pressionar o algodão no local da punção.
* Lavar as mãos.
* Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
* Registrar procedimento no Livro de produção.
* Manter ambiente de trabalho em ordem.

Observação

* Para escolha da veia levar em consideração: as condições da veia. tipo de solução a ser infundida. tempo de infusão. prefira veias calibrosas para administração de fármacos irritantes ou muito viscoso.

* Se possível escolha o membro superior não dominante.

Contraindicação:

***** Lesões de pele. Esclerose venosa e edema no local de punção. Membro com déficit motor e sensitivo ou fístula arteriovenosa. Membro superior com esvaziamento linfático. Distúrbios graves de coagulação.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem para administração de medicamentos**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

É a aplicação de medicamento no tecido muscular, devendo-se levar em conta: massa muscular suficientemente grande para absorver o medicamento, espessura do tecido adiposo, idade do cliente, irritabilidade da droga e distância em relação a vasos e nervos importantes, na escolha do local para a aplicação.

4. Materiais Necessários

* Receita com medicamento prescrito
* Medicamento
* Luva de procedimento
* Agulha para preparo da medicação (40x12)
* Agulha de tamanho adequado ao usuário (25 x 6, 25 x 7, 30 x 7, 25 x 8, 30 x 8)
* Seringa (de 1ml, 3ml ou 5ml)
* Algodão embebido em álcool 70% e algodão seco
* Bandeja

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos
* Conferir prescrição medicamentosa
* Reunir o material necessário.
* Preparar o medicamento de forma asséptica de acordo com a prescrição.
* Realizar a identificação do medicamento com os 10 certos.
* Explicar procedimento ao usuário.
* Posicionar o usuário confortavelmente, expondo a região de aplicação.
* Realizar a delimitação do local adequado para introdução da agulha.
* Realizar a antissepsia da pele com algodão embebido em álcool a 70%.
* Segurar com firmeza o músculo, com a mão não dominante.
* Introduzir a agulha em um ângulo de 90º.
* Tracionar o êmbolo da seringa (conferir se não atingiu algum vaso sanguíneo).
* Na ausência de retorno de sangue, injetar lentamente a medicação.
* Retirar a agulha e fazer uma leve pressão com o algodão.
* Deixar o usuário confortável.
* Desprezar material conforme rotina da unidade.
* Retirar as luvas.
* Higienizar a bandeja.
* Higienizar as mãos.
* Realizar os registros pertinentes.
* Receitas ou prescrições médicas ilegíveis, ou fora do prazo de validade deverão ser atualizadas para posterior administração

Locais de aplicação:

* Região do deltoide: 4 cm abaixo do acrômio.
* Região ventroglútea ou rochstetter: no centro do V delimitado pelos seguintes vértices – palma da mão direita no grande trocânter esquerdo (base do V), dedo indicador na espinha ilíaca antero-superior e dedo médio deslizando sobre a crista ilíaca no máximo de

no máximo de abertura possível.

* Região dorsoglútea: quadrante superior lateral.

* Face ântero-lateral da coxa (FALC): terço médio da coxa na face ântero lateral.

Volume tolerado:

* Deltoide de 2a 3 ml.

* Face ânterolateral da coxa até 4 ml

* Ventroglútea até 4 ml

* Dorso glúteo até 5 ml

Contraindicação:

***** Processos inflamatórios locais.

* Medicação trazida em mãos (externas) pelo usuário e fora das especificações técnicas (imunoglobulinas, termolábeis, etc).

* Distúrbios graves de anticoagulação

Observação:

* Na criança menor de 2 anos, o local indicado para administração intramuscular é a face lateral da coxa.

* Caso o volume a ser administrado ultrapasse o volume tolerado pelo músculo, dividir a dose e aplicar em mais de um local.

* Trocar sempre a agulha que preparou a medicação quando neste processo a agulha atravessou uma barreira, como nos casos de preparo de medicação contida em frasco-ampola

* Registrar no prontuário do cliente a medicação administrada de acordo com a prescrição médica e o local da aplicação do medicamento.

* Assinar e carimbar.

Tabela – Faixa etária, local de aplicação e volume máximo a ser injetado.

Idade/Músculo	Deltoide	Ventro glúteo	Dorso glúteo	Vasto lateral
Prematuros	-	-	-	0,5 ml
Neonatos	-	-	-	0,5 ml
Lactentes	-	-	-	1,0 ml
Crianças de 3 a 6 anos	-	1,5 ml	1,0 ml	1,5 ml
Crianças de 6 a 14 anos	0,5 ml	1,5 – 2,0 ml	1,5 - 2,0 ml	1,5 ml
Adolescentes	1,0 ml	2,0 – 2,5 ml	2,0 – 2,5 ml	1,5 – 2,0 ml
Adultos	1,0 ml	4,0 ml	4,0 ml	4,0 ml

Fonte: Adaptado de SILVA, L.M.G.; SANTOS, R.P. Administração de medicamentos. In: BORK, A.M.T. Enfermagem baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.166-190.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem para administração de medicamentos**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Medicação via subcutânea é aquela que permite a injeção de um medicamento diretamente no tecido subcutâneo. Como o nome sugere, esse tecido fica abaixo da camada superficial da pele (a derme) e acima do tecido muscular.

4. Materiais Necessários

* Terapia medicamentosa prescrita.
* Medicamento.
* Luva de procedimento.
* Agulha (10x6, 13x4,5, 20x6) e agulha para preparo da medicação (40x12).
* Seringa de 1 ou 3 ml.
* Algodão seco.
* Bandeja.
* Álcool 70%.

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos
* Conferir prescrição medicamentosa: “10 certos”.
* Reunir o material necessário.
* Preparar o medicamento de forma asséptica de acordo com a prescrição.
* Explicar procedimento ao usuário.
* Posicionar o usuário confortavelmente sentado ou deitado, expondo a região de aplicação.
* Calçar as luvas.
* Realizar a antissepsia da pele com algodão embebido em álcool 70%
* Fazer uma prega com os dedos indicadores e polegar da mão não dominante.
* Introduzir a agulha em um ângulo de 45º a 90º, conforme espessura do tecido adiposo do usuário e tamanho da agulha que esta sendo utilizada.
* Soltar a prega e tracionar o êmbolo da seringa (conferir se não atingiu algum vaso sanguíneo).
* Na ausência de retorno de sangue, injetar lentamente a medicação.
* Retirar a agulha e fazer uma leve pressão com o algodão.
* Deixar o usuário confortável.
* Desprezar material conforme rotina da unidade.
* Retirar as luvas.
* Higienizar a bandeja.
* Higienizar as mãos.
* Realizar os registros pertinentes
* Recomendações:
* Sempre realizar rodízio nos locais de aplicação.
* Nunca tracionar o êmbolo da seringa previamente a administração de heparina (causa hematomas).

* Não massagear o local de aplicação, pois acelera a absorção

* Disposição quanto à aplicação de insulina:

* Atentar para a apresentação da seringa cuja escala graduada pode diferenciar-se de acordo com a capacidade de unidades de insulina: 100U, 50U ou 30U.

Se mantida conservada sob refrigeração, a insulina deverá ser retirada da geladeira de 15 a 30 minutos antes da aplicação, para evitar dor e risco de irritação no local de aplicação

As seguintes regiões são recomendadas para aplicação de insulina:

* Braços: face posterior, três a quatro dedos abaixo da axila e acima do cotovelo (considerar os dedos da pessoa que receberá a injeção de insulina).

* Nádegas: quadrante superior lateral externo.

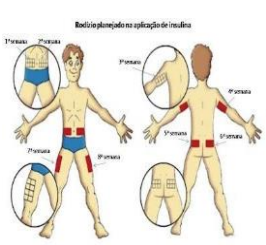
* Coxas: face anterior e lateral externa superior, quatro dedos abaixo da virilha e acima do joelho.

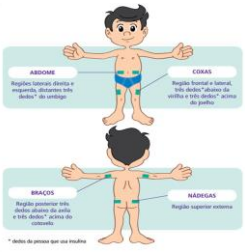
* Abdome: recomendam-se região lateral direita e esquerda, distante três a quatro dedos da cicatriz umbilical.

* Planejamento de rodízios nos pontos de aplicação:

* Para que cada região possa ser dividida em pequenas áreas (quadrantes), com uma distância de 1 cm entre elas, sempre movendo em sentido horário.

*Administrar num ponto diferente a cada aplicação. Aplicar no mesmo ponto preferencialmente após 14dias, tempo necessário para a cicatrização, prevenindo lipohipertrofia.





PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA

1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem para administração de medicamentos**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

É a introdução de medicação diretamente na derme, por meio de punção de pequenos volumes nas camadas mais externas da pele. São realizadas principalmente para teste de sensibilização (respostas para alergias) e/ou tuberculose (PPD) e, ainda como via de administração de vacinas (alergias e BCG).

4. Materiais Necessários

* Terapia medicamentosa prescrita
* Medicamento
* Luva de procedimento
* Agulha 13x4.5
* Algodão seco
* Bandeja

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos
* Conferir prescrição medicamentosa: “10 certos”.
* Reunir o material necessário.
* Preparar o medicamento de forma asséptica de acordo com a prescrição.
* Realizar a identificação do medicamento com os 5 certos.
* Explicar procedimento ao usuário.
* Posicionar o usuário confortavelmente sentado ou deitado com a face anterior do antebraço despida e voltada para cima.
* Calçar as luvas.
* Fixar a pele com a mão não dominante.
* Introduzir a agulha lentamente, com o bisel voltado para cima, em um ângulo de 10 a 15º,progredindo em até 3mm sob a epiderme.
* A região preferencial é a face anterior do antebraço
* Utilização da via: teste de sensibilidade, reação de hipersensibilidade, prova tuberculínica e vacina BCG.
* Quantidade aconselhável: 0,1ml.
* Não é necessário aspirar antes de administrar o medicamento.
* Não massagear o local após aplicação
* Injetar lentamente a medicação e observar a formação de uma pápula.
* Retirar a agulha e fazer uma leve pressão com o algodão.
* Orientar o usuário para não coçar e não esfregar o local.
* Deixar o usuário confortável
* Desprezar material conforme rotina da unidade.
* Retirar as luvas.
* Higienizar a bandeja.
* Higienizar as mãos ao término do procedimento.
* Realizar os registros pertinentes

* Registrar no prontuário do cliente a medicação administrada de acordo com a prescriçãomédica e o local da aplicação do medicamento.
* Assinar e carimbar.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS TÓPICOS			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem para administração de medicamentos**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

É a administração de medicamentos localmente, mais frequentemente na pele íntegra. A medicação é absorvida através da camada epidérmica para a derme. Utilizar a pele íntegra para absorver o medicamento e acarretar efeitos locais

4. Materiais Necessários

* Bandeja
* Medicamento (pós, cremes, óleos, loções, adesivos transdérmicos)
* Luvas de procedimento

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Verificar a prescrição.
* Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento.

* Avaliar o histórico de alergias a medicamentos.
* Preparar o medicamento para um usuário de cada vez.
* Conferir o nome do usuário data de validade, posologia, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor.
* Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o medicamento, confrontando a apresentação do medicamento com a posologia e via prescrita.
* Somente abrir o medicamento diante do usuário.
* Calçar luvas de procedimento ou luvas estéreis (avaliar o local de aplicação).
* Verificar se o local de aplicação está limpo e proceder limpeza com Solução Fisiológica0,9% ou água e sabão (se necessário).
* Proceder a aplicação do de uma fina camada do medicamento no local prescrito de maneira asséptica, espalhando-o uniformemente com auxílio de uma espátula, aplicador e/ou gaze.
* Quando se tratar de adesivos, proceder a aplicação conforme a orientação do fabricante

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA OCULAR			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem para administração de medicamentos**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

É a aplicação de medicamentos nos olhos, sob a forma de colírio ou pomada. Taais medicamentos ajudam a dilatar ou contrair as pupilas. Podem acelerar a cicatrização. Ajudam no combate infecções oculares, entre outras ações.

4. Materiais Necessários

* Gaze.
* Bandeja
* Medicamento
* Prescrição médica
* Luva de procedimento (se necessário)
* Gaze estéril ou bola de algodão
*Solução Fisiológica 0,9% 10 mL
* Lenços de papel

5. Descrição do procedimento

Colírio.

* Checar prescrição (data, nome do paciente, dose, apresentação,).
* Separar medicação prescrita.
* Lavar as mãos.
* Orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para trás.
* Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente.
* Pedir para o paciente olhar para cima e pingar a medicação no centro da membrana conjuntiva.
* Orientar o paciente a fechar a pálpebra.
* Lavar as mãos.
* Anotar data, nome, horário de execução do procedimento.
* Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
* Anotar no Livro de produção.
* Manter ambiente limpo e organizado.

Pomada

* Checar prescrição (data, nome do paciente, dose, apresentação,).
* Separar medicação prescrita.
* Lavar as mãos.
* Orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para trás.
* Com o auxílio da gaze, afastar a pálpebra inferior, apoiando a mão na face do paciente e colocar com o próprio tubo a pomada.
* Pedir para o paciente fechar os olhos.
* Proceder a leve fricção sobre a pálpebra inferior
* Lavar as mãos.
* Anotar data, nome, horário de execução do procedimento.
* Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
* Anotar no Livro de produção.
* Manter ambiente limpo e organizado.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA NASAL			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem para administração de medicamentos**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR:** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

É a administração de medicamentos através do trato respiratório para tratamento de infecções diminuindo o edema da mucosa nasal.

4. Materiais Necessários

* Bandeja
* Álcool 70%
* Medicação prescrita (frasco conta-gotas, spray, aerossóis)
* Gazes
* Etiqueta de identificação da medicação
* Luva de procedimento

5. Descrição do procedimento

* Verificar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preencher a etiqueta.

* Higienizar as mãos.
* Calçar luvas.
* Abrir o frasco de medicação e aspirar o conteúdo necessário
* Segurar o conta-gotas pelo bulbo, evitando que a solução entre neste.
* Identificar o cliente pelo nome e leito.
* Explicar o procedimento para o cliente ou acompanhante e a indicação do fármaco.
* Colocar o cliente em decúbito dorsal ou sentado com a cabeça inclinada para trás.
* Instilar diretamente no fundo da cavidade nasal.
* Limpar o excesso de medicamento com gaze.
* Solicitar ao cliente que permaneça alguns minutos em decúbito dorsal.
* Retirar as luvas.
* Higienizar as mãos.
* Checar na prescrição médica.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA AURICULAR			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem para administração de medicamentos**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Medicamentos auricular são usados para tratar inflamação e infecção de ouvido podem ser aplicados diretamente nos ouvidos afetados. Gotas para ouvidos contendo soluções ou suspensões são tipicamente aplicadas apenas no canal auricular externo.

4. Materiais Necessários

* Bandeja
* Medicamento
* Luvas de procedimento (se necessário)
* Gaze estéril
* Solução Fisiológica 0,9% 10 ml

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Verificar a prescrição.

* Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento.
* Avaliar o histórico de alergias a medicamentos.
* Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez.
* Conferir o nome do usuário, data de validade, posologia, data da prescrição, carimboe assinatura do prescritor.
* Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o medicamento, confrontando a apresentação do medicamento com a posologia e via prescrita.
* Somente abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador, se possível.
* Colocar luvas de procedimento (se houver secreção), e limpar a orelha externa com gaze embebida com Solução Fisiológica 0,9%.
* Colocar o usuário deitado sobre o lado não afetado ou sentado com a cabeça bem inclinada para o lado, para que a orelha afetada fique em posição superior.
* Deixar reto o canal auditivo, puxando a porção cartilagínea do pavilhão auditivo para cima e para traz, no adulto, e para traz no caso de crianças em idade escolar. Puxarpara baixo e para traz no caso de bebês e crianças menores de 3 anos.
* Instilar o medicamento sobre a lateral do canal auditivo, sem contaminar o conta-gotas/frasco (fica desconfortável para o usuário se o medicamento cair diretamente na membrana timpânica). Aguardar de dois a três minutos na posição para após realizar o procedimento na outra orelha, se prescrito.
* Com delicadeza, pressionar o trago (pequena saliência na entrada do ouvido externo), algumas vezes para ajudar a movimentação do medicamento.
* Se prescrito, inserir um chumaço de algodão na região mais externa do canal, sem comprimir, deixar por 15 minutos e após retirá-lo.
* Retirar as luvas.

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Checar o medicamento na prescrição médica.
* Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha deatendimento ambulatorial.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem para administração de medicamentos**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

A administração por via oral é o método mais seguro, mas conveniente e mais barato. Medicamentos para administração oral encontram-se disponíveis em várias apresentações: comprimidos, comprimidos com revestimento entérico, cápsulas, xarope, elixir, óleo, suspensão, pó e grânulos

4. Materiais Necessários

* Bandeja
* Medicação prescrita
* Copinho ou seringa (criança)
* Copo com água
* Triturador de comprimidos (se necessário)
* Etiqueta de identificação da medicação
* Luva de procedimento

5. Descrição do procedimento

Comprimidos/Cápsulas e Pílulas

* Higienizar as mãos.
* Confirmar na prescrição médica a data, horário, nome, via e dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta.
* Colocar a medicação em um copinho descartável e identificar com a etiqueta.
* Calçar luvas.
* Identificar o cliente pelo nome e leito.
* Explicar o procedimento para o cliente ou acompanhante e a indicação do fármaco.
* Observar as condições de deglutição do medicamento e colocar o cliente em posição favorável.
* Administrar a medicação sem tocá-la diretamente com as mãos, oferecendo água, em casos de criança e medicação em solução administrar com seringa empurrando o êmbolo vagarosamente.
* Permanecer ao lado do cliente até que a medicação seja deglutida.
* Retirar as luvas
* Higienizar as mãos.
* Checar na prescrição médica

Suspensões

* Confirmar na prescrição médica a data, horário, nome, via e dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta.
* Higienizar as mãos.
* Agitar o frasco com o medicamento.
* Colocar a tampa do frasco para cima na superfície, abri-lo evitando contaminação.
* Colocar a dose da medicação prescrita no copo identificado.
* Fechar o frasco, identificando data, horário e nome do profissional que abriu a embalagem.

* Calçar luvas.
* Identificar o cliente pelo nome e leito.
* Explicar o procedimento para o cliente ou acompanhante e a indicação do fármaco.
* Observar as condições de deglutição do medicamento e colocar o cliente em posição favorável.
* Administrar a medicação sem tocá-la diretamente com as mãos, oferecendo água, em casos de criança e medicação em solução administrar com seringa empurrando o êmbolo vagarosamente.
* Permanecer ao lado do cliente até que a medicação seja deglutida
* Higienizar as mãos.
* Checar na prescrição médica
* Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional.
* Comunicar o médico assistente se cliente apresentar reação ao medicamento.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBLINGUAL			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem para administração de medicamentos**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

É a administração de medicamentos pela mucosa oral, obtendo maior rapidez na observação, comparando a via oral.

4. Materiais Necessários

* Bandeja
* Medicação prescrita
* Etiqueta de identificação da medicação
* Copo pequeno descartável
* Agulha 40×12 s/n
* Luvas de procedimento s/n
* Espátula

5. Descrição do procedimento

* Verificar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta.

* Higienizar as mãos.
* Colocar a medicação em um copo descartável etiquetando.
* Identificar o cliente pelo nome e leito.
* Calçar luvas.
* Explicar o procedimento para o cliente ou acompanhante e a indicação do fármaco.
* Colocar a medicação debaixo da língua do cliente.
* Orientar o cliente para que não engula a medicação.
* Observar as reações da medicação.
* Permanecer ao lado do cliente até que a medicação seja dissolvida.
* Deixar o cliente em condições confortáveis.
* Retirar às luvas.
* Higienizar as mãos.
* Checar na prescrição médica e anotar intercorrência.
* Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional.
* Comunicar o médico assistente se cliente apresentar reação ao medicamento.
* Para medicamentos em cápsula furar o invólucro e colocar o medicamento debaixo da língua.
* Se necessário utilizar espátula para auxiliar a colocação do medicamento

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA GASTROSTOMIA E JEJUNOSTOMIA			
1. Aplicação	**Equipe de enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem para administração de medicamentos**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Maneira de se administrar medicamentos afim de que haja uma absorção da substância no aparelho gastrointestinal, proporcionando um tratamento adequado de diversas patologias, em usuários impossibilitados de deglutição.

4. Materiais Necessários

* Prescrição médica
* Bandeja
* Medicamento
* Recipiente descartável
* 2 seringas 20ml
* Luvas de procedimentos
* Estetoscópio

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Verificar a prescrição médica.
* Explicar o procedimento ao usuário.
* Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez.
* Conferir o nome do usuário, data de validade, posologia, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor.
* É recomendado abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador.
* Retirar cada medicamento(s) da embalagem para preparar em um copo descartável. no caso de múltiplos medicamentos, triturá-los e diluí-los separadamente em água devido ao risco de incompatibilidade físico-química.
* Dissolver o medicamento em água, se necessário recomenda-se o uso de macerador de vidro ou cerâmica
* Usar dispositivos adequados de medida ao entornar os líquidos e verificar a quantidade de medicamento ao nível dos olhos.
* Limpar a borda do frasco com toalha de papel após dispensação.
* Aspirar o medicamento em seringa.
* Calçar luvas de procedimentos.
* Verificar o posicionamento da sonda de gastrostomia / jejunostomia.
* Se estiver em infusão de dieta, antes de passar o medicamento, interromper a dieta.
* Lavar a sonda/tubo com 15 a 30 ml de água.

Conectar a seringa na ponta da sonda/tubo certificando que está realmente no local adequado.

* Administrar o medicamento lentamente.
* Administrar água 15 a 30ml para lavar a sonda/tubo após a administração do medicamento.
* caso de múltiplos medicamentos, entre um medicamento e outro deverá ser lavado

com 5 a 15 ml de água.

* Medicamentos líquidos mantidos em geladeira, verificar a data de abertura do frasco.

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

* Registrar o procedimento realizado, verificação de posicionamento da sonda, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de Atendimento Ambulatorial.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR SNG / SNE			
1. Aplicação	**Equipe de enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem para administração de medicamentos**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Procedimento que garante a administração de medicamentos pelas vias gástrica e entérica a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias, em usuários impossibilitados de deglutição.

4. Materiais Necessários

* Prescrição médica
* Bandeja
* Medicamento
* Recipiente descartável
* 2 seringas 20ml
* Luvas de procedimentos
* Estetoscópio

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Verificar a prescrição médica.
* Explicar o procedimento ao usuário.
* Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez.
* Conferir o nome do usuário, data de validade, posologia, data da prescrição, carimbo e assinatura do prescritor.
* É recomendado abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador.
* Retirar cada medicamento(s) da embalagem para preparar em um copo descartável. no caso de múltiplos medicamentos, triturá-los e diluí-los separadamente em água devido ao risco de incompatibilidade físico-química.
* Dissolver o medicamento em água, se necessário recomenda-se o uso de macerador de vidro ou cerâmica.
* Usar dispositivos adequados de medida ao entornar os líquidos e verificar a quantidade de medicamento ao nível dos olhos.
* Limpar a borda do frasco com toalha de papel após dispensação.
* Aspirar o medicamento em seringa.
* Calçar luvas de procedimentos.
* Verificar o posicionamento da SNG ou SNE conforme procedimento operacional padrão.
* Se estiver em infusão de dieta, antes de passar o medicamento, interromper a dieta.
* Lavar a sonda com 15 a 30 ml de água.
* Conectar a seringa na ponta da sonda certificando que está realmente no local adequado.
* Administrar o medicamento lentamente.
* Administrar água 15 a 30ml para lavar a sonda após a administração do medicamento.

* No caso de múltiplos medicamentos, entre um medicamento e outro deverá ser lavado com 5 a 15 ml de água.
* Medicamentos líquidos mantidos em geladeira, verificar a data de abertura do frasco.
* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Registrar o procedimento realizado, incluindo testes de verificação de posicionamento da sonda, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de Atendimento Ambulatorial.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem para administração de medicamentos**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

É a via na qual a introdução de medicamentos é realizada através do ânus, sob a forma de supositório, pomada ou creme e/ou clister medicamentoso.

4. Materiais Necessários

* Prescrição médica
* Bandeja
* Medicamento prescrito
* Papel
* Caneta
* Gaze não estéril
* Luvas de procedimento e espátula
* Lidocaína geleia 2%
* Aplicador
* Fralda ou comadre

* Lençol móvel e impermeável quando necessário
* Compressa não estéril

5. Descrição do procedimento

* Confirmar na prescrição médica a data, horário, nome, via, dosagem da medicação. nome da medicação.
* Higienizar as mãos.
* Identificar o cliente pelo nome e leito.
* Colocar biombo s/n.
* Explicar ao cliente o procedimento ou ao seu acompanhante e a indicação do fármaco.
* Colocá-lo em decúbito lateral esquerdo – Posição de Sins.
* Calçar as luvas.
* Abrir o invólucro e pegar a medicação.
* Afastar as nádegas e introduzir delicadamente a medicação de 5 a 7 cm após o esfíncter anal e pedir ao cliente que o retenha.
* Aplicar suave pressão contraindo as nádegas por aproximadamente 5 minutos e observar sinais de dor ou desconforto.
* Deixar o cliente confortável.
* Retirar as luvas.
* Higienizar as mãos.
* Checar na prescrição médica.

OBS:

* Não retirar da embalagem o supositório se estiver amolecido, neste caso colocar na geladeira antes do uso

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA VAGINAL			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem para administração de medicamentos**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Administrar medicamentos por via vaginal, sob a forma de supositório, comprimidos, óvulos, geleias, cremes e pomadas.

4. Materiais Necessários

* Bandeja
* Medicação prescrita
* Luva de procedimento
* Aplicador
* Biombo
* Etiqueta de identificação da medicação
* Gaze

5. Descrição do procedimento

* Confirmar na prescrição médica a data, horário, nome, via e dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta/rótulo.

* Higienizar as mãos.
* Preparar a medicação.
* Identificar o cliente pelo nome e leito.
* Colocar a bandeja na mesa do cliente.
* Colocar biombo se necessário para privacidade do cliente.
* Explicar ao cliente e/ou ao acompanhante o procedimento e a indicação do fármaco.
* Calçar luvas.
* Colocar a cliente em posição ginecológica.
* Realizar higiene íntima se necessário.
* Com auxílio de uma gaze afastar os grandes e pequenos lábios.
* Comunicar o cliente da introdução do aplicador ou medicação.
* Administrar a medicação.
* Orientar o cliente para que permaneça em decúbito dorsal por 15 a 20 minutos para melhor absorção do medicamento.
* Deixar o cliente em condição confortável.
* Retirar as luvas.
* Higienizar as mãos.
* Checar na prescrição médica

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
SALA DE PROCEDIMENTO			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de procedimentos**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Local onde são realizados diversos procedimento como suturas, curativos, retirada de corpo estranho nos olhos, ouvidos e narinas, sondagens

4. Materiais Necessários

* Armário fechado
* Fio de sutura de diversos tamanhos
* Gaze
* Mesa auxiliar ou bandeja
* Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly
* Cabo e lâmina de bisturi (se necessário)
* Tesoura
* Pacote de gazes esterilizadas
* Atadura

* Solução fisiológica 0,9%
* Agulha 25x12 ou 40x12
* Seringa de 20 ml
* Álcool 70%
* Luvas de procedimento P, M, G
* Luva estéril de diversos tamanhos
* Micropore/ Esparadrapo
* Atadura de crepe de largura adequada a extensão da lesão
* Espátula
* Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme as características da lesão
* EPI (óculos, avental e máscara), se necessário
* Otoscópio
* Lanterna
* Papel Toalha

5. Descrição do procedimento

Cabe ao Técnico de Enfermagem / Auxiliar de Enfermagem

* Organizar a sala.
* Realizar limpeza concorrente com água e sabão nas superfícies.
* Realizar desinfecção com álcool a 70% no início de cada plantão.
* Solicitar a equipe de serviços gerais que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal.
* Repor e checar materiais e medicamentos.
* Recepção do cliente.

Cabe ao Enfermeiro / Técnico de Enfermagem

Quando for Sutura

* Verificar e observar a lesão e realizar assepsia do local.
* Preparar o material conforme a necessidade do ferimento.

* Comunicar o médico e auxiliá-lo durante o procedimento.
* Dar apoio emocional e confortar o cliente.
* Realizar o curativo e orientar sobre o mesmo.
* Registrar no Livro Ata tal procedimento.
* Liberar o cliente após a alta médica.
* Orientações gerais de enfermagem sobre cuidado com a ferida

Cabe ao Enfermeiro / Técnico de Enfermagem

Quando for retirada de corpo estranho de olho, nariz e ouvido

Separar material

* Verificar e observar o local e a natureza do corpo estranho.
* Preparar o material conforme a necessidade do procedimento.
* Comunicar o médico e auxiliá-lo durante o procedimento.
* Dar apoio emocional e confortar o cliente.
* Realizar o curativo se necessário e orientar sobre o mesmo.
* Registrar no Livro Ata tal procedimento.
* Liberar o cliente após a alta médica.
* Orientações gerais de enfermagem sobre cuidado com o local do procedimento

Cabe ao Enfermeiro / Técnico de Enfermagem

Quando for curativo

Separar material

* Chamar o cliente, confirmar o nome e o número do prontuário, apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas, antes de iniciar a execução.
* Conferir a prescrição médica ou de enfermagem, se não houver, solicitar avaliação.
* Higienizar as mãos.
* Reunir todo o material, conforme o ambiente (UBS/ domicílio).
* Aquecer o soro.
* Colocar o cliente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada.

* Higienizar novamente as mãos.
* Calçar as luvas de procedimento e outros EPIs necessários.
* Observar o curativo anterior antes da remoção.
* Remover o curativo anterior com cuidado, umedecendo com SF 0,9%, se houver aderência, removendo a cobertura sem traumatizar a lesão.
* Caracterizar a ferida quanto ao tamanho (extensão e profundidade), evolução, tipo de tecido, exsudato, odor, bordas e pele ao redor, atentando-se a presença desinais de infecção (edema, hiperemia, calor e dor). Solicitando reavaliação do caso pelo enfermeiro/médico se necessário.
* Na presença de sujidades em áreas próximas da ferida ou ao redor, proceder a limpeza com sabonete neutro, água corrente tratada, e secar com gaze ou papel toalha.
* Descartar curativo anterior e luvas no lixo apropriado.
* Abrir o pacote de curativo utilizando a técnica asséptica, arrumar as pinças no campo, abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças.
* Calçar as luvas de procedimento e outros EPIs necessários.
* Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%**.** Utilizar preferencialmente o frasco de SF0,9% de 250 ml ou seringa de 20 ml para realizar a irrigação.
* Com o auxílio das pinças limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida em SF 0,9%.
* Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%, removendo detritos, bactérias, exsudatos, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos da superfícieda ferida. Evitar limpeza mecânica e/ou fricção onde houver tecido de granulação.
* Na presença de tecido desvitalizado (leito/bordas, aderido/solto), solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/desbridamento.
* Secar apenas a região perilesional e bordas com gaze, a fim de evitar a maceração dos mesmos.
* Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico (mediante autorização prévia do cliente), semanal ou quinzenalmente.

* Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo enfermeiro/médico, ocluir o curativo conforme a necessidade (gazes, cobertura secundária, atadura de crepe).
* Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados.
* Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos.
* Orientar o cliente quanto a periodicidade de troca de curativos primários/secundários conforme a prescrição do enfermeiro/médico, bem como os cuidados na manutenção do curativo e retornos programados a Unidade.
* Retirar os EPIs e higienizar as mãos.
* Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção.
* Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

Observação

* Os curativos crônicos devem ser avaliados pelo Enfermeiro desde o primeiro atendimento, contemplando a Sistematização da Assistência de Enfermagem, com a prescrição do cuidado a ser prestado, e se responsabilizando pelas subsequentes evoluções e avaliações periódicas necessárias, sendo delegada aos profissionais de nível médio a execução do procedimento.
* Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do cliente e local da realização do curativo.
* No domicílio recomenda-se a técnica limpa
* Na Unidade a técnica limpa pode ser utilizada sempre criteriosamente e recomenda- se o uso de instrumentais estéreis (pinças) ou utilizar luvas estéreis na ausência dos mesmos.
* A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.
* A realização de curativo de imobilização ortopédica pode ser realizada por profissional de enfermagem capacitado (antes ou após a imobilização), sob indicação do médico (prescrição escrita do médico de referência para o procedimento ortopédico) e supervisão,

direção e orientação do Enfermeiro.

*O desbridamento só pode ser realizado por enfermeiros e médicos.

* A indicação dos produtos/coberturas deve ser feita considerando o momento evolutivo da lesão, tipo de tecido, patologia, adesão ao tratamento, recursos disponíveis, materiais padronizados e protocolo de uso da Secretaria Municipal de Saúde.

Cabe ao Enfermeiro / Técnico de Enfermagem

Quanto for retirada de pontos

* Reunir o material.

* 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.

* Higienizar as mãos.

* Paramentar-se com os EPIs.

* Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar limpeza local com soro fisiológico.

* Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, próximo a pele com a tesoura de Íris.

* Colocar os pontos retirados sobre uma gaze.

* Cobrir a ferida se houver necessidade.

* Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados

* Retirar os EPIs e higienizar as mãos.

* Retirar os EPIs e higienizar as mãos.

* Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção.

* Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

***** Certificar-se do tipo de fio utilizado na sutura.

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

* Retirada de pontos de curativos Pós-Operatórios devem ter a supervisão do Enfermeiro e a prescrição médica.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

SALA DE INALAÇÃO

1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização e funcionamento da sala de inalação**

DATA DA EMISSÃO	DATA DA VIGÊNCIA	PRÓXIMA REVISÃO	VERSÃO
Janeiro / 2024	2024 / 2025	2026	2
Elaborado por: Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores	**REVISADO POR:** Enf. Andriely C. Pinheiro	**APROVADO POR** Enf. Suellen C. Comunello	**DATA** Fevereiro/ 2024

3. Conceito

A nebulização consiste numa forma de tratar afecções pulmonares por meio de substâncias especiais associadas ao O^2 ou ar comprimido. Tal procedimento proporciona um alivio nos processos inflamatórios, congestivos e obstrutivos. Ajuda a umedecer, hidratada a mucosa e fluidificar as secreções.

4. Materiais Necessários

* Bandeja
* Inalador com medicações prescritas
* Solução Fisiológica 10ml (preferencial)
* Soro Fisiológico 250ml
* Luvas de procedimento
* Etiqueta de identificação da medicação
* Intermediário

* Papel toalha.
* Fonte de oxigênio ou de ar comprimido
* Fluxômetro O^2 ou Fluxômetro ar comprimido
* Máscara de nebulização
* Caneta esferográfica
* Fita crepe

5. Descrição do procedimento

* Organizar a sala.
* Realizar limpeza concorrente na sala com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70% no início de cada plantão.
* Solicitar a equipe de serviços gerais que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal.
* Checar o funcionamento do compressor, chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro.
* Preparar material necessário para o plantão.
* A troca do soro fisiológico utilizado no procedimento é a cada 12 horas.
* Verificar com exatidão a prescrição médica e preparar o material.
* Seguir os 9 certos da administração de medicação: cliente certo, medicação certa, a via certa, a dose certa, o horário certo, o registro certo, a orientação certa, a forma farmacêutica certa e a resposta certa.
* Aspirar a quantidade de SF 0,9% prescrita com a seringa conectada à agulha e colocar dentro do copo do nebulizador.
* Colocar no copo do nebulizador a quantidade de medicação prescrita (geralmente em gotas).
* Identificar o nebulizador com a fita crepe.
* Levar os materiais próximo ao cliente em uma bandeja.
* Orientar o cliente e/ou acompanhante sobre o procedimento que será realizado.

* Conectar o fluxômetro na saída de oxigênio ou de ar comprimido, caso já não esteja instalado
* Conectar a extensão ao fluxômetro
* Calçar as luvas
* Conectar a extensão ao copo do nebulizador e este a máscara de nebulização
* Auxiliar o cliente a se posicionar ou posicione-o sentado com a cabeceira elevada.
* Abrir válvula do fluxômetro aproximadamente 4 a 6 l/min.
* Observar o funcionamento do nebulizador pela névoa que se forma.
* Ajustar a máscara a face do cliente de forma a cobrir boca e nariz garantindo uma boa vedação.
* Se máscara para traqueostomia (Hudson) deve ser posicionada diretamente sobre a traqueostomia do cliente. Mantendo o recipiente do inalador na posição vertical
* Manter a inalação durante o tempo indicado, observando o cliente por alguns minutos logo após a instalação da medicação e observar a coloração da pele do cliente, verificar a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e a saturação de oxigênio.
* Orientar o cliente (se colaborativo) para que respire lenta e profundamente e que permaneça com os olhos fechados durante a realização da nebulização.
* Fechar a válvula do fluxômetro quando a névoa parar de sair.
* Desconectar a extensão do inalador.
* Anotar no verso na própria receita com letra legível a data, horário, nome e COREN.
* Anotar no Livro de Procedimento.
* Identificar um pedaço de fita crepe, contendo o nome do cliente, o nome da medicação, a via, a dose e o horário em que deve ser administrada.
* Lavar criteriosamente os inaladores logo após o uso com água e sabão, retirando os resíduos, em seguida colocar em imersão no hipoclorito a 1% em caixa fechada, por 30 minutos, registrando o horário de início do processo, depois enxague em água corrente e coloque-os sobre um campo limpo.
* Secar o material com pano limpo e armazenar em local fechado e limpo.

* Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro necessidade de reposição.
* Manter a sala limpa, organizada e abastecida, verificando diariamente a validade dos medicamentos utilizados na inalação.
* Identificar os frascos de medicamentos na hora que abrir.
* Datar dia da abertura dos frascos de medicações.
* Ao final do expediente retirar os extensores e proceder a limpeza e desinfecção conforme rotina das máscaras de inalação.
* Desprezar o hipoclorito de sódio e lavar a caixa.
* Anotar a validade do hipoclorito.
* Retirar as luvas e higienizar as mãos.
* Realizar a anotação de enfermagem.
* Não ofertar oxigênio em uma quantidade maior do que a prescrita pelo médico, devido ao risco de ocasionar danos ao cliente.
* O oxigênio deve ser tratado como uma medicação, pois pode ter efeitos deletérios, como atelectasia ou toxicidade.
* Interromper a medicação se ocorrer algum tipo de reação e comunicar imediatamente ao médico.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
SALA DE IMUNIZAÇÃO			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Local destinado exclusivamente à administração dos imunobiológicos do Programa Nacional de Imunizações.

4. Materiais Necessários

* Imunobiológico
* Cartão da criança
* Cartão do adulto
* EPIs
* Refrigerador
* Caixa térmica com gelox
* Seringas 3ml
* Agulhas descartáveis conforme a necessidade
* Algodão
* Caixa coletora para descarte de material perfurocortante
* Álcool a 70%

* Papel toalha
* Fichas de registro de imunobiológicos
* Mapa diário de vacinação
* Boletim mensal de vacinação
* Boletim de campanha de doses aplicadas
* Mapa para controle diário da temperatura do refrigerador
* Ficha de investigação de eventos adversos pós- vacinação

5. Descrição do Procedimento

* Lavar as mãos antes e após a administração de cada imunobiológicos.
* Abrir a embalagem de seringas e agulhas corretamente evitando contaminação.
* Verificar as vacinas prescritas ou agendadas, aprazar as demais conforme PNI.
* Observar frasco de vacina: coloração, integridade, validade.
* Após a abertura do frasco, registrar data e hora da abertura deste.
* Receber o cliente cordialmente, verificar seu cartão de vacina e orientar clientes e/ou acompanhantes com relação ao imunobiológico que será administrado, reações adversas e ação dos mesmos.
* Preencher carteira de vacina, registrar sistema, assinar e carimbar.
* Orientar o cliente que posicione o membro onde a vacina será administrada ou solicite que o acompanhante o faça.
* Realizar a administração de acordo com o local recomendado para cada vacina.
* Após a administração da vacina não se deve reencapar a agulha utilizada, pelo risco de acidente.
* Desprezar a seringa na caixa coletora para descarte de material perfurocortante (que deve estar estrategicamente em local de fácil acesso), o material contaminado em lixeira com saco branco e o restante em lixo comum.
* Realizar registro dos imunobiológicos no cartão do cliente e anotar no mapa diário.
* Realizar o aprazamento dos imunobiológicos a serem administrados posteriormente.
* Registrar no sistema.

* Notificar reações adversas.
* Ao final do dia desprezar as sobras de vacinas que ultrapassem o prazo estabelecido após abertura do frasco.
* Realizar a inativação dos imunobiológicos com microrganismos vivos conforme recomendação da vigilância sanitária.
* Realizar o consolidado mensal do consumo e solicitação de imunobiológicos.
* É necessário que a equipe que compõe a sala de imunização seja composta por profissionais aptos para a administração e manejo dos imunobiológicos.
* Realizar limpeza da sala.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS			
1. Aplicação	**Enfermeiro e Técnico de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização em procedimentos de Enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Prática para manter a permeabilidade das vias aéreas em usuários que não são capazes de realizá-la de maneira eficiente.

4. Materiais Necessários

* EPIs
* Luvas estéreis
* 1 a 2 pacotes de gaze estéril
* Algodão
* Álcool a 70%
* Solução fisiológica 0,9% frasco de 10 ml
* Fonte de vácuo ou aspirador portátil
* Sistema coletor de secreções descartável
* Cateter de aspiração de tamanho apropriado
* Recipiente para descarte de materiais

* Oxímetro de pulso
* Estetoscópio
* Reanimador manual (Bolsa-Valva-Máscara)
* Biombo, se necessário
* Cadarço

5. Descrição do procedimento

Atribuição do enfermeiro

* Higienizar as mãos de acordo com procedimento operacional padrão ou fricção antisséptica das mãos, se não houver disponibilidade de local adequado para higienização.
* Utilizar os equipamentos de proteção individual.
* Identificar sinais e sintomas que indiquem a necessidade da realização do procedimento: presença de secreções nas vias aéreas superiores (VAS), dispneia, estertores, roncos, inquietação, presença de vômito e apatia.
* Preparar o material e levar para próximo do usuário.
* Explicar o procedimento ao usuário se este estiver consciente, e ao acompanhante, se houver.
* Garantir a privacidade do usuário.
* Posicionar o usuário em decúbito dorsal se vítima de trauma, ou com a cabeceira elevada a 30º para usuários em situação de agravo clínico.
* Instalar o oxímetro de pulso e avaliar a saturação de oxigênio antes e durante o procedimento. Na ausência do oxímetro de pulso, avaliar os sinais e sintomas do usuário antes e durante o procedimento.
* Aproximar o recipiente para descarte de material sujo.
* Posicionar-se ao lado do leito de forma que a mão não dominante fique mais próxima da fonte de vácuo.
* Abrir o pacote do sistema de aspiração e conectá-lo à fonte de vácuo.
* Abrir o pacote de gazes estéreis.
* Abrir o cateter de aspiração de calibre compatível com a situação, com técnica asséptica

e colocá-la no interior do pacote de gaze.

* Abrir os frascos de solução fisiológica 0,9%, realizando assepsia dos mesmos no local de abertura com algodão embebido em álcool 70%.

* Abrir o vácuo canalizado ou ligar o aspirador portátil.

* Calçar as luvas estéreis conforme procedimento operacional padrão (se aspiração nasotraqueal ou por tubo).

* Com a mão não dominante, conectar a ponta da extensão do sistema de aspiração e abrir a fonte de vácuo.

* Com a mão dominante, segurar o cateter de aspiração e conectá-la à ponta do sistema de aspiração.

* Fechar o cateter de aspiração com o polegar da mão dominante.

Aspiração oral

Agravos clínicos

* Introduzir o cateter de aspiração na cavidade oral do cliente, com a extensão de PVC pinçada.

* Soltar o polegar para aspirar, retirando o cateter enquanto aspira, em movimentos circulares, realizando a sucção por 10 a 15 segundos.

* Repetir o processo até a limpeza total da cavidade oral, dando um intervalo entre uma aspiração e outra, avaliando a condição respiratória do cliente e o padrão de saturação de oxigênio.

* Com a mão não dominante, instilar Solução Fisiológica 0,9% nos orifícios do cateter de aspiração para proceder a limpeza de seu lúmen.

Aspiração nasotraqueal

* Introduzir o cateter por cerca de 20 cm no adulto, 16 a 20 cm em crianças e 8 a 14 cm em bebês.

* Soltar o polegar para aspirar, retirando o cateter enquanto aspira, em suaves movimentos circulares, realizando a sucção por 10 a 15 segundos.

* Repetir o processo até a limpeza total, dando um intervalo entre uma aspiração e outra,

avaliando a condição respiratória do usuário e o padrão de saturação de oxigênio.

* Com a mão não dominante, instilar Solução Fisiológica 0,9% nos orifícios do cateter de aspiração para proceder a limpeza de seu lúmen.

Aspiração por traqueostomia

* Introduzir o cateter de aspiração na cânula até encontrar resistência ou até o usuário tossir. em seguida recue 1 cm.
* Soltar o polegar para abrir o cateter.
* Realizar movimentos circulares para frente e para trás, com o cateter entre o polegar e o indicador, à medida que vai retirando lentamente o cateter de aspiração.
* Aspirar por, no máximo, 10 segundos.
* Com a mão não dominante, instilar Solução Fisiológica 0,9% nos furos do cateter de aspiração para lavar o interior do cateter e do sistema de aspiração.
* Esperar alguns segundos até que o usuário recupere a respiração.
* Repetir o procedimento. Não faça mais do que duas passagens com o cateter, intervalo mínimo de 1 minuto entre uma aspiração e outra.
* Realize a aspiração nasofaringe e orofaríngea, se necessário.
* Após realizar a aspiração nasofaringe e orofaríngea o cateter está contaminado, não insira novamente na traqueostomia.
* Remover as gazes ao redor do estoma.
* Proceder à limpeza externa do estoma com gaze embebida em Solução Fisiológica 0,9%.
* Dobrar duas gazes ao meio e colocá-las ao redor do estoma, protegendo o pescoço do contato com a cânula.
* Se necessário, trocar o cadarço de fixação da cânula.
* Comparar a saturação de oxigênio antes e após a aspiração.
* Reposicionar o usuário confortavelmente.
* Recompor a unidade e higienizar as mãos de acordo com procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

OBSERVAÇÃO

* Não aplicar sucção enquanto o cateter estiver sendo introduzido.

* Os membros da equipe de Enfermagem deverão realizar o procedimento Aspiração de Vias Aéreas de acordo com a normativa descrita na RESOLUÇÃO COFEN Nº 0557/2017 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017)

"Art. 2º Os usuários graves, submetidos à intubação orotraqueal ou traqueostomia, em unidades de emergência, de internação intensiva, semi intensivas ou intermediárias, ou demais unidades da assistência, deverão ter suas vias aéreas privativamente aspiradas por profissional Enfermeiro, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.

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

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

Art. 5º Os usuários crônicos, em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva em ambiente hospitalar, de forma ambulatorial ou atendimento domiciliar, poderão ter suas vias aéreas aspirada pelo Técnico de Enfermagem, desde que devidamente avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

Art. 6º Nas hipóteses dos artigos 4º e 5º desta Resolução, deverá ser instituído protocolo institucional prevendo a observação de sinais e sintomas do padrão respiratório durante o procedimento, para comunicação imediata ao Enfermeiro.

* Registrar devidamente a assistência prestada na ficha de atendimento de enfermagem com assinatura e carimbo constando o número do COREN de quem realizou a técnica.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
SONDAGEM NASOENTERAL			
1. Aplicação	**Enfermeiro**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Procedimento que consiste na passagem de uma sonda através das fossas nasais, geralmente até o jejuno com a finalidade de alimentar e hidratar. Sua permanecia pode ser prolongada reduzindo assim, o risco de regurgitação e aspiração traqueal.

4. Materiais Necessários

* EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos)
* Bandeja
* Sonda nasoenteral
* Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante)
* Gaze não estéril
* Seringa de 20ml
* Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico
* Estetoscópio
* Soro fisiológico 0,9%

* Toalha ou papel toalha

5. Descrição do procedimento

* Checar nome do cliente, sanando todas suas dúvidas do cliente e do cuidador antes de iniciar a execução.
* Reunir o material.
* Higienizar as mãos.
* Paramentar-se com os EPIs
* Promover a privacidade do cliente, utilizar o biombo se necessário.
* Posicionar o cliente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contraindicação.
* Caso o cliente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente.
* Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo.
* Inspecionar a condição da cavidade oral do cliente e o uso de prótese dentária.
* Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do cliente.
* Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário.
* Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifoide adicionando 15 a 20 cm, marcando com fita adesiva.
* Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel.
* Introduzir a sonda na narina do cliente até sentir uma pequena resistência, que indica que a sonda atingiu a nasofaringe e nesse ponto, peça ao cliente para fletir ligeiramente a cabeça, ocorrendo o fechamento da traquéia e abertura do esôfago.
* Quando possível, solicitar a colaboração do cliente, pedindo para que faça movimentos de deglutição.
* Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do cliente até o ponto pré marcado.
* Suspender a progressão da sonda caso o cliente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia e/ou cianose.
* Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa.

* Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico.
* A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina.
* Solicitar que o cliente permaneça em decúbito lateral direito, facilitando o posicionamento da sonda para o duodeno através dos movimentos peristálticos.
* Deixar o cliente confortável.
* Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.
* Higienizar as mãos.
* Encaminhar o cliente para controle radiológico.
* Após confirmar a localização da sonda pela radiografia, retirar o fio guia e iniciar a nutrição/medicação.
* Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado e identificado, para repassar a sonda se necessário.
* Retirar os EPIs e higienizar as mãos.
* Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção.
* Manter ambiente de trabalho limpo e organizado
* Lubrificar a sonda internamente com 10 ml de água ou SF antes da passagem da sonda, para facilitar a saída do fio guia.
* No sistema de sondagem nasoenteral, o RX é considerado padrão ouro para verificar localização da sonda e segurança no procedimento, pelas Sociedades Americana, Européia e Brasileira de Terapia Nutricional (ASPEN, ESPEN, SBNPE).
* Aguardar no mínimo 4 horas para realizar a radiografia, devido ao tempo de migração da sonda para duodeno/jejuno.
* Checar a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos.
* Orientar ao cuidador a realizar higiene oral a cada 6h.

* Orientar ao cuidador para que mantenha o cliente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação.
* Orientar ao cuidador a lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitar obstrução da mesma.
* Orientar o cuidador a trocar fixação da sonda a cada 12 horas, após o banho, ou quando necessário, paraevitar saída acidental.
* Orientar ao cuidador higienizar as narinas do cliente pelo menos uma vez ao dia.
* Ter atenção com clientes com desvio de septo, sempre será um pouco mais difícil de passar a sonda.
* Atentar para aqueles clientes com histórico de TCE, fraturas faciais.
* Lubrificar bem e introduzir a sonda com extremo cuidado, naqueles clientes com relato e/ou que possuem documentação indicando varizes, lesões e/ou estenose/obstrução esofagiana e com neoplasia de esôfago ou estômago
* Atenção redobrada para cliente com relato ou que possuem documentação indicando coagulopatia grave.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

SONDAGEM NASOGÁSTRICA

1. Aplicação	**Enfermeiro**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Procedimento que consiste na passagem de uma sonda através das fossas nasais ou pela cavidade oral, finalidade de descompressão gástrica. Utilizada também para diagnosticar a motilidade intestinal, pode ser administrada medicamentos e alimentos. Usada para ajudar no esvaziamento do estomago quando houver um sangramento e retirada de conteúdo gástrico para análise

4. Materiais Necessários

* EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos)
* Bandeja
* Sonda nasogástrica com numeração de acordo com o cliente e seu objetivo
* Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante)
* Gaze não estéril
* Seringa de 20ml

* Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico
* Estetoscópio
* Soro fisiológico 0,9%
* Toalha ou papel toalha
* Biombo (se necessário)

5. Descrição do procedimento

* Checar nome do cliente, sanando todas suas dúvidas do cliente e do cuidador antes de iniciar a execução.
* Reunir o material.
* Higienizar as mãos.
* Paramentar-se com os EPIs
* Promover a privacidade do cliente, utilizar o biombo se necessário.
* Posicionar o cliente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contraindicação.
* Caso o cliente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente.
* Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo.
* Inspecionar a condição da cavidade oral do cliente e o uso de prótese dentária.
* Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do cliente.
* Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário.
* Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifoide, marcando com fita adesiva.
* Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel.
* Introduzir a sonda na narina do cliente até sentir uma pequena resistência, que indica que a sonda atingiu a nasofaringe e nesse ponto, peça ao cliente para fletir ligeiramente a cabeça, ocorrendo o fechamento da traquéia e abertura do esôfago.
* Quando possível, solicitar a colaboração do cliente, pedindo para que faça movimentos de deglutição.

* Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do cliente até o ponto pré marcado.
* Suspender a progressão da sonda caso o cliente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia e/ou cianose.
* Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa.
* Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico.
* A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina.
* Acoplar a sonda ao coletor caso sonda tenha como objetivo a drenagem de conteúdo gástrico.
* Manter coletor abaixo do nível da cintura do cliente, a fim de possibilitar a drenagem
* Deixar o cliente confortável.
* Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.
* Higienizar as mãos.
* Retirar os EPIs e higienizar as mãos.
* Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção.
* Manter ambiente de trabalho limpo e organizado
* Ter atenção com clientes com desvio de septo, sempre será um pouco mais difícil de passar a sonda.
* Atentar para aqueles clientes com histórico de TCE, fraturas faciais.
* Lubrificar bem e introduzir a sonda com extremo cuidado, naqueles clientes com relato e/ou que possuem documentação indicando varizes, lesões e/ou estenose/obstrução esofagiana e com neoplasia de esôfago ou estômago
* Atenção redobrada para cliente com relato ou que possuem documentação indicando coagulopatia grave.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA

1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem**

DATA DA EMISSÃO	DATA DA VIGÊNCIA	PRÓXIMA REVISÃO	VERSÃO
Janeiro / 2024	2024 / 2025	2026	2
Elaborado por: Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores	**REVISADO POR:** Enf. Andriely C. Pinheiro	**APROVADO POR:** Enf. Suellen C. Comunello	**DATA** Fevereiro/ 2024

3. Conceito

A colostomia é um procedimento realizado em clientes que apresentam qualquer empecilho de evacuar pela via retal. O papel da bolsa é coletar o conteúdo fecal, facilitando o processo de evacuação do paciente e permitindo que as fezes sejam descartadas de maneira prática e higiênica.

4. Materiais Necessários

* EPIs (luvas de procedimento, máscara cirúrgica)
* Comadre
* Tesoura curva
* Soro fisiológico 0,9%
* Gaze ou papel higiênico
* Sabão de uso habitual
* Bolsa de estomia indicada ao cliente
* Escala de medida do estoma

* Placa da bolsa se houver (dispositivo de duas peças)
* Protetor de pele (se necessário)
* Pasta de resina sintética (se necessário)
* Higienizar as mãos

5. Descrição do procedimento

* Confirmar o nome do cliente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução.
* Promover a privacidade do cliente expondo apenas a área do estoma, colocando- o em decúbito dorsal.
* Paramentar-se com os EPIs.
* Esvaziar a bolsa coletora, observando o aspecto do material coletado (cor, consistência, quantidade, odor) e desprezar na comadre ou no vaso sanitário.
* Umedecer a região do adesivo da bolsa ou da placa com gaze embebida em SF 0,9% aquecido e remover cuidadosamente da pele, evitando lesões na pele periestoma e facilitar a remoção da bolsa ou da placa.
* Limpar o estoma e região periestomal com gaze, água e sabão ou SF 0,9%, observando as condições da pele e mantendo-a seca para aplicação do dispositivo.
* Utilizar gaze sobre o mesmo para evitar drenagem de urina ou fezes enquanto prepara a nova bolsa coletora.
* Medir o estoma com escala de medidas, traçar molde no verso da bolsa, deixando área de segurança de 1mm e recortar.
* Estoma irregular, preparar molde sob medida.
* Colocar a pasta de resina sintética (se necessário), preenchendo os espaços vazios na região periestoma.
* Aplicar pó protetor na pele periestoma em caso de sinais de irritação local.
* Retirar o papel protetor da base adesiva da bolsa ou da placa.
* Adaptar a nova bolsa coletora, ajustando sua abertura ao estoma, pressionando suavemente contra a parede abdominal.

* Colocar o clamp/presilha no dispositivo e fechar.
* A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes.
* Em caso de dispositivo com duas peças (placa mais bolsa coletora), traçar o molde no verso da placa e recortar conforme medida.
* Após, adaptar a placa a abertura do estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periostomal.
* Fixar a bolsa sobre as bordas da placa.
* Deixar o cliente confortável.
* Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados.
* Retirar os EPIs e higienizar as mãos.
* Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção.
* Manter ambiente de trabalho limpo e organizado
* Existem estomias intestinais e urológicas, deve ser utilizada bolsa coletora específica para cada caso.
* As bolsas coletoras podem ser de peça única (na mesma peça está a bolsa coletorae a barreira protetora de pele) ou de duas peças (bolsa coletora e barreira protetora de pele/placa separadas).
* As bolsas coletoras podem ser abertas (reutilizáveis) ou fechadas (uso único).
* A bolsa aberta é drenável e deve ser lavada com água e sabão e mantida enquanto houver boa aderência à pele.
* Remover o sistema de bolsas se o cliente reclamar de queimação ou coceira sob ele ou se houver drenagem purulenta ao redor do estoma.
* Se o dispositivo for de duas peças, conectar a bolsa à base de modo que facilite o esvaziamento, levando-se em conta a preferência do cliente.
* Usar apenas soro fisiológico ou água e sabão na pele ao redor do estoma para realizar limpeza.
* Reservar o clamp/ presilha para ser reutilizado após limpeza.

* A bolsa coletora deve ser esvaziada sempre que o efluente atingir um terço ou, no máximo, metade da sua capacidade, a fim de evitar vazamento ou desprendimento da bolsa.
* Esvaziamento e a higienização regular da bolsa coletora aumenta sua durabilidade, o conforto e evita constrangimento ao cliente.
* Orientar o cliente para eliminar o gás através da abertura do clamp.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

TROCA DE GASTROSTOMIA

1. Aplicação	**Enfermeiro**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

A substituição da gastrostomia se dá em casos de rompimento do balonete, quando ocorrem processos infecciosos do estoma, nos casos de obstrução, perda da sonda, por tempo prolongado que pode ocasionar desgaste natural.

4. Materiais Necessários

* EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção).

Sonda Foley com numeração conforme a idade do cliente ou sonda para gastrostomia que seja compatível para procedimento realizado por enfermeiro no domicilio ou na UBS.

* Gel de lidocaína 2%.
* Seringa de 20 ml.
* Água destilada – ampola.

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos.

* Identificar-se para o cliente e sanar todas suas dúvidas do cuidado antes de iniciar a execução.
* Posicionar o cliente adequadamente em decúbito dorsal.
* Paramentar-se com os EPIs.
* Retirar o Cateter antigo e rapidamente.
* Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína 2%.
* Introduzir a sonda delicadamente na abertura do estoma cerca de 12cm.
* Insuflar o balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml), ou de acordo com recomendação do fabricante e fixar o cateter.
* Aplique curativo no local da inserção, fixando-os com micropore, a fim de evitar que ele se movimente para dentro e para fora.
* Retirar os EPIs e higienizar as mãos.
* Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção.
* Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
AUTOCATETERISMO VESICAL INTERMITENTE			
1. Aplicação	**Enfermeiro / familiar, cuidador e cliente**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização em procedimentos de Enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

A realização do autocateterismo vesical intermitente no domicílio deve ser realizada pelo cliente. Quando existirem limitações, o familiar e o cuidador poderá ser capacitado pelo Enfermeiro para realizar tal procedimento.

4. Materiais Necessários

* Cateter uretral (sonda vesical) para cada procedimento.
* Tubo de gel hidrossolúvel lubrificante estéril.
* Compressas hidrófilas de algodão.
* Sabonete neutro líquido.
* Luvas de procedimentos.
* Local para desprezar a urina (comadre, vaso sanitário e outros).

5. Descrição do procedimento

* Lavar bem as mãos com água corrente e sabão.

* Colocar todo material que vai utilizar ao alcance das mãos.
* Colocar luvas de procedimento (esse material só é usado quando é cateterismo por terceiros - se cuidador/profissional).
* Realizar limpeza local com sabonete e água (pode usar a gaze para ajudar na retirada do sabão se houver).
* Lavar novamente as mãos com água corrente e sabão.
* Conferir número do cateter e abrir a embalagem.
* Colocar luva de procedimento (esse material só é usado quando é cateterismo por terceiros - se cuidador/profissional).
* Introduzir na uretra de 5 a 10 ml de gel lubrificante para introdução do cateter.
* Passar o cateter como orientado pelo enfermeiro:
- Massagear a região da bexiga para favorecer a saída da urina
- Aguardar o esvaziamento completo da bexiga (de 5 a10 minutos).
* Retirar o cateter após.
* Lavar novamente as mãos com água corrente e sabão.
* Descartar o material utilizado em lixo adequado.

Orientar usuário, cuidadores e familiares quanto aos cuidados com o autocateterismo

* Orientar sobre a técnica limpa e como realizar, informando a necessidade periódica de realização.
* Ressaltar a importância das lavagens das mãos e do meato uretral antes da realização do procedimento, para evitar infecções.
* Orientar para mulheres o uso do espelho acomodado entre as pernas para melhor visualização do meato uretral.
* Informar que aos sinais de sangramento, urina turva ou com odor fétido e sintomas febris o médico deverá ser consultado.
* Orientar que nos casos de resistência na passagem da sonda deve-se retirar a sonda e iniciar novamente a introdução com movimento giratório em torno de si mesmo.

OBSERVAÇÕES

* Para realizar o procedimento é necessária prescrição médica, a equipe de saúde precisa conhecer para orientar, prever e prover os materiais necessários para o usuário. Anotar no prontuário domiciliar data e horário do procedimento, orientações e a capacitação realizada do usuário e do usuário, se for usuário acompanhado no domicílio.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA POR CISTOSTOMIA			
1. Aplicação	**Enfermeiro**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização em procedimentos de Enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

É o procedimento que estabelece a drenagem (saída) da urina por meio da introdução de um cateter tipo Foley de forma percutânea ou pela incisão da parede abdominal anterior até a bexiga.

4. Materiais Necessários

* Bandeja
* Sonda foley ou de silicone de duas vias com calibre adequado, conforme prescrição
* Bolsa coletora sistema fechado
* Kit de cateterismo estéril contendo 01 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça (se for coletar urina para exames)
* Pacotes de gaze estéril
* Sabonete neutro líquido/ álcool gel
* Solução fisiológica a 0,9%

* PVPI tópico ou solução aquosa clorexidina 0,2%
* 2 seringas de 20 ml
* Agulha 25x0,8 mm
* Água destilada estéril – 2 frasco de 10 ml
* Fita hipoalergênica (micropore)
* Luvas de procedimentos (1 par)
* Luvas estéreis (1 par)
* Equipamento proteção individual (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção)

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Explicar o procedimento para o usuário e cuidador.
* Paramentar-se com os EPIs.
* Preparar o material necessário.
* Promover a privacidade do usuário.
* Calçar as luvas de procedimento.
* Posicionar o usuário.
* Iniciar o procedimento em duas pessoas, sendo que uma fica paramentada e realiza o procedimento e a outra auxilia.
* Higienizar a região do estoma, utilizando as gazes, sabonete neutro líquido, enxaguar com gaze e Solução Fisiológica 0,9% e secar
* Retirar as luvas.
* Higienizar as mãos conforme o procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos, após procedimento.
* Abrir o pacote estéril para cateterismo.
* Abrir o pacote de gaze estéril dentro da cuba redonda.
* Umedecer as gazes com PVPI tópico ou solução aquosa de clorexidina 0,2%.

* Abrir a sonda e a bolsa coletora em cima do campo.
* Abrir a seringa de 20 ml e a agulha de 25x0,8 mm em cima do campo.
* Calçar a luva estéril conforme o procedimento operacional padrão.
* Conectar a agulha na seringa.
* Abrir a água destilada e oferecê-la para aspirar (auxiliar).
* Aspirar água destilada, conforme fabricante da sonda.
* Desconectar a agulha da seringa.
* Testar o balonete da sonda insuflando-o com água destilada.
* Desinsuflar o balonete da sonda.
* Conectar a sonda à bolsa coletora.
* Verificar o clampe da extensão que deve permanecer aberto e o clampe da bolsa coletora que deve permanecer fechado.
* Realizar a antissepsia do estoma com PVPI tópico ou solução aquosa clorexidina 0,2%.
* Conectar a seringa, desinsuflar o balonete e retirar a sonda, desprezando-a (auxiliar).
* Introduzir cerca de 10 a 20 cm da sonda na cistostomia.
* Insuflar o balonete com água destilada, 10-20 ml, conforme fabricante.
* Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência.
* Verificar a drenagem espontânea e as características da urina.
* Fixar a sonda, proteger o estoma e a base da sonda com gaze estéril e ocluir com fita hipoalergênica.
* Prender a bolsa coletora na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do executante
* Deixar o usuário confortável.
* Retirar os EPIs.
* Desprezar o material no lixo adequado e recompor a unidade.
* Higienizar as mãos conforme o procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Orientar o usuário e o cuidador sobre os cuidados com a cistostomia.

* Agendar retorno.
* Registrar o procedimento no prontuário do usuário e no prontuário domiciliar.

Observação

* Cateterismo vesical por cistostomia: drenar urina da bexiga urinária em indivíduos com obstrução do fluxo urinário normal.
* Cistostomia suprapúbica ou vesicostomia é uma abertura cirúrgica feita acima do osso púbico até a bexiga urinária.
* Um cateter urinário é introduzido na bexiga e mantido no lugar com um balão e/ou suturas.
* Técnica estéril.
* Respeitar a privacidade do usuário, mesmo que este esteja inconsciente.
* Trocar a sonda a cada 30 dias, ou de acordo com orientação médica ou característica da sonda ou do sistema fechado.
* Existem sondas de calibre (6 a 12FR) para crianças e (14 a 24FR) para adultos.
* Realizar o curativo do estoma a cada 24 horas.
* Atentar aos cuidados preventivos de complicações, hidratação, estoma, dermatites.
* Solicitar ao usuário ou responsável que assine o Termo de Consentimento para realização do procedimento no domicílio que complementa as orientações da equipe e os riscos do procedimento.
* Cuidados com o resíduo de saúde
* Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, número da sonda, volume insuflado no balonete, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO FEMININO			
1. Aplicação	**Enfermeiro**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização em procedimentos de Enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

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

4. Materiais Necessários

* Bandeja
* Cateter uretral de calibre compatível
* Gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%
* Kit de cateterismo vesical estéril contendo 1 cuba rim, 1 pinça, 1 campo fenestrado
* Pacote de gaze estéril.
* Solução antisséptica aquosa de PVPI tópico ou solução de clorexidina a 0,2%
* Luvas de procedimento
* Luvas estéreis
* Biombo
* Equipamentos de Proteção Individual.

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Preparar o material.
* Reunir todo o material necessário.
* Separar o material necessário para higienização do períneo.
* Avaliar as condições da usuária, mobilidade, limitações físicas, nível de consciência, capacidade de compreensão e cooperação, padrão e última eliminação urinária, alterações geniturinárias, intercorrências ou alergias.
* Conferir o nome completo da usuária, data de nascimento, número do prontuário.
* Orientar a usuária quanto ao procedimento a ser realizado.
* Fechar a porta do local e/ou colocar biombo para manter a privacidade da usuária.
* Calçar as luvas de procedimento.
* Higienizar a região perineal e genital da usuária.
* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos, após higiene perineal.
* Separar o material necessário para o cateterismo vesical.
* Posicionar a usuária em decúbito dorsal supina com joelhos flexionados e afastados.
* Posição feminina alternativa: decúbito lateral (de Sims), com a parte superior da perna flexionada no joelho e no quadril.
* Abrir o pacote estéril de cateterismo, com cuidado para não contaminar.
* Abrir o pacote de gaze estéril dentro da cuba redonda.
* Umedecer as gazes com o PVPI tópico.
* Posicionar a cuba rim próxima à região perineal da usuária, em cima do campo estéril.
* Abrir o cateter uretral em cima do campo/embalagem estéril.
* Despejar o gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2% na cuba rim.
* Calçar a luva estéril em cima de uma superfície plana próxima ao campo conforme procedimento operacional.
* Dobrar as gazes embebidas em PVPI tópico, uma a uma, mantê-las dentro da cuba rim

* Separar cuidadosamente os lábios vaginais com a mão não dominante (agora contaminada) para expor totalmente o meato urinário, manter a posição da mão não dominante durante todo o restante do procedimento.
* Com auxílio da pinça limpar os lábios e o meato urinário do clitóris para o ânus. Usar uma gaze para cada área que limpar
* Limpar a prega labial mais distante, a prega labial mais próxima e diretamente sobre o centro do meato uretral.
* Lubrificar o cateter uretral cerca de 2 a 5cm no gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%.
* Pedir à usuária para fazer força para baixo de leve e introduzir lentamente o cateter lubrificado no meato uretral da usuária até a saída da urina.
* Liberar os lábios vaginais, mas manter o cateter seguro.
* Verificar a saída de urina pelo cateter, deixando-a cair na cuba rim.
* Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da urina.
* Após a saída completa da urina, clampar o cateter com a pinça e removê-lo da uretra.
* Recolher todo o material.
* Recompor a unidade.
* Colocar a usuária em posição confortável.
* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

Observação

* Se disponível, pode ser colocado o campo fenestrado estéril ao redor da região genital da usuária para manter a área mais protegida. O campo fenestrado será removido após a finalização do procedimento.
* Registrar o procedimento realizado, número do cateter, características da diurese e quantidade, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário e lançar procedimento no Sistema.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO MASCULINO			
1. Aplicação	**Enfermeiro**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização em procedimentos de Enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

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

4. Materiais Necessários

* Bandeja
* Cateter uretral de calibre compatível.
* Gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%.
* Kit de cateterismo vesical estéril contendo 1 cuba rim, 1 pinça, Campo fenestrado
* Pacote de gaze estéril.
* Solução antisséptica aquosa de PVPI tópico ou solução de clorexidina a 0,2%.
* Luvas de procedimento.
* Luvas estéreis.
* Biombo.
* Equipamentos de Proteção Individual.

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Preparar o material.
* Reunir todo o material necessário.
* Separar o material necessário para higienização do períneo.
* Avaliar as condições da usuária, mobilidade, limitações físicas, nível de consciência, capacidade de compreensão e cooperação, padrão e última eliminação urinária, alterações geniturinárias, intercorrências ou alergias.
* Conferir o nome completo do usuário, data de nascimento, número do prontuário.
* Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado.
* Fechar a porta do local e/ou colocar biombo para manter a privacidade da usuária.
* Calçar as luvas de procedimento.
* Higienizar a região perineal e genital do usuário.
* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos, após higiene perineal.
* Separar o material necessário para o cateterismo vesical.
* Posicionar o usuário em decúbito dorsal com as pernas estendidas e afastadas.
* Abrir o pacote estéril de cateterismo, com cuidado para não contaminar.
* Abrir o pacote de gaze estéril dentro da cuba redonda.
* Umedecer as gazes com o PVPI tópico ou solução de clorexidina a 2%.
* Posicionar a cuba rim próxima à região perineal do usuário, em cima do campo estéril.
* Abrir o cateter uretral, a seringa de 20 ml e colocar no pacote estéril de cateterismo.
* Calçar a luva estéril em cima de uma superfície plana próxima ao campo. conforme procedimento operacional.
* Desconectar o êmbolo da seringa.
* Preencher o interior do corpo da seringa com 20 ml de gel lubrificante com auxílio de gazes estéreis.

* Conectar novamente o êmbolo da seringa com cuidado para que o gel lubrificante não extravase.
* Dobrar as gazes embebidas em PVPI tópico ou solução de clorexidina a 2%, uma a uma e mantê-las dentro da cuba redonda.
* Segurar o pênis do usuário com a mão não dominante (essa mão não deverá ser removida dessa posição até o final da introdução da sonda).
* Com a outra mão pegar a pinça e iniciar a antissepsia da região genital.
* Realizar a antissepsia do meato uretral com uma gaze em movimento circular único.
* Realizar a antissepsia da glande com outra gaze em movimento circular único.
* Pegar a seringa com gel lubrificante.
* Introduzir a seringa com gel lubrificante na uretra do usuário.
* Introduzir o cateter na uretra do usuário até a saída de urina.
* Verificar a saída de diurese pelo cateter, deixando-a cair na cuba rim.
* Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da diurese.
* Após a saída completa da diurese, clampar o cateter com a pinça e removê-lo da uretra.
* Recolher todo o material.
* Recompor a unidade.
* Colocar o usuário em posição confortável.
* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Registrar o procedimento realizado, número do cateter, características e quantidade da diurese, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica no sistema.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO

1. Aplicação	**Enfermeiro**
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização em procedimentos de Enfermagem**

DATA DA EMISSÃO	DATA DA VIGÊNCIA	PRÓXIMA REVISÃO	VERSÃO
Janeiro / 2024	2024 / 2025	2026	2
Elaborado por: Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores	**REVISADO POR:** Enf. Andriely C. Pinheiro	**APROVADO POR** Enf. Suellen C. Comunello	**DATA** Fevereiro/ 2024

3. Conceito

Procedimento que visa promover o esvaziamento da bexiga, monitorar o débito urinário, preparar para cirurgias, realizar irrigação vesical, tratar incontinências urinárias, retenções urinárias, distúrbios obstrutivos, entre outras causas.

4. Materiais Necessários

* Bandeja
* Cateter uretral tipo Foley de 2 ou 3 vias, conforme prescrição médica
* Bolsa coletora
* Kit de cateterismo vesical estéril contendo: 1 cuba rim, 1 pinça pean, 1 campo fenestrado
* Pacote de gaze estéril
* Solução antisséptica aquosa de PVPI tópico 10% ou solução de clorexidina a 0,2%.
* Gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%.
* 01 seringas de 20 ml com bico Luer Slip
* 01 Agulha 40x 12 mm
* 20ml de água destilada frasco de 10 ml, usar a quantidade indicada no catete

* Fita adesiva hipoalérgica
* Luvas de procedimento
* Luvas estéreis
* Biombo
* Equipamentos de Proteção Individual

5. Descrição do procedimento

* Revisar os registros da usuária, buscando a indicação do procedimento e a prescrição médica.
* Avaliar as condições da usuária, mobilidade, limitações físicas, nível de consciência, capacidade de compreensão e cooperação, padrão e última eliminação urinária, alterações geniturinárias, intercorrências ou alergias.
* Quando possível use um cateter de menor calibre para reduzir ao máximo o trauma e o desconforto (cateter de grosso calibre pode danificar a uretra e o meato uretral, aumentar a irritabilidade da bexiga e fazer a urina vazar em torno do cateter devido a um espasmo).
* Conferir o nome completo da usuária data de nascimento, número do prontuário.
* Checar a prescrição médica, indicação para o cateterismo, calibre do cateter tipo foley.
* Reunir todo o material necessário.
* Explicar o procedimento e a finalidade do mesmo a usuária e ou acompanhante.
* Promover ambiente iluminado e privativo. utilize o biombo ou foco de luz extra, se necessário.
* Obter ajuda para posicionar usuárias frágeis, debilitadas, mentalmente confusas.
* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Posicionar a usuária em decúbito dorsal, joelhos flexionados e afastados, deixando somente a genitália exposta.
* Colocar uma toalha, lençol abaixo das nádegas e coxas da usuária.
* Posição feminina alternativa: decúbito lateral (de Sims), com a parte superior da perna flexionada no joelho e no quadril.

* Assegurar que a área retal seja coberta para reduzir o risco de contaminação.
* Abrir o pacote estéril de cateterismo, utilizando técnica asséptica, entre as pernas da usuária, próximo à genitália, tomando o cuidado para não contaminar o material.
* Abrir o pacote de gazes estéril dentro da cuba redonda.
* Umedecer as gazes com PVPI tópico ou solução de clorexedina a 2%.
* Abrir todo o material estéril colocando em cima do campo do pacote de cateterismo: o cateter (mantê-lo na embalagem plástica), a bolsa coletora, o campo fenestrado (se disponível), as seringas e a agulha.
* Despejar o gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2% na cuba rim.
* Realizar a desinfecção da ampola de água destilada com álcool a 70% e a abri-la posicionando-a próxima para a aspiração da mesma.
* Calçar a luva estéril em cima de uma superfície plana próxima ao campo, conforme procedimento operacional.
* Conectar a agulha na seringa.
* Aspirar o conteúdo da ampola de água destilada em quantidade indicada pelo fabricante do cateter uretral tipo foley (vide observação).
* Retirar o ar da seringa, desconectar a agulha e conectar a seringa à via do balonete do cateter.
* Efetuar o teste do balonete do cateter, injetando o volume de água destilada.
* Desinsuflar o balonete após teste, mantendo a seringa conectada ao cateter.
* Conectar o cateter à bolsa coletora, mantendo o sistema de drenagem fechado.
* Verificar o clamp da extensão que deve permanecer aberto e o clamp da bolsa coletora deve permanecer fechado.
* Posicionar o campo fenestrado com a fenda para baixo sobre o períneo da usuária, expondo a genitália.
* Separar os lábios vaginais com a mão não dominante, expondo o meato urinário.
* Manter a posição da mão não dominante até terminar o procedimento.

* Com auxílio da pinça inicie utilizando as gazes umedecidas no PVPI tópico ou solução de clorexidina a 2% e limpe os lábios e o meato uretral em direção ao ânus.
* Usar uma gaze para cada área que você limpar, começando pelos grandes lábios, pequenos lábios e meato uretral.
* Pegar e segurar o cateter uretral de 7,5 a 10 cm pela extremidade, com o cateter frouxamente enrolado na palma da mão.
* Lubrificar o cateter uretral (cerca de 2,5 a 5cm) no gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%.
* Pedir para a usuária fazer força para baixo (se possível), introduzir o cateter lentamente pelo meato uretral, de 5 a 7,5 cm num adulto ou até a urina fluir, não forçar caso encontre resistência.
* Liberar os lábios vaginais, mas manter o cateter seguro na mão não dominante.
* Injetar a água destilada que está na seringa na via do balonete.
* Tracionar o cateter delicadamente até obter resistência.
* Fixar o cateter com a fita hipoalergênica (de preferência), no nível da bifurcação do mesmo na face interna da coxa, deixando uma folga permitindo livre movimentação da perna e evitar tração do cateter.
* Colocar a bolsa coletora na parte inferior da cama da usuária, do mesmo lado em que foi fixado o cateter, sempre abaixo do nível da bexiga,
* Observar o volume drenado e as características da urina.
* Recolher todo material usado e colocá-lo na bandeja.
* Retirar as luvas.
* Identificar a bolsa coletora com data, número da sonda, volume injetado no balonete, nome do executor da técnica.
* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Registrar a anotação de enfermagem.

* Registrar em prontuário o procedimento realizado anotando as características da diurese, data e horário do procedimento, tamanho do cateter utilizado, volume injetado no balonete, colocando o carimbo e assinatura de quem realizou a técnica. Lançar o procedimento no sistema

Observação

* Não existe recomendação embasada em pesquisa de padronização de tempo para troca rotineira do cateter, a troca deve considerar a avaliação do usuário e o funcionamento do cateter

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO			
1. Aplicação	**Enfermeiro**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização em procedimentos de Enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Procedimento que visa promover o esvaziamento da bexiga, monitorar o débito urinário, preparar para cirurgias, realizar irrigação vesical, tratar incontinências urinárias, retenções urinárias, distúrbios obstrutivos, entre outras causas.

4. Materiais Necessários

* Equipamentos de Proteção Individual
* Bandeja
* Cateter uretral tipo Foley de 2 ou 3 vias, conforme prescrição médica
* Bolsa coletora
* Kit de cateterismo vesical estéril contendo: 1 cuba rim, 1 pinça pean, 1 campo fenestrado
* Pacote de gaze estéril
* Solução antisséptica aquosa de PVPI tópico 10% ou solução de clorexidina a 0,2%.
* Gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%.
* 02 seringas de 20 ml com bico Luer Slip

* 01 Agulha 40x 12 mm
* 20ml de água destilada frasco de 10 ml, usar a quantidade indicada no cateter
* Fita adesiva hipoalérgica
* Luvas de procedimento
* Luvas estéreis
* Biombo

5. Descrição do procedimento

* Revisar os registros do usuário, buscando a indicação do procedimento, a prescrição médica.
* Avaliar as condições do usuário, mobilidade, limitações físicas, nível de consciência, capacidade de compreensão e cooperação, padrão urinário, alterações geniturinárias, intercorrências ou alergias.
* Conferir o nome completo do usuário, data de nascimento, número do prontuário.
* Checar o calibre do cateter.
* Quando possível, usar um cateter de menor calibre para reduzir ao máximo o trauma e o desconforto.
* Cateter de maior calibre pode danificar a uretra e o meato uretral.
* Cuidado para não aumentar a irritabilidade da bexiga e fazer a urina vazar em torno do cateter devido a um espasmo.
* Promover ambiente iluminado e privativo. Utilizar o biombo e foco de luz extra, se necessário.
* Explicar o procedimento e a finalidade do mesmo ao usuário e/ou acompanhante.
* Reunir todo o material necessário.
* Obter ajuda de outro profissional para posicionar usuários frágeis, mentalmente confusos, debilitados.
* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

* Posicionar o usuário em decúbito dorsal, com as pernas estendidas e ligeiramente afastadas.
* Colocar uma toalha ou lençol embaixo das nádegas e coxas do usuário.
* Utilizar técnica asséptica para abrir o pacote estéril de cateterismo, preferencialmente entre as pernas, próximo à genitália do usuário.
* Abrir o pacote de gazes estéril dentro da cuba redonda.
* Umedecer as gazes na cuba redonda com a solução tópica antisséptica.
* Abrir todo o material estéril colocando em cima do campo do pacote de cateterismo: o cateter (mantê-lo na embalagem plástica), a bolsa coletora, as seringas e a agulha.
* Calçar as luvas estéreis conforme procedimento operacional padrão.
* Conectar a agulha à seringa.
* Solicitar que o auxiliar que proceda com a desinfecção da ampola de água destilada com álcool a 70% e a abra posicionando-a para a aspiração da mesma.
* Retirar o ar da seringa, desconectar a agulha e conectar a seringa à via do balonete do cateter.
* Efetuar o teste do balonete do cateter, injetando o volume de água destilada indicada pelo fabricante.
* Desinsuflar o balonete após teste, mantendo a seringa conectada ao cateter.
* Com a outra seringa de 20ml, retirar o êmbolo e solicitar que o auxiliar despeje cerca de 10 a 15ml do gel hidrossolúvel lubrificante ou gel anestésico à 2% dentro da mesma, desprezando a primeira gota, recolocar o êmbolo e retirar o ar da mesma, reservar deixando em cima do campo.
* Conectar o cateter à bolsa coletora, mantendo o sistema de drenagem fechado.
* Verificar o clamp da extensão que deve permanecer aberto e o clamp da bolsa coletora deve permanecer fechado.
* Com a mão não dominante expor o prepúcio (caso não circuncidado) e segurar cuidadosamente o pênis pelo eixo imediatamente abaixo da glande. Manter o eixo do pênis

em ângulo reto com o corpo. Esta mão permanece nesta posição pelo restante do procedimento.

* Usando uma pinça estéril na mão dominante, pegar uma gaze umedecida com solução antisséptica e proceder à antissepsia do meato uretral em movimento circular em direção externa num movimento em espiral. Repetir 3 vezes usando uma gaze de cada vez.
* Após a antissepsia, manter a pinça fora do campo estéril.
* Pegar a seringa com gel hidrossolúvel lubrificante ou gel anestésico a 2%, injetando lentamente 10 a 15 ml pelo meato uretral.
* Manter o pênis posicionado a 90º. pedir para o usuário fazer força para baixo como se fosse para urinar e introduzir o cateter lentamente pelo meato uretral.
* Avançar com o cateter até sua bifurcação ou até que a urina flua pela extremidade do cateter. Se houver resistência, não forçar, pedir para o usuário respirar fundo e lentamente para promover um relaxamento do esfíncter e facilitar a entrada do cateter.
* Abaixar o pênis e segurar firmemente o cateter com a mão não dominante.
* Injetar a água destilada que está na seringa na via do balonete.
* Se o usuário se queixar de dor no momento da insuflação do balonete, desinsuflar o balão, avançar um pouco mais com o cateter e reinflar o balão.
* Tracionar o cateter delicadamente até obter resistência.
* Reposicionar o prepúcio.
* Fixar o cateter com a fita hipoalergênica, ao nível da bifurcação do cateter na região supra púbica, ou na face anterior da coxa, deixando uma folga, permitindo livre movimentação dos membros inferiores.
* Colocar a bolsa coletora na parte inferior da cama do usuário, do mesmo lado em que foi fixado o cateter, sempre abaixo do nível da bexiga.
* Observar o volume drenado e as características da urina.
* Recolher todo o material usado e colocá-lo na bandeja.
* Retirar as luvas.
* Identificar a bolsa coletora com data, hora, volume injetado no balonete, número da sonda,

nome do executor da técnica.

* Encaminhar o material para desprezo adequado.

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.

* Registrar a anotação de enfermagem.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

COLETA DE CITOPATOLÓGICO ONCÓTICA - PAPANICOLAU

1. Aplicação	**Enfermeiro**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Consiste na coleta de células do colo uterino para avaliação ao microscópio. Permite diagnosticar desde inflamações, infecções sexualmente transmissíveis e anomalias celulares possivelmente causadas pelo Papilomavírus humano (HPV) até mesmo casos de câncer de colo de útero.

4. Materiais Necessários

* EPIs: avental e luvas de procedimentos
* Espéculo vaginal inoxidável estéril ou espéculo vaginal descartável estéril
* Lâmina de vidro com uma extremidade fosca para identificação
* Espátula de Ayres
* Escova cervical
* Solução de fixação apropriada
* Recipiente para acondicionamento das lâminas
* Gaze
* Pinça Cheron
* Solução de Lugol

* Camisola/Avental para cliente
* Lençol
* Formulário de Requisição do exame e de remessa de exames
* Livro de registro
* Lápis para identificação da lâmina

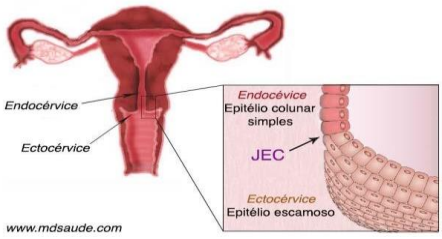
5. Descrição do procedimento

* Chamar a cliente pelo nome completo e pedir para que a mesma se identifique, dizendo o seu próprio nome.
* Apresentar-se a cliente, recepcionando-a no local onde será feita a coleta.
* Realizar anamnese e registrar em prontuário (DUM, data da última coleta, idade,antecedentes pessoais e obstétricos, queixas, dentre outros).
* Orientar a cliente quanto ao procedimento, apresentando os materiais que serão utilizados.
* Preencher formulário de solicitação do exame
* Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite (iniciais do nome, DN e local da coleta-ESF), colocando- a na mesa auxiliar, para receber o material coletado.
* Oferecer camisola/avental à cliente e encaminhá-la ao local reservado para colocar a camisola ou o avental com a abertura para frente e esvazie a bexiga.
* Higienizar as mãos.
* Solicitar à cliente que se deite sobre a mesa ginecológica, cobrindo-a com o lençol.
* Realizar exame clínico das mesmas, sempre explicando o procedimento.
* Auxiliar a cliente se posicionar na mesa ginecológica adequada, para a coleta do exame citopatológico
* Colocar os EPI's.
* Realizar inspeção dos órgãos genitais externos (observar: integridade do clitóris, meato uretral, grandes e pequenos lábios vaginais, presença de lesões anogenitais), anotando qualquer alteração como lesões esbranquiçadas ou hipercrômicas, nódulos, verrugas e/ou feridas, lesões, pólipos, leucorréias.

* Escolher o espéculo adequado.
* Introduzir o espéculo, na posição vertical, ligeiramente inclinado (15º), fazendo umarotação de 90º mantendo-o em posição transversa de modo que a fenda do espéculo fique na posição horizontal.
* Abrir o espéculo lentamente e com delicadeza.
* Se ao visualizar o colo uterino houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça Cheron, sem esfregar, para não perder a qualidade da amostra

Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical:

A junção escamocolunar - JEC, deverá estar representada nos esfregaços cervicovaginais, pois é nesse local que se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero.



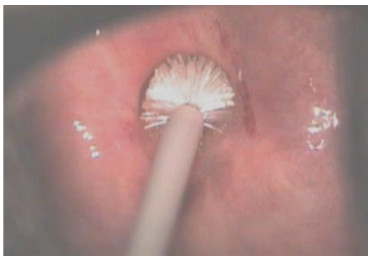
Coleta Ectocervical

* Encaixar a ponta mais longa da espátula de Ayres no orifício do colo, apoiando-a com firmeza, e com movimento rotativo de 360º ao redor de todo o orifício. Caso mostra não tenha sido representativa repetir o movimento.
* Estender na lâmina o material ectocervical coletado, dispondo-o no sentido verticalou horizontal, ocupando 2/3 iniciais da parte transparente da lâmina, com movimento de cima para baixo, utilizando as duas laterais da espátula

Coleta Endocervical

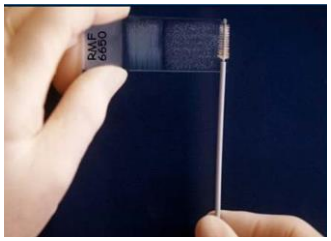
* Utilize a escova de coleta endocervical, introduzindo-a delicadamente no canal cervical realizando movimento circular em 360º.

* Estender o material ocupando o 1/3 restante da lâmina, rolando a escova de cima para baixo, em sentido único



Fixação do Material coletado

* Fixar o esfregaço imediatamente após a coleta, garantindo a manutenção das características originais das células, preservando-as do dessecamento (fixaçãoinadequada) que impossibilita a leitura do exame.



Possíveis formas de fixação da lâmina:

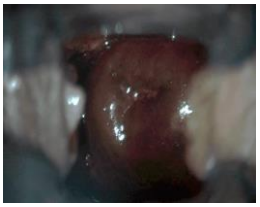
Polietilenoglicol (mais recomendada): Pingar 3 ou 4 gotas da solução fixadora sobre o material, que deverá ser completamente coberto pelo líquido. Deixar secar ao ar livre, em posição horizontal, até a formação de uma película leitosa e opaca na sua superfície.

Álcool 95%: A lâmina com material deve ser submersa no álcool 95%, em vidros de boca larga.

Propinilglicol: Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20 cm

Teste de Schiller:

* Preparar a pinça Cheron com uma gaze na ponta e umedecer em solução iodada (Lugol), pressionar a gaze delicadamente contra o colo uterino e proceder à leitura do exame:



Positivo - quando a reação com o iodo for negativa, ou seja, quando não houver coloração do colo uterino. Resultado Alterado.

Negativo - quando houver fixação do iodo nas células e o colo se apresentar colorido após aplicação do lugol. Resultado Normal.

* Fechar o espéculo, retirando-o delicadamente. Colocar em recipiente próprio.
* Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a corretasegregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.
* Retirar as luvas e auxiliar a cliente a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se.
* Informar sobre a possibilidade de discreto sangramento após a coleta com cessaçãoespontânea.
* Retirar os EPIs e higienizar as mãos.
* Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção.
* Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

Faixa etária prioritária para o rastreamento do Câncer de Colo Uterino:

* Mulheres de25 a 64 anos: A coleta do Exame de Citopatologia para rastreamento do Câncer Uterino deve ser feita com a seguinte periodicidade: os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de um ano e, se os resultados forem normais, o próximo exame deve ser feito a cada três anos (Ministério da Saúde, 2016).
* Mulheres em outra faixa etária a coleta do Exame de Citopatologiafica a critério clínico.

* Os serviços de saúde que realizam a coleta de citologia oncótica com acesso à colposcopia e biópsia o teste de Schiller perde sua importância.
* Caso a visualização do colo não seja possível solicitar que a cliente tussa ou faça pequena força com o períneo.
* Não coletar de mulheres menstruadas: aguardar o 5º dia após término da menstruação.
* Não usar creme vaginal, ducha vaginal, ou ter relação sexual ou submeter-se a exames intravaginais (ex. ultrassom) dois dias antes do exame.
* Em mulheres idosas, com vagina ressecada recomenda-se molhar o espéculo com solução salina (SF 0,9%). Não lubrificar o espéculo com solução oleosa.
* Em cliente gestante ou com suspeita de gravidez realizar apenas coleta de material ectocervical.
* Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguirrotina de rastreamento
* Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível.

Exceções:
* Se histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso (lesão precursora — controles cito/ colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais. câncer invasor — controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes). se controle normal, citologia de rastreio anual.
* Na requisição do exame, informar sempre a indicação da histerectomia (lesão tratada).
* Os procedimentos de acondicionamento, conferência, preenchimento de lâminas, preenchimento de guia de remessa e envio ao Laboratório de Citologia podem ser realizados pelos Técnicos/ Auxiliares de Enfermagem, tendo os seguintes cuidados:
* As lâminas devem ser acondicionadas em local próprio e adequado para o transporte (caixa plástica).
* Conferir cada lâmina com o formulário de solicitação do exame.

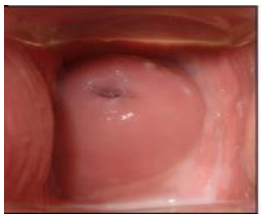
* Preencher a relação de remessa na mesma sequência das lâminas e das requisições.
* Enviar as lâminas ao Laboratório de Citologia conforme rotina do serviço

Tamanho do espéculo:

Tamanho	**Indicação**
Pequeno	Mulheres jovens, sem parto vaginal, magras ou menopausadas.
Médio	Mulheres com IMC normal.
Grande	Multíparas, Obesas.

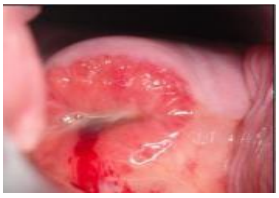
Obs: Presença de sangramento vaginal expressivo e/ou menstruação. Relação sexual nas últimas 48 horas.

EXAME ESPECULAR NORMAL DE NÚLIPARA



Colo róseo, sem ectopia, óstio puntiforme, leucorréia fisiológica.

Colo róseo, ectopia discreta periorificial, ostio puntiforme, presença de fios do DIU no óstio externo



Colo róseo, ectopia extensa, presença de sangramento ativo em óstio externo, óstio em fenda, leucorréia fisiológica

EXAME ESPECULAR NORMAL MULTIPARA

Colo corado, ectopia presente, óstio em fenda sugestivo de laceração cervical prévia, leucorréia fisiológica.

Climatério/menopausa: Colo hipocorado, sem ectopia, óstio puntiforme com atrofia, muitas vezes apresenta petéquias e/ou é friável.

Cistos de Naboth: achados normais no exame especular.

EXAME ESPECULAR ALTERADO

Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com presença de leucorréia em grumos brancos (aspecto de leite qualhado) sugestivo de colpite por *CandidaAlbicans.*

Colo com lesão macroscópica, provável lesão condilomatosa saliente.

Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com aspecto framboesa sugestivo de colpite por *Trichomonasvaginalis. Tratar e coletar CP.*

Colo com presença de pólipo exteriorizado através do óstio externo. Encaminhar para ginecologia, se queixa de sangramento vaginal e/ou dispaurenia.

Colo com presença de muco/pus em óstio externo sugestivo de cervicite por *Neisseriagonorrhae Chlamydiatrachomatis*

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
COLETA DE TESTE DO PEZINHO			
1. Aplicação	**Enfermeiro e Técnico de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Este procedimento é realizado por enfermeiro e Tec. Enfermagem devidamente treinados para pratica-lo, tendo como proposito detectar doenças como: Hipotireoidismo congênito. Fenilcetonúria. Hemoglobinopatias. Fibrose cística. Hiperplasia adrenal congênita. Deficiência de biotinidase.

4. Materiais Necessários

* Luvas de procedimento
* Algodão ou gaze esterilizada
* Álcool 70%
* Lanceta
* Cartão de coleta específico
* Planilha de registro da coleta
* Caixa adequada para descarte de perfuro cortantes

5. Descrição do procedimento

* Acolher e orientar o responsável, esclarecendo sobre o procedimento que irá ser executado, assim como da finalidade do teste e da necessidade da retirada do resultado.
* Sugerir que, se possível, a mãe inicie aleitamento materno ao recém-nascido em torno de cincominutos antes do procedimento ou o responsável realize o contato pele a pele a fim de promover alívio da dor ao bebê.
* Caso não seja possível realizar o aleitamento e o contato pele a pele, o responsável deverá ficarem pé, segurando a criança com a cabeça encostada no seu ombro.
* Preencher corretamente todo cartão de coleta, a planilha de registro e demais formulários.
* Atualizando endereço e telefone, tendo pelo menos 2 contatos.
* Para assegurar uma coleta adequada, o calcanhar da criança deve estar abaixo do nível do coração para que haja sangue suficiente para a coleta.
* O coletor deverá permanecer em posição que possibilite visualização e condições de manusear com segurança o pezinho da criança.
* Realizar a higienização das mãos.
* Verificar as condições de temperatura do pé da criança. Caso haja necessidade aqueça-o com bolsa de água quente ***(máximo 44 ºC, evite o contato direto na pele para não causar possível queimadura),*** por cinco minutos, sobre o pé coberto com meia ou outro tecido fino e limpo.
* Firmar o pé e o tornozelo da criança com o dedo indicador e polegar, facilitando assim a punção, de forma a imobilizar, mas não prender a circulação.
* Massagear bem o local, ativando a circulação e certificar-se de que o calcanhar esteja avermelhado.
* Fazer antissepsia do local com algodão ou gaze estéril levemente umedecida com álcool 70%, a punção só deverá ser realizada com a secagem completa do álcool.
* Realizar a punção com movimento firme e contínuo.
* Atentar ao desprezar a lanceta no lixo para perfurocortantes.
* Desprezar a primeira gota, limpando-a com gaze ou algodão secos.

* Evitar o sangramento abundante, pois este resulta em uma camada excessiva (coleta ineficaz). Neste caso limpe e aguarde o sangramento lento e contínuo.
* Aproximar o papel filtro na direção do calcâneo a partir da segunda gota e fazer movimentos circulares com o cartão, até o preenchimento de todo o círculo.
* Deixe o sangue fluir naturalmente e de maneira homogênea, constituindo uma camada fina e sem excesso (extravasamento ou manchas), não permitindo que ele coagule nem no papel- filtro nem no pé do bebê.
* Só desencoste o papel-filtro do pé quando o círculo estiver todo preenchido.
* Repetir o procedimento preenchendo os cinco círculos.
* Após a coleta, comprimir levemente o local da punção com algodão ou gaze até que o sangramento cesse. Se preferir, utilize curativo.
* Prosseguir a secagem da amostra em temperatura ambiente (15° a 20°C por cerca de 3 horas) até que o sangue escureça, sem exposição ao sol, em dispositivo próprio ou superfície plana, isolada, de maneira que não haja contato entre as áreas coletadas.
* Acondicionar as amostras em envelopes posicionando os papéis filtro de maneira que não haja contato entre as áreas coletadas.
* Os testes serão recolhidos através da rota da pela Vigilância Epidemiológica.
* A coleta deverá ser realizada entre o 3º e o 5º dia de vida da criança.
* Se houver interrupção no sangramento, o momento de troca de círculo deve ser otimizado para massagear novamente a região do calcanhar. Passe um algodão ou gaze com firmeza no mesmo local da punção para retirar o tampão de fibrina e plaquetas que foi formado no processo de coagulação, isso irá ativar novamente a circulação.
* Não retorne um círculo já coletado para completar áreas mal preenchidas.
* Se houver alguma dúvida, repita todo o procedimento em novo papel-filtro.
* Atentar para o uso de corticóide materno durante a gestação, em caso afirmativo, orientar a recoleta entre 15º e o 28º dias de vida do RN.

Identificar se RN recebeu transfusão sanguínea, se recebeu orientar para a recoleta (90 dias após a data da transfusão).

* Quando for recoletar identificar sempre no papel filtro o motivo da recoleta e se possível colocar
o número da etiqueta.
* Observar a data de validade do cartão filtro.
* Os profissionais devem assinar e carimbar o cartão filtro em local visível e os responsáveis devemassinar no verso.
Profissional responsável pelo procedimento, registrando data e hora, orientações, registro do profissional e informar as intercorrências e as condutas efetivadas.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
COLETA DE ESCARRO PARA BACILOSCOPIA DE TUBERCULOSE			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

A baciloscopia direta quando executado corretamente, permite detectar de 70 a 80% dos casos de tuberculose pulmonar em uma comunidade.

4. Materiais Necessários

* Luva de procedimento
* Luva estéril
* Frasco estéril com tampa
* Etiqueta de identificação
* Máscara N95
* Kit de micronebulização
* Fluxômetro de oxigênio
* Soro Fisiológico 0,9% - 5ml + 0,5 ml de NaCl 20%
* Óculos de proteção
* Frasco de aspiração estéril

* Cateter para aspiração estéril de calibre 12Fr a 14Fr para adultos
* Extensão de látex para aspiração

5. Descrição do procedimento

Para expectoração espontânea:

* Realizar a higienização das mãos.
* Orientar o cliente quanto a necessidade do procedimento.
* Identificar o frasco com etiqueta contendo: nome, registro, leito e enfermaria do cliente.
* Solicitar ao cliente que fique na posição sentada, ou se não puder, posicionar a cama emFowler.
* A amostra de preferência é a 1ª da manhã, com o cliente em jejum.
* Calce as luvas de procedimento.
* Orientar e, se necessário, auxiliar o cliente a realizar a higiene oral, enxaguando várias vezes a boca com água abundante para minimizar a contaminação com a flora bucal. Não utilizar pastas de dentes ou qualquer antisséptico bucal.
* Abrir o frasco, tirando a tampa e colocando-a virada para cima.
* Em seguida, peça ao cliente para que tussa profundamente e expectore diretamente no recipiente da amostra.
* Fechar bem o frasco, imediatamente após a coleta.
* Retirar as luvas e realizar a higienização das mãos.
* Protocolar e enviar o frasco, juntamente com a solicitação do exame, ao laboratório o quanto antes.

Para expectoração induzida:

* Realizar a higienização das mãos.
* Orientar o cliente quanto a necessidade do procedimento.
* Identificar o frasco com etiqueta contendo: nome, registro, leito e enfermaria do cliente.
* Solicitar ao cliente que fique na posição sentada, ou se não puder, posicionar a cama em Fowler.

* A amostra de preferência é a 1ª da manhã, com o cliente em jejum.
* Calce as luvas de procedimento.
* Orientar e, se necessário, auxiliar o cliente a realizar a higiene oral, enxaguando várias vezes a boca com água abundante para minimizar a contaminação com a flora bucal. Não utilizar pastas de dentes ou qualquer antisséptico bucal.
* Abrir o frasco, tirando a tampa e colocando-a virada para cima.
* Preparar a solução salina 3% com 5 ml de Soro Fisiológico 0,9% + 0,5 ml de NaCl 20%.
* Abrir a embalagem do kit de micronebulização.
* Colocar a solução salina 3% no frasco do micronebulização e fechar.
* Adaptar o fluxômetro a saída de oxigênio.
* Conectar o circuito do micronebulização ao fluxômetro e regular o fluxo de O2.
* Ajustar a máscara do micronebulização ao rosto do cliente, orientando-o a permanecer coma mesma junto a face até o término da nebulização.
* Em seguida, peça ao cliente para que tussa profundamente e expectore diretamente norecipiente da amostra.
* Fechar bem o frasco, imediatamente após a coleta.
* Retirar as luvas e realizar a higienização das mãos.
* Protocolar e enviar o frasco, juntamente com a solicitação do exame, ao laboratório oquanto antes.

<u>Coleta por aspiração traqueal</u>:

* Realizar a higienização das mãos.
* Se possível, orientar o cliente quanto a necessidade do procedimento.
* Identificar o frasco com etiqueta contendo: nome, registro, leito e enfermaria do cliente.
* Proceder com a técnica de Aspiração Traqueal.

Observação

* O frasco contendo a amostra poderá ser conservado em temperatura ambiente por até 2 horas após a coleta.

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

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
COLETA DE TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B e C, SÍFILIS, HIV			
1. Aplicação	**Enfermeiro**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Testes rápidos (TR) são aqueles cuja execução, leitura e interpretação dos resultados são feitas em, no máximo, 30 minutos. São procedimentos que permitem o diagnóstico precoce dessas DSTs, reduzindo o risco de transmissão a outras parcerias, além de propiciar o início mais precoce do tratamento e monitoramento adequado das infecções. Além disso, são de fácil execução e não requerem estrutura laboratorial.

4. Materiais Necessários

* Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos
* Manual de instrução
* Álcool 70%
* Algodão ou gaze não estéril
* Cronômetro ou relógio
* Caneta esferográfica

* Caneta de tinta permanente
* Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante
* Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos
* **Kit diagnóstico** – imunocromatografia em plataforma de fluxo lateral: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução diluente.
*** Kit diagnóstico —** imunocromatografia em plataforma de duplo percurso: lanceta para punção digital, alça coletora descartável, frasco para eluição da amostra, com dosador e tampa, plataforma de teste DPP Sífilis e frasco com solução-tampão de corrida.

5. Descrição do procedimento

Teste Rapido para Hepatite B e C, Sifilis e HIV

* Ler o manual de instrução, observando as orientações de acordo com cada laboratório.
* Higienizar as mãos.
* Se a mão do usuário estiver muito fria, faça uma massagem delicada no sentido do punho para os dedos para aquecê-la.
* Escolha preferencialmente a ponta do dedo médio, anelar ou indicador e faça a punção
* Em todos os locais onde se faz a coleta de sangue existe o risco de contaminação com agentes infecciosos, portanto é imprescindível utilizar os equipamentos de proteção individual como jaleco e luvas descartáveis.
* Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste.
* Cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.
* Abra a embalagem do dispositivo do primeiro teste a ser executado e identifique-o com as iniciais do nome da pessoa.
* Mantenha os demais testes fechados até o momento de sua utilização porque a membrana contida

no dispositivo do teste já aberto e exposto a um ambiente inadequado pode sofrer hidratação ou ressecamento

* Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste.

* Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente.

* Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece.

* Se você for realizar mais um TR nessa mesma pessoa, verifique se o sangue continua brotando em abundância, mesmo sem a ordenha da mão ou do dedo.

* Enquanto aguarda a próxima coleta, nessa mesma punção, cubra delicadamente a área puncionada com gaze ou algodão sem pressionar o local e peça à pessoa que espere com a mão abaixo da altura do cotovelo.

* Jamais bata a ponteira do coletor na membrana do dispositivo, pois esta pode se romper ou ser perfurada, afetando o resultado do teste.

* A presença de coágulos pode causar entupimento dos microporos da membrana do dispositivo de teste, dificultando ou até impedindo a corrida da amostra, podendo gerar resultados falso- negativos.

* Lembre-se que a coagulação do sangue, no local da punção, poderá iniciar no tempo de espera entre uma coleta e outra e a presença de coágulos pode gerar resultado falso negativo.

* Faça uma ordenha delicada na mão e no dedo puncionado para que brote uma nova gota de sangue, livre de coágulos.

* Evite espremer ou massagear o dedo puncionado com muita força. Nesses casos, outros líquidos corporais podem se misturar ao sangue, diluindo a amostra.

* Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste.

* Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora.

* Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste.

* Realizar punção digital.

* Os testes rápidos para HIV, hepatites virais e sífilis podem utilizar volumes diferentes de sangue, portanto, cada conjunto diagnóstico disponibiliza uma pipeta específica que permite coletar o volume correto para aquele teste. Use sempre a pipeta fornecida no kit.
* Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta capilar evitando a formação de bolhas.
* Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste.
* Se houver rachaduras despreze esse material e recomece.
* Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar.
* Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar três gotas da amostra no poço (S) do dispositivo de teste (verificar o manual do fabricante).
* Adicionar uma gota de solução tampão no poço, sobre a amostra (verificar o manual do fabricante).
* Abrir o frasco para eluição da amostra se for realizar o teste de duplo percurso.
* Realizar nova coleta, caso ocorra a formação de bolhas. Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.
* Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar três gotas da amostra nopoço (S) do dispositivo de teste (verificar o manual do fabricante).
* Adicionar uma gota de solução tampão no poço, sobre a amostra (verificar o manualdo fabricante).

* Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado. se resultado negativo aguardar mais 15 minutos.
* Fazer a interpretação conforme:
* Se após 30 minutos aparecer apenas uma linha azul na área de controle, aamostra será considerada **NÃO REAGENTE**
***** Se aparecer a linha vermelha na área de controle e azul na área de teste, a amostra será considerada **REAGENTE**.
* Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado **INVÁLIDO**.
* Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids eHepatites Virais pelo e-mail *diagnostico@aids.gov.br*

Teste Rápido para Hepatites B e C

* Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiaiscom risco biológico.
* Retirar os EPIs e higienizar as mãos.
* Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção.
* Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Teste Rápido para HIV e Sífilis utilizando o Teste Imunocromatografia de fluxo lateral e duplo percurso

* Colocar a pipeta capilar na posição vertical e dispensar uma gota da amostra no poço do dispositivo de teste A.
* Adicionar quatro gotas de diluente no poço em que foi colocada anteriormente a amostra.
* Aguardar 20 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.

Plataforma para imunocromatografia de fluxo lateral

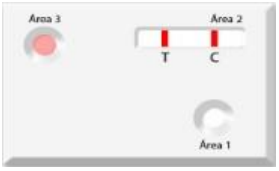
* Inserir a alça coletora no frasco de eluição, identificado, quebrar a alça coletora, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos.
* Retirar a tampa superior do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01.
* Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leiturase as linhas nas áreas T e C desapareceram.
* Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03.
* Aguardar 10 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.

Plataforma para imunocromatografia de duplo percurso

Interpretação do Teste

* Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostra será considerada NÃO REAGENTE.

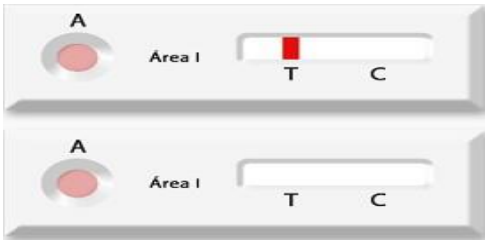
* Se aparecer a linha rosa ou roxa na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE.



* Se o resultado do exame for considerado **REAGENTE** para a infecção pelo HIV, realize um segundo teste rápido, de outro fabricante para confirmação do diagnóstico.
* Após confirmação, encaminhar o usuário para o Centro de Referência DST/AIDS com referência/contra referência, em horário comercial de segunda à sexta.
* Não interpretar o teste após o período padronizado para a realização da leitura.
* Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiaiscom risco biológico.
* Retirar os EPIs e higienizar as mãos.
* Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção.
* Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Atenção

* Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo Treponema pallidum.
* Resultado negativo para Sífilis deve ser interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis (janela imunológica).
* Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado elo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail diagnostico @ aids . gov.br.



OBS

* Nos casos de resultados discordantes, encaminhe amostra de sangue para o Laboratório Municipal.

* Alguns fatores podem intervir no resultado ou gerar resultado **falso negativo**, como o paciente em janela imunológica.

* Amostra coagulada ou lipêmica.

* Volume incorreto de amostra e tempo incorreto de leitura.

* Alguns fatores podem intervir no resultado ou gerar resultado **falso positivo,** como as Doenças autoimunes.

* Vacina influenza.

* Transplantes.

* Os manuais técnicos contendo os fluxogramas e as orientações para o diagnóstico da infecção pelo HIV, das hepatites B e C e da sífilis são aprovados, pelas portarias normativas do Ministério da Saúde, SVS/MS nº 29/2013, 25/2015 e 2.012/2016 respectivamente, recomendadas para todos os serviços públicos e privados do país.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE HIGIENE PESSOAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE			
1. Aplicação	**Todos os profissionais da equipe**		
2. Objetivos	**Garantir a higienização pessoal e o bem estar do profissional.**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Cuidado que o profissional de saúde deve ter para consigo mesmo, afim de diminuir a circulação de microrganismos que ficam aderidos em sua pele, unhas e cabelos.

4. Materiais Necessários

* Sabonete
* Escova de dente
* Creme dental
* Cremes corporais
* Shampoo
* Condicionador
* Creme de cabelo
* Creme de barbear
* Tricotomo
* Pente
* Escova de cabelo

5. Descrição do procedimento

Higiene pessoal:

* Deve o profissional de saúde manter a higiene corporal, que está diretamente ligada à aparência pessoal.

Cuidados com o corpo:

* Através da execução do serviço de assepsia entra-se em contato com microrganismos que ficam aderidos à pele, unhas e cabelos. Somente o banho poderá eliminar o suor, sujidades e os microrganismos e tornar a aparência agradável.

Cuidados com os cabelos:

* Os cabelos devem estar limpos e, presos, se compridos.
* A touca, que consta do uniforme, deverá cobrir todo o cabelo pois seu objetivo é a proteção dos cabelos.

Cuidado com as unhas:

* As unhas devem estar sempre aparadas para evitar que a sujidade fique depositada entre as unhas e a pele dos dedos.
* Deve-se dar preferência ao uso de esmaltes transparentes para visualizar a sujidade e poder eliminá-la.
* Deve-se evitar a retirada de cutículas para se manter a pele íntegra.

Cuidados com o uniforme:

* Todo trabalho requer esforço físico, o suor é inevitável, portanto, o uniforme deverá ser trocado todos os dias e todas as vezes que se fizer necessário.
* Deve-se observar no uniforme a limpeza com ausência de manchas, odor e descostura.
* A roupa de trabalho deverá ser lavada separadamente da roupa doméstica.

Cuidados com os sapatos:

* Devem ser fechados e impermeáveis, para proteger os pés.
* Devem ser lavados e colocados para secar na posição vertical, ao término do serviço.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
LAVAGEM DAS MÃOS			
1. Aplicação	**Todos os profissionais da equipe**		
2. Objetivos	**Garantir a higienização das mãos, evitando a transmissão de infecções**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Ação de higienizar as mãos com água e sabonete líquido, com a finalidade de reduzir a microbiota transitória, prevenindo a transmissão de microrganismos e consequentemente, evitando que usuários e profissionais de saúde adquiram Infecções.

A higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

4. Materiais Necessários

* Pia apropriada para higienização das mãos
* Dispensador com sabonete líquido
* Papel toalha
* Lixeira com tampa para resíduos comuns

5. Descrição do Procedimento

* Retirar pulseiras, anéis ou qualquer outro adorno.
* Manter unhas aparadas.

* O uso de luvas não substitui a higiene correta das mãos.
* Abrir a torneira:
* Se usar torneira manual, ensaboar e fechar o volante da torneira.
* Se usar torneira que possui alavanca ou temporizador, acioná-los com o cotovelo.
* Molhar as mãos, sem encostar-se na pia.
* Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos.
* Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as, com movimentos circulares e os dedos fechados.
* Esfregar cada polegar com a palma da mão oposta em movimentos circulares, em sentido proximal-distal.
* Friccionar as polpas digitais e as unhas de cada mão na palma da outra, com a mão fechada, emconcha, com movimentos circulares.
* Abrir/acionar a torneira:
* Se usar torneira manual, enxaguar o sabonete ou solução antisséptica do volante.
* Se usar torneira com temporizador ou alavanca, acioná-los com o cotovelo.
* Enxaguar as mãos retirando totalmente o resíduo do sabonete.
* Se usar torneira manual, fechar a torneira, utilizando papel toalha.
* Secar as mãos com papel toalha.
* A higienização das mãos deve ocorrer prioritariamente em 5 momentos segundo a OMS e ANVISA

Figura 2: Como Higienizar as Mãos com Água e SaboneteFonte: ANVISA, 2013

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ÁREA DE ESTERILIZAÇÃO			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Organizar o processo de trabalho do pessoal da área de esterilização de materiais**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Local projetado para realização de todo processo de limpeza, desinfecção e esterilização, trabalho realizado de maneira organizada e eficiente, com redução de riscos biológicos e físicos para equipe.

4. Materiais Necessários

* Usar EPI (jaleco, touca e luvas de amianto - quando necessário).
***** papel grau cirúrgico
* Álcool 70%
* Pano limpo
* Água limpa
* Fita teste para autoclave a vapor
* Caixa plástica com tampa

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos, antes e após o procedimento, friccionar álcool glicerinado a 70% antes e após executar as atividades.
* Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água.
* Passar álcool a 70% em toda a superfície dos móveis e bancadas.
* Controlar o funcionamento das autoclaves, registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido.
* Complementar rótulo do material anotando a data da esterilização, validade e o número do lote.
* Montar a carga de acordo com as orientações básicas.
* Utilizar cestos de aço para acondicionar os pacotes.
* Observar o tamanho do pacote e adequar ao tamanho do cesto.
* Colocar os pacotes na posição vertical dentro dos cestos ou na rack.
* Evitar que o material encoste nas paredes da câmara.
* Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor.
*O papel grau cirúrgico deve ser posicionado o lado filme em contato com lado filme do outro pacote.
* Colocar bacias, vidros e cubas com a abertura voltada para baixo.
* Utilizar no máximo 70% da capacidade da autoclave.
* Posicionar o 'pacote teste desafio' no local com maior dificuldade de circulação de vapor, (preferencialmente em cima do dreno) de acordo com a periodicidade de cada um.
* Colocar nas autoclaves os pacotes com os testes biológicos no primeiro ciclo diariamente. * Entreabrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização e aguardar 15 minutos para retirar o material.
* Após o esfriamento dos pacotes, observar se houve modificação na coloração da fita teste, para autoclave a vapor.
* Se a integridade do pacote persisti, se há presença de umidade, manchas, sujidades e perfurações.
* Separar o 'pacote teste desafio', para realizar leitura conforme orientação do fabricante)
* Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvidas na execução das atividades. * Manter a área limpa e organizada.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES E SEUS ACESSÓRIOS

1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Realizar a desinfecção do material de inalação após a sua utilização**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

A limpeza e desinfecção do material para procedimento inalatório tem como finalidade prevenir e evitar a contaminação microbiológica em máscaras e peças do equipamento, que pode levar ao desenvolvimento de uma infecção pulmonar

4. Materiais Necessários

* EPIs (avental impermeável, máscara, touca, óculos e luvas de autoproteção).
* Solução de água e detergente.
* Hipoclorito de sódio a 1%.
* Recipiente com tampa.
* Balde ou bacia plástica com tampa (opacos).
* Compressas ou panos limpos e secos.
* Seringa de 20ml.

5. Descrição do procedimento

* Colocar o EPI.

* Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente.
* Injetar a solução de água e detergente na luz do tubo com ajuda de uma seringa de 20ml.
* Enxaguar o tubo com água corrente, usando o mesmo processo anterior para parte interna.
* Colocar para escorrer ou secar com ar comprimido.
* Enxaguar as demais peças rigorosamente interna e externamente.
* Deixar escorrer sobre um pano limpo, completar a secagem manualmente se necessário.
* Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos no recipiente opaco e com tampa.
* Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e/ou pinça longa.
* Enxaguar as peças rigorosamente em água corrente.
* Secar com pano limpo e seco.
* Guardar as peças montadas em recipiente tampado.
* Desprezar a solução de hipoclorito, enxaguar e secar o recipiente.
* Manter área limpa e organizada.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIA			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Realizar a desinfecção nas almotolias após o término da solução e/ou semanalmente**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

As almotolias são recipientes onde são colocadas soluções antissépticas para uso hospitalar. Cabe ressaltar que as almotolias devem estar sempre tampadas, limpas, datadas. Seu abastecimento deve ser diário ou semanal, desde que seja manipulada corretamente. Sua desinfecção se faz necessária semanalmente.

4. Materiais Necessários

* EPI (avental impermeável, touca, máscara, óculos e luvas de autoproteção)
* 01 esponja macia de limpeza
* 01 escova de mamadeira
* Solução de água e detergente
* Pano limpo e seco
* Balde ou bacia com tampa
* Hipoclorito de sódio a 1%

5. Descrição do procedimento

* Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia.
* Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponja.
* Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira.
* Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente.
* Colocar as almotolias e tampas para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente.
* Imergir as almotolias em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos.
* Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco.
* Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
DESINFECÇÃO DOS UMIDIFICADORES DE OXIGÊNIO			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Realizar a desinfecção do material de oxigenoterapia após a sua utilização**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

O Umidificador foi desenvolvido para as atividades de Umidificação, gerada pela passagem de oxigênio ou ar comprimido medicinal, que arrasta a água (destilada) colocada no recipiente, quando da passagem do fluxo de gás por esta, carregando as partículas para as vias aéreas. Seu uso correto, evita o ressecamento da mucosa nasal, em pessoas que faz uso de oxigênio continuo.

4. Materiais Necessários

* EPI (avental impermeável, óculos, máscara, touca e luvas de autoproteção)
* 01 esponja macia de limpeza
* 01 escova de mamadeira.
* Solução de água e detergente
* Pano limpo e seco
* Balde ou bacia
* Hipoclorito de sódio a 1%

5. Descrição do procedimento

* Esvaziar os umidificadores, desprezando a solução na pia.
* Lavar externamente, incluindo a tampa e tubo metálico, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza.
* Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira.
* Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente.
* Colocar para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente.
* Imergir em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos (somente o recipiente plástico).
* Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco.
* Friccionar álcool a 70% por 3 vezes na parte metálica que acompanha o umidificador.
* Guardar em recipiente limpo com tampa

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
DESINFECÇÃO DOS CABOS E LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Realizar a limpeza e desinfecção dos cabos e lâminas de laringoscópio após a sua utilização**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Laringoscópio equipamento que permite a laringoscopia por visualização direta da laringe e cordas vocais, essenciais para intubação. São compostos de cabos com pilhas e lâminas curvas ou retas de tamanhos diversos. É imprescindível que estejam disponíveis e funcionastes para qualquer emergência.

4. Materiais Necessários

* EPI (avental impermeável, óculos, máscara, touca e luvas de autoproteção)
* Cabos e lâminas de laringoscópio
* Recipiente plástico
* Solução de água e detergente neutro ou enzimático
* Pano limpo e seco
* Álcool a 70%
*. Esponja ou escova macia

5. Descrição do procedimento

* Imergir a lâmina do laringoscópio na solução de água e detergente, lavando com a esponja (não deixar de molho).
* Enxaguar abundantemente em água corrente.
* Secar a lâmina com pano limpo.
* Friccionar álcool a 70% na lâmina conforme rotina.
* Limpar o cabo do laringoscópio com pano umedecido em solução de água e detergente.
* Remover a solução detergente com pano umedecido em água e secar.
* Friccionar álcool a 70% no cabo conforme rotina.
* Montar o laringoscópio testando o seu funcionamento.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

DESINFECÇÃO DO REANIMADOR MANUAL

1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Desinfecção do Reanimador Manual e acessórios**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

O Ressuscitador Manual tem o objetivo de fornecer ventilação artificial durante manobras de ressuscitação de clientes em parada cardiorrespiratória. Pode ser utilizado em primeiros socorros, salas de emergências, unidade de terapia intensiva, anestesia e outras aplicações.

4. Materiais Necessários

* EPIs (avental impermeável, óculos, máscara, touca e luvas de autoproteção)
* 01 esponja macia
* Solução de água e detergente neutro e detergente enzimático
* Pano limpo e seco
* Caixa plástica com tampa para acondicionar as extensões contaminadas
* Caixa plástica com tampa para acondicionar o equipamento limpo
* Solução desinfetante padronizada
* Sacos plásticos transparentes e etiquetas de identificação

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos.
* Desconectar as extensões cuidadosamente, para não danificar o silicone.
* Limpar a bolsa ventilatória externamente com pano úmido e sabão.
* Colocar as extensões contaminadas em caixa organizadora plástica com tampa.
* Imergir a máscara e conexões em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos.
* Retirar da solução de hipoclorito e enxaguar em água corrente.
* Colocar para escorrer e secar em um pano limpo e seco.
* Lavar minuciosamente as extensões e partes da válvula com compressa ou esponja embebida em detergente, tendo cuidado para não danificar os diafragmas, lavar o lúmen das extensões de silicone.
* Imergir novamente totalmente todas as peças por 10 minutos em solução desinfetante, assegurando que todo o lúmen seja preenchido com a solução.
* Colocar novamente para escorrer e secar em um pano limpo e seco, podendo ser utilizado ar comprimido para secar as conexões.
* Evitar penetração de água no interior da bolsa.
* Enxaguar outra vez abundantemente em água corrente todas as partes.
* Secar e guardar em recipiente com tampa.
* Não utilizar ar comprimido para secar a válvula de ventilação para não danificar o diafragma
* Montar e acondicionar em saco plástico, identificar com data, hora e nome de quem realizou o procedimento.
* Retirar o EPI e higienizar as mãos.

OBS: A desinfecção com hipoclorito é necessária somente em presença de matéria orgânica.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Organizar o processo de trabalho do pessoal da área de esterilização de materiais**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

A esterilização é um processo que visa destruir todas as formas de vida microbianas que possam contaminar produtos, materiais e objetos voltados para a saúde. Procedimento considerado eficaz quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos for menor do que 1:1.000.000.

4. Materiais Necessários

* EPI (jaleco, máscara cirúrgica, touca, luvas de procedimento e sapato fechado).
* Sabão líquido, álcool a 70%.
* Impressos específicos para registro.
* Impresso de controle de resultado.

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos, antes e após o procedimento
* Passar álcool a 70% em toda a superfície dos móveis e bancadas.

* Fazer limpeza da autoclave, conforme recomendação do fabricante.
* Higienizar as mãos outra vez.
* Paramentar-se com os EPIs.
* Dispor os artigos de modo vertical para facilitar a entrada e circulação do vapor.
* Montar a carga de acordo com as orientações básicas:
* Colocar os pacotes na posição vertical no rack.
* O material não deve entrar em contato com as paredes da câmara.
* Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor.
* Posicionar os pacotes pesados na parte inferior do rack.
* O papel grau cirúrgico deve ser posicionado o lado filme em contato com ladofilme do outro pacote.
* Colocar os materiais: bacias, vidros e cubas com a abertura voltada para baixo.
* Utilizar no máximo 70% da capacidade da autoclave.
* Posicionar o ‘pacote teste desafio’ no local com maior dificuldade de circulação devapor, (preferencialmente em cima do dreno) de acordo com a periodicidade de cada um.
* Programar o ciclo de esterilização de acordo com o material a ser esterilizado e controlar o funcionamento da autoclave, registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido.
* Ao final do ciclo, aguardar o manômetro indicar ausência total de pressão, entreabrir a porta da autoclave aguardando 10 minutos para retirar o material.
* Após o esfriamento dos pacotes, observar:
* Modificação ocorrida na coloração da fita teste, para autoclave a vapor.
* Integridade do pacote, presença de umidade, manchas, sujidades e perfurações.
* Separar o “pacote teste”, para realizar leitura conforme orientação do fabricante e registrar em ficha de resultado.
* Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvidas na execução das atividades.
* Manter a sala em ordem.

Observação

* A incubadora deverá ser ligada 1 hora antes da incubação.

* As cargas não devem ser liberadas quando houver alteração nos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão)

* Os indicadores químicos sugerirem que osmateriais não foram expostos a esterilização e indicadores biológicos derem positivos.

OBS: Nesta Unidade não temos CME e sim uma sala para realização das esterilizações. Portanto não temos os materiais necessários para cumprimento as determinações. Contudo, mantenho este documento para nível de conhecimento da equipe.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
TESTE COM INDICADOR BIOLÓGICO			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Monitorar e certificar a eficácia do processo de esterilização**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Indicadores biológicos são produtos desenvolvidos para fazer parte dos procedimentos de boas práticas exigidos e protocolados pela ANVISA, sua utilização é necessária para o monitoramento do processo de esterilização pelo vapor sob pressão. Por meio dele, podemos entender se a autoclave está funcionando corretamente.

4. Materiais Necessários

* Incubadora para teste biológico
* Teste biológico específico para o equipamento
* Pacote desafio
* Rack com pacotes a serem esterilizados
* EPIs
* Caderno de controle de resultados

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos conforme instruções normativas.

* Colocar o teste biológico em pacote pronto devidamente identificado com número da autoclave, lote e data.
* Posicionar o teste biológico próximo ao dreno entre os demais pacotes.
* Realizar o ciclo de esterilização conforme instrução específica.
* Proceder leitura de integrador conforme recomendação do fabricante, após resfriamento da carga.
* Abrir o pacote retirar ampola (identificar com número da autoclave, lote e data).
* Homogeneizar, quebrar ampola no crusher (local da incubadora próprio para este fim), colocar para incubar em incubadora aquecida juntamente com ampola teste, imediatamente após término de ciclo.
* Realizar leitura do resultado a partir de três horas (em média) de incubação ou conforme orientação do fabricante.
* Observar o sinal sonoro audível alarme da incubadora e proceder conforme instruções do fabricante.
* Retirar as ampolas da incubadora, aferir resultado final, descolar rótulos transferindo-os para o caderno de controle de resultados assinatura do profissional que fez a leitura. data e hora da mesma, anotar resultado por extenso.
* Liberar os instrumentais de implante somente após finalização da leitura.
* Desprezar luvas, higienizar as mãos, organizar o setor.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
TESTE COM INDICADOR QUÍMICO			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Monitorar e certificar a eficácia do processo de esterilização**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Indicadores biológicos são produtos desenvolvidos para fazer parte dos procedimentos de boas práticas exigidos e protocolados pela ANVISA, sua utilização é necessária para o monitoramento do processo de esterilização pelo vapor sob pressão. Por meio dele, podemos entender se a autoclave está funcionando corretamente.

4. Materiais Necessários

* Incubadora para teste biológico
* Teste químico específico para o equipamento
* Pacote desafio
* Rack com pacotes a serem esterilizados
* EPIs
* Caderno de controle de resultados

5. Descrição do procedimento

* Higienizar as mãos conforme instruções normativas.

* Colocar um indicador/ integrador químico no pacote desafio das cargas processadas na unidade.
* Identificar no lacre: data, identificação da autoclave, hora do processamento, lote, posição do pacote.
* Processar e armazenar a carga de acordo com procedimentos estabelecidos.
* Após finalizar o ciclo aguardar a completa expulsão do vapor.
* Abrir o pacote desafio.
* Retirar o integrador.
* Realizar a leitura conforme fabricante, anexar, anotarem impresso próprio, carimbar e assinar.
* O monitoramento com indicador químico deve ser realizado 04 vezes por semana

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ÁREA DE GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Organizar o processo de trabalho do pessoal da área de guarda e distribuição de materiais.**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Local limpo e seco, provido de prateleiras e recipientes próprios para armazenar materiais esterilizados proveniente da CME, com o objetivo de assegurar as condições de esterilidade dos artigos. A circulação de pessoas é restrita, tanto iluminação, quanto temperatura também deverá ser adequada, afim de não alterar o material já pronto para ser distribuídos as Unidades.

4. Materiais Necessários

* EPIs para acessar o arsenal
* Caneta
* Planilha de registro
* Prateleiras
* Recipientes para armazenar material

5. Descrição do procedimento

* Diariamente ao iniciar o plantão verificar e anotar umidade e temperatura do arsenal.
* Receber material proveniente da CME (conferido com a nota de registro dos materiais).
* Acondicioná-los nas prateleiras e/ou cestos, de acordo com a especialidade, obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de esterilização de forma que os artigos que vencem primeiro fiquem na frente.
* Conferir atentamente a validade de todos os itens.
* Retirar material vencido e encaminhar à CME para reprocessar.
* Considerar como contaminado os pacotes que caírem no chão ou que estiverem com perda da integridade da embalagem, por compressão, empilhamento, dobras, cisalhamento, úmidos, exposição direta à raios solares ou outros agressores ambientais, uso de elástico, ou apalpação.
* Proceder limpeza diária das prateleiras, dos carros e/ou caixas de transporte com álcool 70%.
* Proteger os artigos de contaminação, danos físicos e perda durante o transporte, utilizando recipiente rígido ou saco plástico impermeável.
* Registrar em protocolo a saída de materiais do arsenal para controle dos mesmos.
* Aos sábados é realizada limpeza terminal e conferência da validade de todos os itens do arsenal, os vencidos são encaminhados à CME para ser reprocessados.

OBS: Nesta Unidade não temos CME e sim uma sala para realização das esterilizações. Portanto não temos os materiais necessários para cumprimento as determinações. Contudo, mantenho este documento para nível de conhecimento da equipe.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ORGANIZAÇÃO DO ALMOXARIFADO			
1. Aplicação	**Assistente de Almoxarifado**		
2. Objetivos	**Estabelecer rotinas de organização e funcionamento dos almoxarifados das Unidades**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Almoxarifado é o local destinado à guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, adequado à sua natureza, a fim de suprir as necessidades operacionais da Unidade.

4. Materiais Necessários

* Caneta
* Planilha de registro
* Prateleiras
* Recipientes para armazenar material

5. Descrição do procedimento

* Organizar a sala
* Realizar limpeza concorrente nas prateleiras e armários com álcool a 70% uma vez na semana.

* Elaborar o Boletim de Consumo, com avaliação do coordenador.

* Receber o Boletim, conferindo todos os itens, comunicando imediatamente alguma intercorrência.

* Armazenar todo o material de acordo com a especificidade de cada um.

* Realizar controle de estoque e validade dos materiais

* Evitar colocar material de lotes e validades diferentes juntos.

* Sempre que repor material no estoque, arrumar de forma que os mais antigos fiquem na frente para serem consumidos primeiro, evitando assim, que se perca material pela validade.

* Realizar o pedido eventual encaminhando-o ao almoxarifado central, quando o estoque sofrer baixar, respeitando sempre os itens que não podem ser zerados.

* Abastecer os setores, conforme rotina da Unidade.

*Todo material que sair do estoque deverá ser anotado no caderno controle.

OBS: Nesta Unidade, não dispomos de tal profissional, portanto, quem acaba exercendo tal função é o próprio enfermeiro.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
ÁREA DE EXPURGO			
1. Aplicação	**Equipe de Enfermagem**		
2. Objetivos	**Organizar o trabalho da enfermagem na execução de procedimentos contaminados na área do expurgo**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Expurgo hospitalar, é uma área onde são descartados resíduos hospitalares e materiais utilizados em procedimentos provenientes do atendimento médico ou de cirurgias. Com isso, ele tem um local reservado nos ambientes hospitalares para promover a segurança dos profissionais e clientes.

4. Materiais Necessários

* EPIs (avental impermeável, óculos, máscara, touca e luvas de autoproteção)
* Recipiente para armazenamento de material Sujo
* Sacos Plásticos
* Carrinho de transporte (se necessário)
* Formulário de Controle de Material a ser entregue na CME
* Álcool a 70%
* Caixa de perfuro cortantes

* Recipiente para lixo comum
* Recipiente para lixo infectante
* Livro de controle do expurgo

5. Descrição do procedimento

* Verificar materiais e sinalizar se houver alterações.
* Lavar as mãos e friccionar álcool a 70% antes e após as atividades.
* Fazer desinfecção das bancadas com álcool a 70% a cada turno e quando necessário.
* Verificar abastecimento de produtos e EPIs
* Colocar os EPI (jaleco, touca, avental impermeável, máscara, luvas de procedimento e óculos de acrílico).
* Receber todo o material contaminado conferindo rigorosamente.
* Observar a limpeza e integridade, conferindo se o mesmo está completo. anotar em impresso próprio as alterações encontradas.
* Efetuar a limpeza e/ou desinfecção do material conforme rotina do setor.
* Encaminhar o material para a área de Preparo.
* Preparar soluções e recipientes que serão usados para desinfecção de material.
* Proceder a limpeza manual dos materiais delicados que não suportam o uso de métodos automatizados/ ou não podem ser imersos.
* Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvida no desenvolvimento das atividades.
* Este procedimento deve ser realizado diariamente.

OBS: Nesta Unidade não temos CME e sim uma sala para realização das esterilizações. Portanto não temos os materiais necessários para cumprimento as determinações. Contudo, mantenho este documento para nível de conhecimento da equipe.

PREFEITURA DE PARANAGUÁ
CIDADE MÃE DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			
RECOLHIMENTO E ACONDICIONAMENTO DOS RESÍDUOS			
1. Aplicação	**Equipe de Serviços Gerais**		
2. Objetivos	**Organizar o processo de trabalho do pessoal da área de recolhimento e acondicionamento de resíduo.**		
DATA DA EMISSÃO **Janeiro / 2024**	**DATA DA VIGÊNCIA** **2024 / 2025**	**PRÓXIMA REVISÃO** **2026**	**VERSÃO** **2**
Elaborado por: **Enf. Edeluce N Padovani e colaboradores**	**REVISADO POR:** **Enf. Andriely C. Pinheiro**	**APROVADO POR** **Enf. Suellen C. Comunello**	**DATA** **Fevereiro/ 2024**

3. Conceito

Local onde é depositado todos os resíduos recolhidos das Unidade, acondicionando-os de forma adequada e manuseando-os o mínimo possível. Esta operação deve ser iniciada, sempre, da área menos contaminada para a mais contaminada

4. Materiais Necessários

***** Carrinho para colocar os sacos com resíduo
* Sacos de lixo de material plástico
* Botas
* Luvas de autoproteção
* Máscara
* Óculos de proteção

5. Descrição do procedimento

* Colocar o EPI

* Recolher o saco de lixo que se encontra na lixeira, amarrando bem as bordas.
* Colocar um saco de lixo novo na lixeira, fixando-o firmemente nas bordas.
* Transportar o lixo recolhido até o depósito para a remoção pela coleta externa.
* As lixeiras devem necessariamente possuir tampa.
* As lixeiras devem ser lavadas com água e sabão, semanalmente e sempre que necessário.
* Verificar as regras básicas de acondicionamento do lixo de acordo com o tipo de resíduos.
* Para o transporte do lixo é recomendado a utilização de carrinho fechado, que deverá ser higienizado após sua utilização.
* Acondicionar os resíduos em sacos plásticos brancos leitosos, de forma que os mesmos preencham até 2/3 do volume da embalagem, possibilitando que esta seja amarrada acima do conteúdo, para evitar o transbordamento na hora da coleta.
* Os resíduos perfuro cortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes, reforçados impermeáveis e grandes o suficiente para receber o material de uso diário do local.
* As agulhas não devem ser destacadas das seringas ou manuseadas, a fim de evitar acidente de trabalho.
* Ao ser descartado, o recipiente deve estar devidamente fechado, envolvido em saco plástico branco leitoso identificado “material cortante”.
* O lixo contaminado deve ser recolhido em saco de lixo duplo identificado “contaminado”.
* Para facilitar a identificação e o manuseio do resíduo comum, deve-se adotar um padrão de cor (cor clara, exceto a branca leitosa).
* Os resíduos enquadrados na categoria especial são coletados pela empresa especializada
* Em caso de contêineres, os mesmos devem estocar os resíduos corretamente acondicionados e oferecer condições adequadas para manuseio.
* Os resíduos não devem ficar expostos na via pública e sim em contêineres e/ou recintos exclusivos.

OBS: Deve-se evitar, durante o transporte de resíduos, o cruzamento com pessoas e/ou material limpo nos corredores

Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 13. Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama. 2ª ed. – Brasília, 2013.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro: MS: INCA, 2002.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Série A. Normas e manuais técnicos) (Cadernos de atenção básica, n. 32).

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle daTuberculose. Guia de orientações para coleta de escarro Saúde. Brasília, 2014.Disponível em: http://www.lacen.saude.pr.gov.br/arquivos /File/ Manuais /Coleta _Escarro.pdf.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Sistema de Informação do Câncer - SISCAN (colo do útero e mama)**. Brasília, DF: 2019.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica:** Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes /protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 13 mai. 2021.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Câncer – SISCAN. **MÓDULO 1 - Apresentação, Controle de acesso, Fluxo de informação, Integração com outros sistemas, Vinculação**. Versão revisada e atualizada em 09/2020. - Rio de Janeiro: INCA, 2020.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Triagem neonatal biológica:** manual técnico. Brasília, DF: Ministério daSaúde, 2016.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Dor em recém-nascidos:** como avaliar, prevenire tratar. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2017.

11. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. NOTA TÉCNICA Nº01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: Orientações Gerais para Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. 2018, 16p.

12. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA/FIOCRUZ. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2013.

13. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. *Assistência segura:* uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2017, 168p.

14. BRASIL. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Vol. 4. Brasília, 2013.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 400**, de 16 de novembro de 2009.
Estabelece diretrizes nacionais para atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Disponível em:<http://bvsms.saude. gov. br/ bvs/ saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html.> Acesso em: 20 fev. 2018.

16. BRASIL, SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS. Manual de Procedimentos: Coleta, Acondicionamento e Transporte de Amostras Biológicas. Goiás, 2010.

17. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA

EPIDEMIOLÓGICA. Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose eoutras micobactérias - Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

18. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV).** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.aids. gov.br/sites /default/files/anexos/page/2012/50770/manual_para_capacitacao_de_tr_para_as_hepatites_b_17745.pdf> Acesso em: 10 fev. 2020.

19. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico de Hepatites Virais.** Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>. Acesso em: 10 fev. 2020.

20. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico do HIV.** Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>. Acesso em 10/02/2020.

21. BARROS, A. L. B. L. et al. (Org.). **Anamnese e exame físico:** avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

22. BEREK, J. S. **Berek & Novak:** tratado de Ginecologia. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

23. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 453/2014**, de 16 de janeiro de 2014. Aprova a norma técnica que dispõe sobre a atuação da equipe de enfermagem em terapia nutricional. Disponível em: <http://www.legisweb.com.br/legislacao/? id=264977>. Acesso em: 21 fev. 2018.

24.Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer COREN-SP 045/2012 – CT**, de 31 de janeiro de 2013. Troca de sonda de gastrostomia, jejunostomia. Respaldo legal e competência do Enfermeiro. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/ sites/default/files/Parecer%20045-2012.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

25. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer COREN-SP CAT nº 014/2010**, de 18 de fevereiro de 2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/ files/parecer_coren_sp_2010_14.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

26. Carneiro Alan Dionízio. Morais, Gilvânia Smith da Nóbrega. Costa, Solange Fátima Geraldo da. Batista, Patrícia Serpa de Souza. Costa, Kalina Coeli da. Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros no PSF: aspectos éticos e legais. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008.10(3):756-65. Disponível em: https://www.fen. ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a21.pdf Acesso em:12/11/2015

27. HOEFLER, R.. VIDAL, J. S. Administração de medicamento por sonda. **Farmacoterapêutica**, Brasília, ano 14, n. 3-4, p. 1-4, mai./ago. 2009. Disponível em: <http://www.cff.org. br/sistemas/ geral /revista /pdf/ 122/ 063a068 _farmacoterapeutica.pdf>. Acesso em: 16 mai 2019.

28. Guia Prático de Prevenção e Orientação em Casos de Acidentes Ocupacionais com Material Perfuro cortante e Exposição a Risco Biológico. 1ª ed. 19p. Ribeirão Preto – São Paulo, 2019.

29. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

30. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Maria Beatriz Kneipp Dias. Caroline Madalena Ribeiro (organizadores). - Rio deJaneiro: Inca, 2019.

31. JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

32. Leite M. M. S. Ribeiro, G. S. Protocolos para prescrição de medicamentos por enfermeiros (as) na Atenção Básica em Saúde. Rev. Rede de Cuidados em Saúde. 2011 5(1). Disponível em: http://publicacoes.unigranrio.br/index. php/rcs/article/viewFile/1204/732 Acesso em:12/11/2023

33. Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Manual: Procedimentos Operacionais Padrão - POPs / Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2022. 538 p.

34. Prefeitura Municipal de Campinas. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem. 2014.

35. Parecer COREN – BA nº 033/2013. Transcrição de Medicamentos pelo Profissional Enfermeiro na Atenção Básica. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen. gov.br/parecer-coren-ba-0332013_8141.html Acesso em:01/11/2023

36. POTTER, Patricia. [et al] Fundamentos de Enfermagem. 7º Ed. Rio de Janeiro: Elselvier, 2009.

37. RIO GRANDE DO SUL (estado), Secretaria Estadual de Saúde. **Nota técnica de fluxo com orientações por níveis de atenção sobre a coleta de citopatológico**. - Porto Alegre, 2020.

38. SMELTZER, S. C.. BARE, B.G. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem, Prefeitura Municipal de Campinas, 2014.

39. SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher**. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP:** manual técnico do pré-natal e puerpério São Paulo: SES, 2010.

40. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Recomendações para o funcionamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do estado de São Paulo.** Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças. Informes Técnicos Institucionais. Rev. Saúde Pública 2009. 43(2):383-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/IT-SES.pdf>. Acesso em 24/11/2023.

41. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Capacitação para o diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando testes rápidos.** Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças. Manual treinando, 2011.

42. Parecer COREN-SP 003/2014 – CT PRCI nº 99.152/2012. Prescrição de medicamento por Enfermeiro. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/ /files /Parecer_003_Prescr_medicamentos_por_ENF.pdf Acesso em:10/11/2023.

43. Vasconcelos, Renata Borges de. Araújo, Janieiry Lima de. A prescrição de medicamentos pelos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. Cogitare Enferm. 2013 Out/Dez. 18(4):743-50. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr. br/ojs/index. php/cogitare/article/viewFile/34931/21683 Acesso em:12/11/2023.

44. http://www.fmsc.rs.gov.br › uploads › 2020/11. Acesso em 12.11.2024

45. SAÚDE, Ministério da. Orientações para manejo de pacientes com COVID-19. Disponível em: https://coronavirus.saude.gov.br/manejo-clinico-e-tratamento. Acesso em: 22 maio 2020.