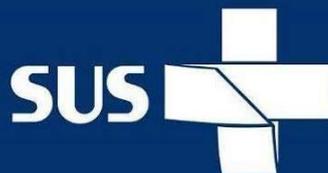


MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) DE ENFERMAGEM

GRUPO TÉCNICO (GT) DE ENFERMAGEM
JUNDIAÍ-SP
2024



Prefeitura
de Jundiaí

GRUPO DE TRABALHO (1º versão em 2001)

Angela Maria Vilela – enfermeira

Cristiane Franco - enfermeira

Isabel C. Scarre - enfermeira

Rosana Andrea Verones de Moraes – enfermeira

Maria Rosaly Carvalho Alves - enfermeira

Márcia M. Mingarelli - enfermeira

Sueli Cristina Micheletti Lopes - enfermeira

Daniela Almeida Pereira Damasio - enfermeira

GRUPO DE TRABALHO (2º versão em 2019)

Dândara Jussara Franco de Camargo - Enfermeira Responsável Técnica USF Vila Ana

Lídia do Nascimento Lorenti – Enfermeira CAPS III

Vanessa Cellis Martinez – Enfermeira Responsável Técnica CAPS III

GRUPO TÉCNICO (GT) DE ENFERMAGEM (3º versão em 2024)

Ariana Aparecida da Silva Strublic - Enfermeira e Responsável Técnica (RT) de Enfermagem da UBS São Camilo

Carolina Azevedo Neves Severiano – Enfermeira, gerente e Responsável Técnica (RT) de Enfermagem da UBS Corrupira

Cézar Bezerra de Melo – Enfermeiro do Núcleo Integrado de Saúde (NIS)

Lucas Vieira Jardim – Enfermeiro da Clínica da Família Novo Horizonte

Ludmila Brisque Santos- Coordenadora de Enfermagem do Núcleo Técnico Estratégia Saúde da Família (NTESF- HSV) no Departamento da Atenção Básica e Saúde (DABS)

Mariane Selma Pereira Crizostomo Nunes – Enfermeira da Clínica da Família Novo Horizonte

Maria Gabriela Bortotto - Enfermeira do Núcleo Integrado de Saúde (NIS) e Apoiadora Técnica de Enfermagem.

Maíra Nogueira e Silva - Enfermeira e Apoiadora Institucional do Departamento de Atenção Básica e Saúde (DABS).

Mônica Gomig – Enfermeira e Responsável Técnica (RT) de Enfermagem da Clínica da Família Novo Horizonte

Rosana Andréa Verones de Moraes - Enfermeira e Responsável Técnica (RT) de Enfermagem da UBS Rami

Selônia Patricia Oliveira Sousa Caballero – Enfermeira do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMC)

Vanessa Cristina Dias Bobbo - Enfermeira e Responsável Técnica (RT) de Enfermagem do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)

GRUPO DE APOIO TEMPORÁRIO NO GT DE ENFERMAGEM (3º versão em 2024)

Crisléia Cássia da Silva Camizão – Enfermeira e Responsável Técnica (RT) do Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III)

Christiane Maria Kudo de Haro – Enfermeira do Núcleo Integrado de Saúde (NIS)

Fernanda de Cássia Assis da Silva – Enfermeira da UBS Tulipas

Rafaela Rebouças Nobre Pires- Enfermeira da Vigilância Sanitária

Regiani Diniz Perobeli - Enfermeira e Gerente do Núcleo Integrado de Saúde (NIS)

COLABORADORES DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - POP VERSÃO ANTERIOR

Adriana Alves de Moura Augusto - Enfermeira do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMC)

Dárcio Tadeu Mendes - Enfermeiro do Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III)

Juliana Nascimento – Enfermeira e Responsável Técnica (RT) de Enfermagem do Núcleo de Apoio a Pessoas Portadoras de Deficiência (NAPD)

Tiago Mendonça Dias - Dentista e Apoiador Técnico de Odontologia

SUMÁRIO

POP 1-	ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO	08
POP 2-	ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA INALATÓRIA	11
POP 3-	ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA	14
POP 4-	ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA SUBLINGUAL	16
POP 5-	ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR	18
POP 6-	ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA ORAL	25
POP 7-	ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA RETAL	27
POP 8-	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA	29
POP 9-	AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR	35
POP 10-	AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	37
POP 11-	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	40
POP 12-	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS	43
POP 13-	CALÇAR LUVAS ESTÉREIS	48
POP 14-	CATETER VESICAL DE DEMORA	51
POP 15-	CATETER VESICAL DE ALÍVIO	56
POP 16-	COLETA DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA (CO)	60
POP 17-	COLETA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS EM UNIDADES DE SAÚDE	65
POP 18-	COLETA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS EM DOMICÍLIO	73
POP 19 -	COLETA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS (BACILOSCOPIA)	76
POP 20 -	CONFERÊNCIA DO CARRO DE EMERGÊNCIA	79
POP 21 -	CONTENÇÃO MECÂNICA	81
POP 22 -	ELETROCARDIOGRAMA (ECG)	87
POP 23 -	EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)	90
POP 24 -	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	100
POP 25 -	HIGIENE PESSOAL PROFISSIONAL	105
POP 26 -	LIMPEZA, DESINFECÇÃO, ESTERILIZAÇÃO E MONITORAMENTO DE MATERIAIS	107
POP 27 -	MEDIDA DO PESO CORPORAL	117
POP 28 -	MEDIDA DE ESTATURA	119
POP 29 -	MEDIDA DO PERÍMETRO CEFÁLICO	121

POP 30 -	MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL	122
POP 31 -	MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL	124
POP 32 -	ORGANIZAÇÃO DE SALAS E SETORES	125
POP 33 -	RETIRADA DE PONTOS	128
POP 34 -	TESTE IMUNOLÓGICO PARA GRAVIDEZ (TIG)	131
POP 35-	TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B	135
POP 36-	TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C	141
POP 37-	TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS	147
POP 38-	TESTE RÁPIDO PARA HIV COM AMOSTRA DE SANGUE	156
POP 39-	TESTE RÁPIDO PARA SWAB NASOFARINGE	164
POP 40 -	TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA	168
POP 41 -	TROCA DE SONDA DE GASTROSTOMIA (GTT)	171
POP 42 -	TROCA DE SONDA DE CISTOSTOMIA	173
POP 43 -	TROCA DE CURATIVO	177
POP 44-	VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA	182
POP 45-	VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	185
POP 46-	VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA	188

APRESENTAÇÃO

A Enfermagem segue regramento próprio, consubstanciado na Lei do Exercício Profissional (Lei nº7.498/1986), no seu Decreto regulamentador (Decreto nº 94.406/1987) e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução Cofen nº0564/2017), que dispõe dentre seus princípios fundamentais que o profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética

Este documento possui a intenção de padronizar os procedimentos relacionados às atividades de enfermagem nos serviços de saúde da Prefeitura Municipal de Jundiáí (PMJ), bem como incluir a mesma dentro dos parâmetros legais instituído pela Lei Federal nº 5.905 de 12 de julho de 1973 e pelo seu Regimento aprovado pela Resolução Cofen nº 726 de 15 de setembro de 2023, deliberou pela Resolução Cofen nº 727 de 27 de setembro de 2023, que estabelece no artigo 16, itens XII e XIII, respectivamente a elaboração e implantação de instrumentos gerenciais como o regimento do serviço de enfermagem, e os manuais contendo as normas, rotinas e protocolos, como documentos que padronizam e norteiam todas as ações e a organização do serviço de enfermagem.

Na assistência à saúde, o profissional enfermeiro atua em conjunto com Técnicos e Auxiliares de Enfermagem executando todas as ações de enfermagem, e privativamente, a gestão do cuidado e da equipe de enfermagem, prezando pela adequada assistência com segurança e qualidade.

Na atualidade, os manuais contêm de forma padronizada a descrição e o conceito da atividade, as normas e rotinas aplicáveis e a descrição do procedimento com suas respectivas observações importantes, estes documentos são denominados de Procedimentos Operacionais Padrão (POP). O POP pode ser definido como o conjunto de ações e procedimentos a serem realizados para uma determinada atividade que auxiliam o processo decisório.

Rotinas e padrões são definidos com o objetivo de estabelecer diretrizes para o controle e a melhoria da qualidade da assistência em saúde. Assim, a padronização de alguns processos são diretrizes detalhadas que representam o atendimento previsível,

apontando o que precisa ser melhorado nos processos e resultados das organizações (Valle, 2013).

Os instrumentos de normatização dos processos de trabalho em saúde têm como propósito orientar os profissionais de saúde quanto às intervenções clínicas, baseadas em evidência, na avaliação tecnológica, visando à garantia da qualidade do atendimento. Os instrumentos utilizados para normatizar são base para organização sistêmica dos serviços e ferramentas indispensáveis para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e da gestão (1).

São condições fundamentais na elaboração e implementação dos POPs: a participação de todos os profissionais do serviço com sugestões para a efetiva elaboração, o treinamento e a ciência de todos os profissionais, e o acompanhamento direto e a ciência do enfermeiro do serviço/ setor, do enfermeiro de educação permanente e do enfermeiro responsável técnico no documento. Os POPs devem ser de fácil leitura, compreensão e execução (autoexplicáveis).

(1) Valle, Andréia Rodrigues Moura da Costa. Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2013. 261 f.

POP 1-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Consiste na aplicação de medicamentos ao paciente. Ao administrar um medicamento, deve sempre checar, os “13 certos”: Paciente certo, Medicamento Certo, Via de administração certa, Prescrição certa, Horário Certo, Dose Certa, Ação certa, Tempo de administração certo, Compatibilidade certa, Registro Certo da Administração, Orientação Certa, Forma Certa e Resposta Certa.

2. Finalidade

A enfermagem atua na última etapa do processo (preparo e administração dos medicamentos), ou seja, na ponta final do sistema de medicação. E esse fato também aumenta a responsabilidade da equipe de enfermagem, pois ela é a última oportunidade de interceptar e evitar um erro ocorrido nos processos iniciais, transformando-se em uma das últimas barreiras de prevenção e garantia da segurança do paciente.

Para a verificação dos itens acima mencionados, faz-se necessária a confirmação do paciente através de dois elementos identificadores (nome completo e data de nascimento, por exemplo).

OBSERVAÇÃO:

O uso dos “certos” foi criado na década de 60 do século XX, especificamente como “cinco certos”. Desde então a equipe de Enfermagem comumente utiliza esta prática de verificação. Porém, diferentes autores propõem outros modelos como o apresentado acima.

O enfermeiro pode realizar a dupla checagem juntamente com o técnico de enfermagem, na ausência de outro enfermeiro na unidade, inclusive em situação de emergência; o técnico de enfermagem pode realizar dupla checagem, em relação à nutrição parenteral (Parecer Dupla-Checagem COREN-SP Nº 018/2020).

O processo da administração de medicamentos preparados/diluídos por outro profissional de enfermagem ou da área de saúde pode ser realizado pela equipe de enfermagem após se certificar que no recipiente em questão se encontra etiqueta de

identificação, aplicando os 13 certos preconizados e com a possibilidade de rastreabilidade do preparador;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Recomendações para registros de enfermagem no exercício da profissão. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília: Cofen, 2023.

COREN-SP - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: COREN-SP, 2017.

COREN-SP - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo Segurança do paciente: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP, 2022.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Prescrição de salinização de cateter por enfermeiro. Parecer Coren/SP n° 009/2009. São Paulo: 2009.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Medicamentos off label. Parecer Coren/SP n° 019/2011. São Paulo: 2011.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Dupla checagem. Parecer Coren/SP n° 40/2013. São Paulo: 2013.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Administração de medicamento prescrito em outro estabelecimento de saúde. Parecer Coren/SP n° 47/2013. São Paulo: 2013.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Assistência de enfermagem sem supervisão de Enfermeiro – Impossibilidade. Parecer Coren/SP n° 028/2013. São Paulo: 2013.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Administração de medicamentos em Unidade Básica de Saúde. Parecer Coren/SP n° 011/2020. São Paulo: 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Competência dos profissionais de enfermagem para realização de enterocлизма/lavagem intestinal, clister/enema e impactação fecal em instituições de saúde e na atenção domiciliar. Parecer Coren/SP n° 024/2021. São Paulo: 2021.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Permeabilização de cateter. Parecer Coren/SP n° 021/2022. São Paulo: 2022.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Administração de medicamento preparado/diluído por outro profissional de enfermagem ou da saúde. Parecer Coren/SP n° 005/2022. São Paulo: 2022.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Administração de Sacarato de hidróxido férrico (Noripurum®) IV e IM na Atenção Domiciliar. Parecer Coren/SP n° 017/2023. São Paulo: 2023.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Administração do metotrexato fora do ambiente hospitalar. Parecer Coren/SP n° 020/2023. São Paulo: 2023.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Treinamento de técnicas injetáveis em alunos na formação profissional. Parecer Coren/SP n° 013/2023. São Paulo: 2023.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Atuação da Enfermagem na administração de medicamentos em escolas e creches. Parecer Coren/SP n° 001/2024. São Paulo: 2024.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Administração de Ceftriaxona dissódica e Sacarato de hidróxido férrico (Noripurum®) EV e IM na Unidade Básica de Saúde. Parecer Coren/SP n° 004/2024. São Paulo: 2024.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Assistência de enfermagem sem supervisão de Enfermeiro – Impossibilidade. Parecer Coren/SP n° 028/2013. São Paulo: 2013.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Administração de ceftriaxona dissódica na atenção domiciliar. Parecer Coren/SP n° 418/2023. São Paulo: 2023.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Administração de sacarato de hidróxido férrico IV e IM na atenção domiciliar. Parecer Coren/SP n° 017/2023. São Paulo: 2023.

POP 2-ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO POR VIA INALATÓRIA

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Método de administração de medicamentos ou soluções através do sistema respiratório. Visa umidificar as vias aéreas; fluidificar secreções do trato respiratório, facilitando a sua expectoração; manter a permeabilidade da via aérea; administrar medicação broncodilatadora em spray.

2. Finalidade

Padronizar a administração de medicação via inalatória.

3. Executante

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem

4. Material

Máscara para nebulização

Copo nebulizador

Extensão de látex (chicote)

Seringa descartável de 10 ml

Agulha descartável para aspiração da solução e diluição (se necessário)

Solução de diluição prescrita

Medicamento prescrito

Fonte de oxigênio ou ar comprimido

Medicamento em spray e espaçador se indicado

5. Descrição do procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo/social

Seguir a conferência dos 13 certos (POP 1)

Higienização das mãos (POP 24)

Conferir o prescritor (nome e número registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, condições de transporte, temperatura e outros quesitos;

Reunir o material;

Higienizar as mãos (POP 24);

Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento e solução a serem administrados;

Aspirar a quantidade prescrita da solução para diluição do medicamento, se necessário;

Preparar corretamente o medicamento prescrito no copo nebulizador (quantidade de solução associada ao medicamento, conforme prescrição);

Conectar o copo nebulizador a extensão de látex (chicote), que está acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio;

Regular o fluxo (5 a 10 litros/min). Em caso de oxigênio o fluxo deve estar prescrito;

Orientar o paciente a manter a respiração nasal durante a inalação do medicamento;

Fechar o fluxômetro ao término da inalação e oferecer papel toalha ao paciente para este secar a umidade do rosto;

Comunicar ao prescritor que o procedimento foi finalizado, caso haja a necessidade de reavaliação após procedimento;

Desconectar o copo da extensão de látex (chicote) acoplado ao fluxômetro e colocar o copo e a máscara para lavagem e desinfecção;

Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

Nos casos em que a medicação for administrada com espaçador: agitar a medicação, introduzir no espaçador, manter a máscara bem ajustada ao rosto do paciente (envolvendo boca e nariz) e pressionar o inalador dosimetrado/spray de aerossol de modo que a medicação seja inalada pela criança, contando 15 segundos ou 7 inspirações, respeitar o intervalo de 20 segundos entre cada jato (puff) e repetir o procedimento a cada novo jato;

Verificar frequência cardíaca antes e depois do tratamento em pacientes que usam broncodilatadores pela primeira vez, em função dos seus efeitos colaterais (angústia, dor precordial, palpitação, taquicardia e vertigens).

OBSERVAÇÃO

Evitar conversar durante o processo de preparação de medicamentos.

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço.

Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente.

Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais.

Caso a solução para diluição esteja em um frasco que será fracionado para vários procedimentos, identificar frasco com data e horário de abertura e validade.

Deve-se fazer a inalação com o paciente sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023.

POP 3-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÂNEA

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

É a introdução de medicamentos no tecido subcutâneo.

2. Finalidade

Padronizar a técnica de aplicação de medicamentos por via subcutânea;

3. Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

4. Material

Seringa de 1mL ou 3 mL

Algodão

Agulha 13x4,5

Álcool 70%

Seringa insulina de 50UI/100UI

Medicamento prescrito

EPI- luva de procedimento

5. Descrição do Procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo/social

Seguir a conferência dos 13 certos (POP 1)

Higienização das mãos (POP 24)

Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;

Calçar as luvas de procedimento;

Escolher o local da administração;

Realizar limpeza na pele com água e sabão, caso haja sujidade visível;

Pinçar com os dedos a pele do local da administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão dominante) (Parecer Coren/SP nº 10/2018).

Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo 45° a 90° (dependendo da quantidade de tecido subcutâneo no local)

Aspirar, observando se atingiu algum vaso sanguíneo (parecer Coren/SP nº10/2018);
Injetar o líquido lentamente;
Retirar a agulha com movimento único e firme;
Fazer leve compressão local com algodão. Não massagear;
Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 24);
Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;
Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;
Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Técnica de administração de injeção/vacina por via subcutânea. Parecer Coren/SP nº 10/2018. São Paulo: 2018.

POP 4-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBLINGUAL

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

É a introdução de medicamentos por via sublingual.

2. Finalidade

Padronizar a técnica de aplicação de medicamentos por via sublingual;

3. Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

4. Material

Medicamento prescrito

Bandeja

Copo com água

EPI - Luva de procedimento (se necessário)

5. Descrição do Procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo/social

Seguir a conferência dos 13 certos (vide POP 1)

Higienização das mãos (POP 24)

Oferecer a medicação para o paciente colocar embaixo da língua, ou se impossibilitado, com luvas de procedimento, pegar a medicação com uma gaze e colocar na referida via.

Orientar o paciente para não mastigar ou deglutir o comprimido.

Descartar materiais adequadamente

Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2016.

POP 5-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

É a introdução de medicamentos em tecido muscular.

2. Finalidade

Padronizar a administração de medicamentos por via intramuscular (IM);

3. Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem (PARECER COREN-SP Nº 010/2020)

4. Material

EPI - luva de procedimento

Bandeja

Seringa – conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml)

Agulha – comprimento/calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado

Algodão

Álcool 70%

Medicamento prescrito

5. Descrição do Procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo/social

Seguir a conferência dos 13 certos (POP 1)

Higienização das mãos (POP 24)

Utilizar EPI – luvas de procedimento

Questionar se o usuário tem prótese de silicone ou silicone industrial injetado e qual a localização

Escolher o local da administração

Realizar antisepsia da pele com algodão umedecido com álcool 70%

Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar;

Introduzir a agulha com ângulo de 90° adequado à escolha do músculo;
Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento)
Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;
Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;
Fazer leve compressão no local;
Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 24);
Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, assinar e carimbar;
Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;
Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

a) Técnica de administração em região Dorsoglútea (DG) ou Quadrante superior lateral do glúteo:

Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição em pé é contra- indicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;

Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma linha imaginária, a partir da espinha íliaca pósterio-superior até o trocanter do fêmur;

Administrar a injeção acima dessa linha imaginária;

Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

Figura 1: Administração de medicação IM técnica dorsoglútea.



Fonte: POP Maringá 2023.

b) Técnica de administração em região Ventroglútea (VG) ou Local (técnica) de Hochstetter.

Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal;

Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;

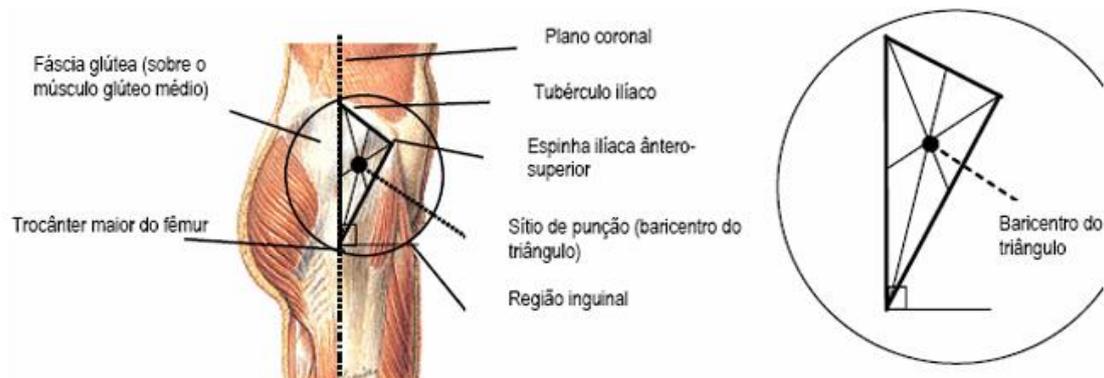
Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior direita;

Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca;

Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e afastar o indicador dos outros dedos formando um triângulo ou “V”. Realizar a aplicação dentro dessa área delimitada entre os dedos médios e indicador;

Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou com sarcopenia.

Figura 2: Técnica de administração Região Ventroglútea ou Local (técnica) de Hochstetter. Músculo do quadril (vista lateral) – delimitação do sítio de punção – baricentro do triângulo.



Fonte: POP Prefeitura de São Paulo, 2016.

c) Técnica de administração em região Vasto Lateral da Coxa:

Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;

Traçar um retângulo delimitado pela linha média na região anterior da coxa, (na frente da Perna) e na linha média lateral da coxa (do lado da perna), 12-15 cm do grande trocânter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura;

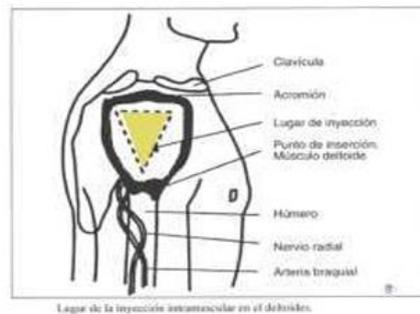
Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos.

d) Técnica de administração em região Deltoide:

Posicionar o paciente em pé, sentado ou decúbito lateral;

Localizar músculo deltoide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar o medicamento no centro do triângulo imaginário.

Figura 2: Técnica de administração em região deltoide.



Fonte: POP Maringá 2023.

e) Técnica de administração em Z

Essa técnica de aplicação é indicada para medicações IM profundas ou drogas irritantes, como o ferro, que podem infiltrar-se nos tecidos subcutâneos e pele, podendo manchá-la ou levando a necrose.

A utilização desta técnica permite, após a retirada da agulha, criar um caminho em zigue-zague, mantendo a medicação no interior do músculo, prevenindo desta forma a infiltração de drogas irritantes nos tecidos adjacentes.

Local de aplicação: Região Ventroglútea ou Região Dorsoglútea (DG)/Quadrante superior lateral do glúteo.

Indicações: Soluções oleosas e à base de ferro e em pacientes hemofílicos, que haja necessidade extrema de IM (Ex.: Vacina Antitetânica)

A técnica consiste em esticar firmemente para baixo e para o lado o tecido do local onde será injetada a medicação com seringa e agulha no ângulo de 90 graus. Aguardar aproximadamente 10 segundos antes de retirar a agulha, e, só então, soltar a pele.

OBSERVAÇÃO 1:

Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem

O músculo escolhido para administração do medicamento deve ser bem desenvolvido, de fácil acesso e não possuir vasos de grosso calibre ou nervos superficiais. O volume máximo e substância a ser utilizada devem ser compatíveis com a estrutura muscular (Vide Tabela).

Não é recomendado região dorsoglútea para menores de 2 anos, devido risco de acidentes com nervos e vasos, dada as variações anatômicas, bem como a musculatura pouco desenvolvida, por não serem deambulantes ainda.

No caso de pacientes que possuam prótese de silicone na região do glúteo implantada de maneira adequada, de acordo com os padrões sanitários vigentes, é indicada a região ventroglútea para administração de medicamentos via intramuscular.

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.

OBSERVAÇÃO 2:

Escolha correta do calibre da agulha:

A dimensão da agulha em relação à solução e à espessura da tela subcutânea (quantidade de tecido abaixo da pele) na criança e no adulto, deve seguir o seguinte esquema:

Faixa Etária	Espessura Subcutânea	Solução Aquosa	Solução Oleosa ou Suspensão
Adulto	Magro	25 x 6/7	25 x 8
	Normal	30 x 6/7	30 x 8
	Obeso	30 x 8	30 x 8
Criança	Magra	20 x 6	20 x 6
	Normal	25 x 6/7	25 x 8
	Obesa	30 x 8	30 x 8

OBSERVAÇÃO 3

A participação em programa de terapia medicamentosa referente à autoadministração intramuscular de interferon em pacientes portadores de esclerose múltipla possui respaldo científico para a realização desta prática, contudo ressalta-se que os protocolos de intervenção devem ser baseados em evidência científica, o cuidado deve ser fundamentado nas necessidades individuais e integrais do paciente e família, e documentado conforme as fases do Processo de Enfermagem preconizada pela Resolução COFEN 736/2024.

OBSERVAÇÃO 4

A troca de agulha para administração de medicamento por via intramuscular (Parecer Coren-SP 010/2021), considerando que os dispositivos de segurança são eficazes em prevenir acidentes, só se deve recomendar a troca da agulha se esta possuir os dispositivos de segurança preconizados pela legislação e caso o profissional esteja capacitado para utilizá-los. Em situações em que não exista tal dispositivo ou que não haja treinamento adequado para seu uso, a troca da agulha deve ser contraindicada, visto que os riscos para o profissional superam os possíveis benefícios para o paciente. Excetua-se desta regra a aplicação de medicamentos densos ou viscosos, onde se preconiza a troca da agulha de grande calibre utilizada na aspiração.

A instituição que possuir agulhas com dispositivo de segurança pode escolher que o procedimento de administração de medicamento seja realizado com ou sem a troca da agulha dentro do Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, considerando inclusive os custos financeiros para a instituição (o preço das agulhas com dispositivo é superior ao das convencionais) e os possíveis benefícios para o paciente.

Frente a isso, a decisão quanto a troca de agulha será de competência da instituição de saúde em que se insere o profissional, como demonstra a Portaria N° 1.748 do Ministério do Trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Aplicação de injeção intramuscular em pacientes com silicone em glúteo. Parecer Coren/SP CAT n° 20/2009. São Paulo: 2009.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Técnica de administração de medicamento via intramuscular. Parecer Coren/SP n° 10/2020. São Paulo: 2020.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Administração de decanoato de haloperidol por via intramuscular. Parecer Coren/SP n° 007/2009. São Paulo: 2009.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Auto administração de Medicamento por Via Intramuscular. Parecer Coren/SP n° 22/2015. São Paulo: 2015.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Troca de agulha entre a aspiração de medicamento e sua administração. Parecer Coren/SP n° 10/2021. São Paulo: 2021.

BRASIL. Portaria N°. 1.748, de 30 de agosto de 2011. Aprova a Norma Regulamentadora - NR – 32 aprovada pela Portaria MTE número 485, de de 11 de novembro de 2005, publicada na Seção I do Diário Oficial da União de 16 de novembro de 2005, aprovado pela Comissão Tripartite Permanente Nacional da NR 32. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011.

POP 6-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

É a introdução de medicamentos por via oral (VO).

2. Finalidade

Padronizar a técnica de aplicação de medicamentos por VO;

2. Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

3. Material

Prescrição médica

Bandeja

Medicação Prescrita

Copo com água

Copo descartável

Copo graduado, conta-gotas, colher-medida, seringa (para medicamentos líquidos)

4. Descrição do Procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo/social;

Conferir a prescrição;

Seguir a conferência dos 13 certos (vide POP 1);

Informar ao usuário e/ou acompanhante o procedimento a ser realizado;

Avaliar condições de deglutição do usuário;

Higienização das mãos (POP 24);

Reunir o material necessário na bandeja;

Atentar-se para paramentação adequada e uso de luvas.

Verificar o prazo de validade da medicação;

Levar medicação até o cliente; Manter o usuário em decúbito elevado e oferecer o medicamento seguido de água;

Certificar-se que o usuário deglutiu a medicação;
Higienizar as mãos (POP 24);
Descartar materiais adequadamente
Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;
Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

CANOAS. Prefeitura de Canoas-RS. Procedimento Operacional Padrão (POP) de Enfermagem. 2020.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023.

POP 7-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA RETAL

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

É a introdução de medicamentos por via retal.

2. Finalidade

Padronizar a técnica de aplicação de medicamentos por via retal;

2. Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

3. Material

Gazes	Equipo de macrogotas
Medicação prescrita	Bacia
Luvas de procedimento	Medicação
Lidocaína em gel	Sonda retal
Avental descartável (se necessário)	

4. Descrição do Procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo/social

Seguir a conferência dos 13 certos (vide POP 1)

Higienização das mãos (POP 24)

Atentar-se para paramentação adequada e uso de luvas

Proteger a maca com lençol descartável

Posicionar o paciente em posição de SIMS

Lubrificar a sonda retal com lidocaína gel

Introduzir a sonda no reto e infundir a solução lentamente

Retirar a sonda ao término da infusão

Orientar o paciente/acompanhante para verificar a evacuação após o procedimento, e relatar qualquer sintoma adverso.

Descartar materiais adequadamente

Higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2016.

POP 8-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Método de administração de medicamentos ou soluções através de uma veia.

2. Finalidade

Padronizar a administração de medicamentos por via endovenosa

3. Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

4. Material

Bandeja

Luva de procedimento

Algodão

Garrote/fita elástica

Etiqueta/esparadrapo para identificar o medicamento

Seringa descartável com dispositivo de segurança

Agulha descartável de grosso calibre – para aspiração/preparo do medicamento

Medicamento/solução prescrito

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 microporosa.

5. Descrição do Procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo/social

Seguir a conferência dos 13 certos (vide POP 1)

Higienização das mãos (POP 24)

Reunir o material

Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado.

Questionar se o paciente possui alergias

Conferir o prescritor (nome e número do registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

Calçar as luvas de procedimento;
Posicionar o paciente de forma adequada, em local iluminado;
Avaliar a rede venosa do paciente e selecionar o vaso que será puncionado.
Atentar para possíveis contraindicações;
Realizar antisepsia da pele com algodão umedecido com álcool 70%.
Garrotear aproximadamente 10 cm acima do local escolhido para a realização da punção venosa, solicitar ao paciente a realização do movimento de abrir e fechar das mãos;
Utilizar o dispositivo mais adequado para infusão do medicamento conforme as indicações a seguir:

a) Punção com dispositivo de infusão intravenoso (Scalp):

Realizar a punção com o bisel do scalp voltado para cima;
Observar se há retorno venoso, se sim, soltar o garrote;
Conectar o equipo, se for o caso, e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;
Fixar o dispositivo com micropore ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não perder o acesso venoso.

b) Punção com cateter intravenoso periférico (Abocath):

Realizar a punção com o bisel do abocath voltado para cima;
Observar se há retorno venoso no dispositivo, se sim, introduzir o cateter, remover a agulha ou acionar o dispositivo de recolhimento automático;
Soltar o garrote;
Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;
Fixar o dispositivo com micropore ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não perder o acesso venoso;
Administrar o medicamento no tempo correto, conforme prescrição ou indicação do fabricante, observando atentamente o retorno venoso, o paciente, e as reações apresentadas (dor, incômodo ou mal estar).

c) Punção com seringa agulhada

Realizar a punção com o bisel da agulha voltado para cima;
Observar se há retorno venoso, se sim, soltar o garrote;
Administrar o medicamento lentamente ou em *bolus*, conforme prescrição ou indicação do fabricante, observando atentamente se a veia não foi transfixada.

OBSERVAÇÃO 1: Após a finalização da administração medicamentosa:

Retirar o dispositivo escolhido para punção e pressionar o local por 10 segundos com algodão;

Orientar o paciente a manter o braço estendido e não carregar peso;

Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem em impresso próprio do paciente, assinar e carimbar;

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32)

OBSERVAÇÃO 2

i) AMPOLA

● Homogeneizar a ampola, limpar o gargalo com algodão embebido em álcool 70°;

● Montar a seringa/agulha com técnica adequada;

● Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze para apoio e proteção dos dedos;

● Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio da mão, e com a outra mão pegar a seringa e introduzir cuidadosamente dentro da ampola sem tocar as bordas externas, com o bisel voltado para baixo, em contato com o líquido;

● Aspirar a dose prescrita;

● Deixar a seringa/ agulha para cima em posição vertical, expelindo todo o ar que tenha penetrado;

● Proteger a agulha com protetor próprio (se houver);

● Desprezar o material perfurocortante em recipiente apropriado;

● Identificar com nome do paciente, via de administração e colocar na bandeja.

ii) FRASCO-LIÓFILO

● Retirar o lacre metálico superior, limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70°;

● Preparar a ampola diluente conforme técnica anterior;

● Montar seringa/agulha, usando agulha de maior calibre;

● Aspirar o diluente e injetar no frasco com o pó, lentamente;

● Realizar rotação de frasco entre as mãos para misturar o líquido ao liófilo (pó), evitando a formação de espuma;

● Colocar ar na seringa na mesma proporção e quantidade de líquido injetado no frasco;

● Erguer o frasco verticalmente, logo após a introdução do ar, aspirando a dose prescrita;

● Retirar o ar da seringa;

● Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente, líquido e via de administração;

● Desprezar material perfuro cortante em recipiente apropriado;

● Identificar a seringa com nome do paciente e via de administração, colocar na bandeja.

iii) FRASCO-AMPOLA

● Retirar o lacre metálico superior, limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70°;

● Acoplar seringa/agulha;

● Colocar ar na seringa na mesma proporção da quantidade do líquido a ser aspirado;

● Erguer o frasco verticalmente, logo após a introdução do ar, aspirar a dose prescrita;

● Retirar o ar da seringa;

● Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente, líquido e via de administração;

● Desprezar material perfuro cortante em recipiente apropriado;

● Identificar com nome do paciente, via de administração e colocar na bandeja.

OBSERVAÇÃO 3

Em caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, condições de transporte, temperatura, e outros quesitos (Parecer 47/2013) e solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme (Parecer 40/2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Dupla checagem. Parecer Coren/SP n° 40/2013. São Paulo: 2013.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Administração de medicamento prescrito em outro estabelecimento de saúde. Parecer Coren/SP n° 47/2013. São Paulo: 2013.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2016.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Administração de medicamentos em cateter venoso central por Enfermeiro. Parecer Coren/SP n° 005/2009. São Paulo: 2009.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Punção de cateter Venoso Central de Longa Permanência port-a-cath por profissional de enfermagem. Parecer Coren/SP n° 060/2013. São Paulo: 2013.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Dupla checagem. Parecer Coren/SP n° 40/2013. São Paulo: 2013.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Manutenção cateter venoso periférico em pacientes de atenção domiciliar. Parecer Coren/SP n° 006/2022. São Paulo: 2022.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Uso de tala para imobilização de membros em crianças com cateter venoso periférico. Parecer Coren/SP n° 022/2022. São Paulo: 2022.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Atuação da equipe de Enfermagem na Terapia intravenosa. Parecer Coren/SP n° 007/2023. São Paulo: 2023.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Competência do profissional de enfermagem para punção de fístula arteriovenosa. Parecer Coren/SP n° 010/2023. São Paulo: 2023.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Administração de Ceftriaxona dissódica e Sacarato de hidróxido férrico (Noripurum®) EV e IM na Unidade Básica de Saúde. Parecer Coren/SP n° 04/2024. São Paulo: 2024.

POP 9 – AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1 Conceito

Exame que obtém a concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital.

2. Finalidade

Padronizar a aferição da glicemia capilar

3. Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

4. Material

Bandeja	Luvas de procedimento
Algodão	Lanceta (não utilizar lancetador)
Álcool a 70%	Glicosímetro
Tiras reagentes	

5. Descrição do Procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo ou social

Explicar o procedimento ao paciente e/ou responsável

Posicionar o paciente

Higienizar as mãos (POP 24)

Reunir o material

Calçar as luvas de procedimento

Conectar a fita reagente ao glicosímetro

Fazer antisepsia com algodão levemente embebido no álcool a 70% e esperar secar completamente

Posicionar o dedo do paciente para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local

Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção

Comprimir o local com algodão seco

Aguardar o resultado pelo glicosímetro

Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado
Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados
Retirar as luvas de procedimento
Higienizar as mãos (POP 24)
Realizar anotação de enfermagem (POP 11), assinar e carimbar
Registrar a produção;
Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32)

OBSERVAÇÃO

Evitar locais frios, cianóticos ou edemaciados para a punção para assegurar uma amostra de sangue adequada.

Verificar a validade das fitas.

Adotar medidas terapêuticas conforme o valor obtido.

Comunicar o resultado alterado* ao enfermeiro/médico. *Conforme normas vigentes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD).

Cumprir o rodízio dos locais de punção

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Antissepsia da pele com álcool 70% e a realização do teste de glicemia capilar. Parecer Coren/SP n° 002/2010. São Paulo: 2010.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Realização de glicemia capilar e aferição de pressão arterial. Parecer Coren/SP n° 30/2013. São Paulo: 2013.

POP 10 – AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

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

2. Finalidade

Padronizar a aferição da pressão arterial

3. Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

4. Material

Algodão/Álcool a 70% (para limpeza do estetoscópio)

Estetoscópio

Esfigmomanômetro (tamanho RN, infantil, adulto e obeso) ($\frac{2}{3}$ do tamanho do braço)

5. Descrição do Procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo ou social

Explicar o procedimento ao paciente e ou responsável.

Higienização das mãos (POP 24) ;

Reunir o material

Posicionar o paciente

Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração, apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido;

Identificar o manguito adequado (com largura correspondente a 40% da circunferência do braço), realizar assepsia das olivas e campânula do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%;

Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;

Estimar o nível da PAS (Pressão Arterial Sistólica) pela palpação do pulso radial
Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva;

Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação;

Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);

Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (Korotkoff - 1º som audível) e, depois, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.

Determinar a PAD (Pressão Arterial Diastólica) no desaparecimento dos sons (Korotkoff - último som);

Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e, depois proceder, à deflação rápida e completa;

Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (Korotkoff) e anotar valores da PAS X PAD.

Desinsuflar totalmente o manguito;

Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos;

Retirar o manguito do braço do paciente;

Realizar novamente assepsia das olivas e campânula do estetoscópio;

Higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (POP 11);

Registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

OBSERVAÇÃO

Certificar-se de que o paciente 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.

Posicionar adequadamente o paciente: Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º

espaço intercostal), livre de roupas, apoiado com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

O esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado sempre que apresentar sinais de descalibração.

Para medida de pressão arterial na coxa, o procedimento é o seguinte: Utilizar o manguito de tamanho adequado, colocando no terço inferior da coxa; Colocar o paciente em decúbito ventral; Realizar a ausculta na artéria poplítea.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barroso *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Realização de glicemia capilar e aferição de pressão arterial. Parecer Coren/SP n° 030/2013. São Paulo: 2013.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Aferição de pressão arterial para leigos. Parecer Coren/SP n° 027/2013. São Paulo: 2013.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Atuação da equipe de enfermagem na punção arterial para coleta de sangue e cateterização intra-arterial para monitorização de pressão arterial invasiva. Parecer Coren/SP n° 004/2023. São Paulo: 2023.

POP 11 – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Anotação de Enfermagem é o registro de informações realizado pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), relativas ao paciente/cliente, família e comunidade. Assegura a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garante a continuidade dos planos de cuidado e das informações, a qualidade da assistência, a segurança do paciente/cliente e da equipe do cuidado.

2. Finalidade

Padronizar a anotação de enfermagem.

3. Executante

Enfermeiro, Técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

4. Material

Prontuário tradicional, domiciliar, eletrônico ou ficha de atendimento

Caneta esferográfica azul ou preta

Carimbo pessoal (com nome completo do profissional, categoria e número registro no conselho de classe)

5. Descrição do Procedimento

Registrar todo e qualquer procedimento realizado no paciente sobre sua responsabilidade, garantindo o respaldo legal dos profissionais e garantia da continuidade da assistência prestada;

Nunca registrar procedimento ou cuidado realizado por terceiros;

Registrar de forma completa, claras, legíveis, objetivas, pontuais, cronológicas e objetiva, observando ortografia, caligrafia e redação;

Devem ser precedidas de data e hora, identificação do profissional com o número do Coren e assinadas ao final. O uso do carimbo faz parte da assinatura;

Não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas ou espaços em branco;

O registro deve constar em impresso devidamente identificado no cabeçalho com nome completo do paciente, e complementado com data e horário, bem como numeração da página;

Registrar informações referentes aos cuidados, sinais vitais mensurados, intercorrências e medidas adotadas, respostas dos pacientes/clientes às ações realizadas, atendimento às prescrições de enfermagem, cuidados de rotina, encaminhamentos ou transferências.

OBSERVAÇÃO:

O conteúdo da anotação deve ser descritiva e não interpretativa.

Não utilizar corretivos, nem riscar, molhar ou manchar o impresso.

Em caso de erro na anotação, usar a palavra “digo”, entre vírgulas.

O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos.

As anotações são necessárias para garantir a continuidade na assistência prestada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Redação das anotações e evoluções de enfermagem. Parecer Coren/SP n° 013/2010. São Paulo: 2010.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo Anotações de enfermagem/Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: Coren-SP, 2022.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Anotação CID. Parecer Coren/SP n° 016/2012. São Paulo: 2012.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Acesso e anotação no prontuário pelo Agente Comunitário em Saúde (ACS) . Parecer Coren/SP nº 026/2021. São Paulo: 2021.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Registro e assinatura eletrônica em prontuário de paciente. Parecer Coren/SP nº 029/2021. São Paulo: 2021.

POP 12 - ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Aspiração de vias aéreas é o método utilizado para remover secreções do trato respiratório superior e inferior, no caso de pacientes intubados ou traqueostomizados. A aspiração se dá através da sucção de secreções, a fim de desobstruir a passagem de ar nas vias aéreas.

Tipos de aspiração:

Orofaringea - quando são aspiradas secreções da cavidade oral e orofaringe,

nasofaringe - quando são aspiradas secreções da cavidade nasal e nasofaringe,

orotraqueal - quando são aspiradas secreções da cavidade oral e traqueal, usualmente acessada por meio de tubo orotraqueal,

endotraqueal - quando são aspiradas secreções da traquéia, acessada por meio da traqueostomia.

2. Finalidade

Padronizar o procedimento de aspiração de vias aéreas.

3. Executante

Enfermeiro

Técnico de Enfermagem, nas condições asseguradas pela Resolução COFEN Nº 557/2017 e Parecer Coren – SP 021/2023.

4. Material

EPIs: luva estéril, óculos de proteção, gorro, máscara cirúrgica, avental descartável (Observação: Serão utilizadas luvas de procedimento somente em caso de aspiração orofaríngea).

Sistema de aspiração, contendo extensões, frasco coletor e aspirador

Sonda para aspiração número 14 ou 16 (adulto), 8 ou 10 (pediátrico)

Ampola de SF 0,9% quando indicado

Gaze estéril

Água destilada

Oxímetro de pulso

Observação: Para realização deste procedimento é importante garantir acesso a recursos úteis em situações de urgência e instabilidade do paciente, como fonte de oxigênio e dispositivo bolsa-válvula-máscara (ambu).

5. Descrição do Procedimento

- Identificar o paciente pelo nome completo ou social;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou responsável.
- Higienização das mãos (POP 24);
- Reunir o material e colocar EPI;
- Seguir a descrição “a” ou “b”, apresentadas a seguir.

a) **Aspiração de Orofaringe:**

Posicionar o paciente em posição fowler ou semi-fowler, se não for contraindicado;

Conectar a sonda ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone;

Abrir fonte de vácuo;

Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante;

Clampear a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar a cavidade oral e a orofaringe até a ausência/redução esperada do conteúdo aspirado;

Lavar a extensão com água destilada;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados.

Retirar os EPIs;

Deixar o paciente confortável;

Higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

b) **Aspiração de Nasofaringe e Traqueia:**

Posicionar o paciente em posição semi-fowler para aspiração nasal, e com a cabeça em extensão para aspiração traqueal;

Posicionar o oxímetro de pulso;

Calçar luvas estéreis. Após calçar as luvas, o profissional deverá manter a esterilidade da luva da mão dominante, utilizando a mão não dominante para tocar superfícies e objetos não estéreis;

Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, abrindo apenas o lado da embalagem da sonda que se conecta à extensão. Utilize o restante da embalagem para proteger a sonda, mantendo-a estéril.

Abrir fonte de vácuo;

Com a mão dominante (estéril), introduzir a sonda na cavidade indicada:

- região nasal (aspiração de nasofaringe) ou;
- tubo orotraqueal, ou;
- região traqueal (no caso de traqueostomia).

Ao introduzir a sonda, manter a extensão clampeada para não aplicar sucção até encontrar resistência, favorecendo remoção das secreções e prevenindo hipóxia;

-Soltar o látex para obter sucção, retirando a sonda com movimentos circulares, não ultrapassando a duração de 10 segundos. Utilize a gaze estéril para limpar secreções da sonda se necessário;

-Aguardar pelo menos 30 segundos entre as sucções, favorecendo que o paciente ventile e descanse entre as aspirações, para corrigir a hipoxemia e amenizar o desconforto. Observação: No caso de paciente acoplado a ventilador mecânico, neste intervalo reconectar o tubo do paciente ao ventilador, deixando-o descansar por pelo menos 30 segundos;

-Se necessário, repetir o procedimento, entretanto é recomendado não realizar mais do que três aspirações por sessão. Observação: No caso de paciente submetido inicialmente a aspiração traqueal, deve-se promover a limpeza da sonda estéril com água destilada e gaze, em seguida proceder a aspiração da nasofaringe, e por último a orofaringe.

-Lavar a extensão do aspirador com água destilada e desprezar a sonda;

-Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

-Retirar os EPIs;

-Fechar fonte de vácuo;

-Deixar o paciente confortável;

-Higienizar as mãos (POP 24);

- Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

OBSERVAÇÕES:

A instilação de SF 0,9% (até 5 ml) por via intrabrônquica é indicada para promover fluidificação, mobilizar as secreções e estimular a tosse quando ocorrer formações de rolhas.

A utilização de luvas estéreis em ambiente hospitalar é obrigatória nas aspirações endotraqueal e orotraqueal (Parecer Coren/SP n° 015/2021), no entanto o uso das luvas estéreis em ambiente domiciliar é discutível. No contexto domiciliar, em nosso município temos utilizado luvas estéreis somente para aspiração endotraqueal.

O enfermeiro deve realizar ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliação da necessidade de aspiração.

Quando o paciente estiver em intubação orotraqueal, ficar atento aos dados vitais captados por monitor, como saturação de oxigênio, frequência cardíaca e pressão arterial.

Monitorar os parâmetros do ventilador, caso esteja em ventilação mecânica. Essa monitoração deve ser feita antes, durante e após procedimento.

Observar e registrar o aspecto da secreção do paciente (cor, consistência, quantidade e odor).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Tipo de luva a ser utilizada na aspiração de vias aéreas em ambiente hospitalar. Parecer Coren/SP n° 015/2021. São Paulo: 2021.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Competência dos profissionais de enfermagem quanto ao procedimento de aspiração de secreção por cânula de traqueostomia. Parecer Coren/SP n° 021/2023. São Paulo: 2023.

COFEN. Resolução nº 557, de 23 de agosto de 2017. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas.

PERRY, A.G.; POTTER, P.A. Mosby's Pocket Guide to Nursing Skills & Procedures. 8ª edição. Elsevier, 2015.

POP 13 - CALÇAR LUVAS ESTÉREIS

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

O uso de luvas estéreis possibilita a proteção de pacientes e profissionais da saúde. Protege o paciente por mitigar a contaminação por microorganismos. Durante procedimentos estéreis protege o profissional por se tratar do uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) contra exposição ao sangue ou outros fluidos corporais como secreções e excretas. Logo, para cumprir ambas as funções, faz-se necessário proceder o correto calçamento das luvas.

2. Finalidade

Padronizar a técnica de calçar luvas estéreis.

3. Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem.

4. Material

Par de luvas estéreis.

5. Descrição do Procedimento

5.1) CALÇAR LUVA ESTÉRIL

-Reunir o material;

-Escolher o tamanho da luva de acordo com a numeração adequada ao profissional;

-Higienizar as mãos (POP24);

-Abrir a embalagem externa, removendo a embalagem interna (“envelope”) e a apoiando sobre uma superfície limpa. Posicionar a abertura do envelope para cima, respeitando as orientações do fabricante, mantendo os punhos da luva voltados para o profissional;

-Abrir o envelope, mantendo estéreis as luvas e a área interna do mesmo;

-Unir os dedos da mão dominante, e com a palma na mão voltada para cima, introduzir a mão dominante na abertura da luva correspondente, tracionando-a para colocá-la (FIGURA 1);

- Com a mão dominante enluvada, colocar os dedos na dobra do punho da luva oposta, expondo a sua abertura;
- Unir os dedos da outra mão, e com a palma da mão voltada para cima, introduzi-la na luva até colocá-la totalmente, inclusive o punho (FIGURA 1);
- Ajustar as luvas;
- Realizar o procedimento proposto;
- Retirar as luvas;
- Desprezar as luvas em local apropriado;
- Higienizar as mãos (POP 24).

Figura 1: Passo a passo para calçar luvas estéreis.



5.2) RETIRAR LUYA ESTÉRIL

- Manter as luvas contaminadas com os dedos voltados para baixo;
- Com a mão dominante, segurar a face externa da luva, na altura do punho (Figura 2);
- Tracionar a luva para retirá-la da mão, virando-a pelo avesso;
- Segurar a luva removida com a mão enluvada e tocar a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) (Figura 2);

- Retirar a outra luva de forma que uma luva permaneça dentro da outra, com o lado contaminado para dentro;
- Desprezar as luvas em local apropriado (lixo infectante - saco branco);
- Realizar a higienização das mãos (POP 24).

Figura 2: Passo a passo para retirar luvas estéreis.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Tipo de luva a ser realizada na aspiração de vias aéreas em ambiente hospitalar. Parecer Coren/SP n° 015/2021. São Paulo: 2021.

POP 14- CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Introdução de um cateter até a bexiga para retirada da urina.

2. Finalidade

Padronizar técnicas de realização de cateterismo vesical de demora.

3. Executante

Enfermeiro (privativo).

4. Material

EPIs (avental descartável de manga longa, máscara cirúrgica, touca, óculos de proteção, luva de procedimento e luva estéril)

Sonda foley de calibre adequado.

Seringas de 20 ml (ponta luer slip - simples - que encaixe no dispositivo de preenchimento do balonete da sonda)

Agulha 40x12

Tubo de lidocaína gel 2%

Frascos de água destilada de acordo com o fabricante

Luvas estéreis

Campo cirúrgico fenestrado estéril

Frasco de solução antisséptica recomendada (clorexidina aquosa a 1%)

Bolsa coletora sistema fechado

Gazes estéril

Kit para cateterismo vesical (pinça kelly, cuba rim e cuba redonda com gazes dobradas)

Micropore para fixação da sonda

Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão)

5. Descrição do Procedimento

5.1) Paciente do sexo feminino:

Explicar o procedimento a paciente e posicioná-la confortavelmente;

Fazer higiene das mãos (POP 24) e calçar luvas de procedimento;

Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados e afastados, os pés sobre o leito;

Realizar a higiene íntima;

Fazer higiene das mãos (POP 24) novamente;

Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível;

Calçar as luvas estéreis (POP 13);

Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado, mantendo-os afastados até que o cateterismo termine;

Realizar antissepsia da região perineal com clorexidina 2% e gaze estéril com movimentos únicos. Colocar campo fenestrado;

Desprezar a primeira porção de lidocaína e lubrificar a sonda com lidocaína 2%;

Introduzir a sonda pré-conectada a um coletor de drenagem de sistema fechado, por 5 a 7 cm no meato uretral, utilizando técnica asséptica estrita;

Insuflar o balonete com água destilada conforme orientação do fabricante. Certifique que a sonda está drenando adequadamente. Tracionar suavemente a sonda até sentir resistência;

Fixar a sonda de demora juntamente com o equipo de drenagem na coxa;

Secar a área e manter paciente confortável;

Higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

5.2) Paciente do sexo masculino:

Explicar o procedimento ao paciente e posicioná-lo confortavelmente;

Fazer higiene das mãos (POP 24) e calçar luvas de procedimento;

Colocar o paciente em posição dorsal com as pernas estendidas;

Realizar a higiene íntima;

Fazer higiene das mãos (POP 24) novamente;

Abrir o pacote de cateterismo usando técnica asséptica;

Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula;

Colocar dentro do campo do cateterismo sonda vesical de demora, gases e seringa;

Calçar luvas estéreis;

Solicitar auxílio para preencher a seringa com 10 ml de lidocaína. Desprezar a primeira porção;

Pegar, com o auxílio da pinça, gaze embebida em solução antisséptica;

Limpar primeiramente a região púbica, no sentido transversal, com movimento único e firme, desprezando a gaze para cada movimento. Usar gases para segurar o pênis, perpendicular ao corpo, e limpar, no sentido longitudinal, de cima para baixo, do lado mais distante ao mais próximo, sempre utilizando uma gaze para cada movimento;

Limpar o corpo do pênis;

Segurar o pênis do paciente, perpendicular ao corpo, puxar o prepúcio para baixo, de modo a expor a glândula. Limpar a glândula com movimentos circulares, começando a partir do meato;

Limpar o orifício da uretra;

Colocar o campo fenestrado;

Desprezar a primeira porção de lidocaína, injetar 10 ml de lidocaína no meato;

Introduzir a sonda pré-conectada a um coletor de drenagem de sistema fechado pela uretra, de forma a deslizar até que flua a urina;

Insuflar balonete com água destilada de acordo com a orientação do fabricante;

Fixar a sonda de demora, prendendo-a abaixo do umbigo na direção vertical;

Secar a área e manter paciente confortável;

Higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

OBSERVAÇÃO:

Não está mais preconizada a necessidade de inflar o balonete com água estéril para testá-lo quanto a possível vazamento, antes de inserir o cateter. A

insuflação/desinsuflação precoce do balão pode levar à formação de sulcos, potencializando a causa de traumatismo durante a inserção.

Para realizar sondagem vesical é necessária prescrição médica (Resolução COREN 27/2019).

A mudança de cateteres de demora ou bolsas de drenagem em intervalos fixos de rotina não é recomendada. Em vez disso, a troca de cateteres e bolsas de drenagem acontece com base em indicações clínicas como infecção, obstrução ou quando o sistema fechado está danificado. Segundo orientações da ANVISA a equipe de saúde não precisa monitorar rotineiramente bacteriúria assintomática em pacientes com cateter, mas recomenda-se a sua retirada precocemente.

Escolher sondas de menor calibre (12 a 16F) em adultos. Utilizar sondas de maior calibre (20 a 24 F) quando for passível a formação de coágulo.

- Trocar todo sistema de drenagem fechado quando ocorrer obstrução do cateter ou do tubo coletor, suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna do cateter, violação ou contaminação do cateter e/ou do sistema de drenagem e febre sem outra causa conhecida.

- Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e orientar o paciente a mantê-la nesta posição.

- Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga.

- Alternar os locais da fixação e trocar a fita adesiva a cada 24 horas.

- Manter o ponto distal de drenagem do coletor de urina suspenso, ou seja, sem que este encoste no solo.

*Atentar para separar material em dobro para o caso de contaminação e em caso de visita domiciliar (VD).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Prescrição de cateterismo vesical por Enfermeiro e monitorização/manutenção pelo Auxiliar de Enfermagem. Parecer Coren/SP n° 035/2014. São Paulo: 2014.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Cuidados com cateterismo vesical. Parecer Coren/SP n° 027/2019. São Paulo: 2019.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Sondagem/cateterismo vesical de demora, de alívio e intermitente no domicílio. Parecer Coren/SP n° 006/2015. São Paulo: 2015.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Lavagem de cateter vesical de demora de três vias, com sangramento. Parecer Coren/SP n° 030/2019. São Paulo: 2019.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Desobstrução de sonda vesical de demora ou cateterismo vesical de demora. Parecer Coren/SP n° 006/2024. São Paulo: 2024.

PRADO, Marta Lenise do et al (org.). Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2013. 548 p. Revisada e ampliada.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023.

TAMBALO, Danila Soares. UNIFACCAMP. Procedimento Operacional Padrão. Cateterismo Vesical de Demora. 2021.

POP 15 - CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

É a introdução de uma sonda/cateter estéril da uretra até a bexiga utilizando técnica asséptica com finalidade diagnóstica ou terapêutica. Promove alívio imediato nos casos de retenção urinária pós-micção e auxiliar no diagnóstico (coleta de exames).

2. Finalidade

Padronizar técnicas de realização de cateterismo vesical de alívio.

3. Executante

Enfermeiro (privativo)

4. Material

Mesa auxiliar

EPIs (avental de manga longa descartável, máscara cirúrgica, óculos de proteção, touca e luva estéril)

Bandeja de cateterismo vesical (pinça Kelly, pinça anatômica, cuba rim e cuba redonda com gazes dobradas)

Campo fenestrado de TNT estéril com abertura circular no meio

Sondas uretrais de calibre acordo com idade e sexo do paciente (lactentes, nº 5 ou 6; crianças, nº 8 ou 10; adolescentes, nº 10 ou 12; adultos, nº 16 a 20.)

Tubo de lidocaína gel 2%

Pacote de Gaze estéril

Frasco de clorexidina aquosa a 1%

Pacote de luvas de procedimento

Pacote de luvas estéreis

Materiais para higiene íntima (bacia com água morna, sabonete, papéis, luvas de procedimento)

5. Descrição do Procedimento

5.1) Paciente do sexo feminino

Explicar o procedimento a paciente e posicioná-la confortavelmente;

Higienizar as mãos (POP 24) e calçar luvas de procedimento;
Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados e afastados, os pés sobre o leito;
Realizar a higiene íntima;
Higienizar as mãos (POP 24) novamente
Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.
Calçar as luvas estéreis (POP 13);
Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado, mantendo-os afastados até que o cateterismo termine;
Realizar antissepsia da região perineal com clorexidina 2% e gaze estéril com movimentos únicos. Colocar campo fenestrado;
Evitar contaminar a superfície da sonda;
Desprezar a primeira porção de lidocaína e lubrificar a sonda com lidocaína 2%;
Introduzir a sonda e realizar o esvaziamento total da bexiga ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial;
Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir;
Secar a área, tornar o paciente confortável;
Higienizar as mãos (POP 24);
Realizar anotação de enfermagem (POP 1q) e registrar a produção;
Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

5.2) Paciente do sexo masculino

Explicar o procedimento ao paciente e posicioná-lo confortavelmente;
Higienizar as mãos (POP 24) e calçar luvas de procedimento;
Colocar o paciente em posição dorsal com as pernas estendida;
Realizar a higiene íntima;
Higienizar as mãos (POP 24) novamente;
Abrir o pacote de cateterismo usando técnica asséptica;
Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula;
Colocar dentro do campo do cateterismo sonda vesical de alívio, gazes e seringa;
Calçar luvas estéreis (POP 13);

Após desprezar a primeira porção de lidocaína, solicitar auxílio para preencher a seringa com 10 ml de lidocaína.

Pegar, com o auxílio da pinça, gaze embebida em solução antisséptica;

Limpar primeiramente a região púbica, no sentido transversal, com movimento único e firme, desprezando a gaze para cada movimento. Usar gazes para segurar o pênis, perpendicular ao corpo, e limpar, no sentido longitudinal, de cima para baixo, do lado mais distante ao mais próximo, sempre utilizando uma gaze para cada movimento;

Limpar o corpo do pênis;

Segurar o pênis do paciente, perpendicular ao corpo, puxar o prepúcio para baixo, de modo a expor a glândula. Limpar a glândula com movimentos circulares, começando a partir do meato;

Limpar o orifício da uretra;

Colocar o campo fenestrado;

Desprezar a primeira porção de lidocaína, injetar 10 ml de lidocaína no meato;

Introduzir delicadamente o cateter no interior do meato uretral e observar se há uma boa drenagem urinária;

Depois de esvaziar a bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial remover delicadamente o cateter;

Após a sondagem vesical, o prepúcio deve ser recolocado sobre a glândula, pois sua posição retraída pode vir a causar edema;

Posicionar o paciente confortavelmente;

Higienizar as mãos (POP 42);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

OBSERVAÇÃO:

Para realizar sondagem vesical é necessária prescrição médica (Resolução COREN 27/2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Cuidados com cateterismo vesical. Parecer Coren/SP n° 027/2019. São Paulo: 2019.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Desobstrução de sonda vesical de demora ou cateterismo vesical de demora. Parecer Coren/SP n° 006/2024. São Paulo: 2024.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Lavagem de cateter vesical de demora de três vias, com sangramento. Parecer Coren/SP n° 030/2019. São Paulo: 2019.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Sondagem/cateterismo vesical de demora, de alívio e intermitente no domicílio. Parecer Coren/SP n° 006/2015. São Paulo: 2015.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Prescrição de cateterismo vesical por Enfermeiro e monitorização/manutenção pelo Auxiliar de Enfermagem. Parecer Coren/SP n° 035/2014. São Paulo: 2014.

POP 16 – COLETA DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA (CO)

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

O exame de prevenção pela técnica de Papanicolaou ou citologia oncótica. Consiste na coleta e análise de material celular da cérvix uterina para o rastreamento do câncer de colo uterino e de suas lesões precursoras, antes mesmo do aparecimento dos sintomas. Realiza coleta de material cervical (endocérvice e ectocérvice) de colo uterino para rastreamento e diagnóstico de patologias cervicais e prevenção do câncer de colo uterino.

2. Finalidade

Padronizar técnicas de coleta de citologia oncótica (CO)

3. Executante

Enfermeiro (privativo)

4. Material

EPIs: avental descartável ou jaleco de manga comprida, luvas de procedimentos

Espéculo descartável estéril P, M ou G

Lâmina de vidro com uma extremidade fosca para identificação

Solução de fixação apropriada

Espátula de Ayres

Escova cervical

Recipiente para acondicionamento da lâmina

Gaze

Pinça Cheron

Avental descartável para paciente

Lençol descartável

Formulário de Requisição do exame

Lápis para identificação da lâmina

5. Descrição do Procedimento

Chamar a paciente pelo nome completo. Apresentar-se a paciente, recepcionando-a no local onde será feita a coleta;

Realizar anamnese e registrar em prontuário (DUM, data última coleta, idade, antecedentes pessoais e obstétricos, queixas, dentre outros);

Orientar a paciente 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, código da unidade e cadastro), colocando-a na mesa auxiliar, para receber o material coletado;

Oferecer camisola/avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando que retire toda a roupa, vista o avental com a abertura para frente e esvazie a bexiga;

Higienizar as mãos (POP 24);

Solicitar à paciente que se deite sobre a mesa ginecológica, cobrindo-a com o lençol descartável ou proteção com o avental;

Expor as mamas e realizar exame clínico das mamas, sempre explicando o procedimento;

Em seguida auxiliar a paciente a se posicionar na mesa ginecológica adequadamente, para a coleta do exame colpocitopatológico;

Colocar os EPI's (POP 23);

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, leucorreias);

Escolher o espéculo adequado (vide observações);

Introduzir o espéculo, ligeiramente inclinado (15°), fazendo uma rotação de 90° 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 algodão montada em uma pinça Cheron, sem esfregar, para não perder a qualidade da amostra;

Preencher formulário de solicitação do exame;

Coleta Ectocervical

Encaixar a ponta mais longa da espátula de Ayres no orifício do colo, apoiando-a com firmeza, e com movimento rotativo de 360° ao redor de todo o orifício. Caso a amostra não tenha sido representativa repetir o movimento;

Estender o material ectocervical, dispondo-o no sentido VERTICAL, ocupando 2/3 iniciais da parte transparente da lâmina, utilizando as duas laterais da espátula;

Coleta Endocervical

Utilize a escova de coleta endocervical, introduzindo-a delicadamente no canal cervical realizando movimento circular em 360°;

Estender o material ocupando o 1/3 restante da lâmina, rolando a escova de no sentido HORIZONTAL, sentido contrário ao sentido utilizado para coleta do material endocervical.

Fixação do Material coletado

Fixar o esfregaço imediatamente após a coleta, garantindo a manutenção das características originais das células, preservando-as do dessecação (fixação inadequada) que impossibilita a leitura do exame;

Propinilglicol: Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 10 cm



Colocação do material na Lâmina



Fixação do material coletado na lâmina

Fechar o espéculo, retirando-o delicadamente. Colocar em recipiente próprio;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Retirar as luvas e auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar em prontuário;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

Tamanho do espécuro:

Tamanho	Indicação
Pequeno	Mulheres jovens, sem parto vaginal, magras ou menopausadas;
Médio	Mulheres eutróficas;
Grande	Multíparas, Obesas.

OBSERVAÇÕES:

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

Não coletar em caso de presença de sangramento vaginal expressivo e/ou menstruação; Relação sexual nas últimas 48 horas. Paciente virgem, a coleta deverá ser realizada por profissional médico.

Não usar creme vaginal, ducha vaginal, ou ter relação sexual ou submeter-se a exames intravaginais (ex. ultrassom) dois dias antes do exame.

A faixa etária prioritária para o rastreamento do Câncer de Colo Uterino: mulheres de 25 a 64 anos. Mulheres em outra faixa etária a coleta do Exame de Citopatologia fica a critério clínico.

Na faixa etária de 25 – 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).

Caso a visualização do colo não seja possível solicitar que a paciente tussa ou faça pequena força com o períneo.

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 espécúlo com solução salina (SF 0,9%). Não lubrificar o espécúlo com solução oleosa.

Em paciente gestante ou com suspeita de gravidez realizar apenas coleta de material ectocervical.

Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento.

Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível. EXCEÇÃO: 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).

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

INCA - Instituto Nacional de Câncer - José Alencar Gomes da Silva. 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.

POP 17 –COLETA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS EM UNIDADES DE SAÚDE

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

* Não utilizar adornos em cumprimento aos requisitos da Cartilha NR32/2008 - Comitê de Biossegurança.

1. Conceito

Coletar e acondicionar para o transporte amostras biológicas (sangue, urina e fezes) para auxiliar no diagnóstico e/ou tratamento.

2. Finalidade

Padronizar técnicas de realização de coleta de amostras biológicas em unidades de saúde

2. Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

3. Material

EPIs (luvas de procedimento, óculos de proteção, avental/jaleco)

Algodão ou gaze estéril

Álcool a 70% ou Clorexidina Alcoólica 0,5% ou Clorexidina Aquosa 0,2%

Garrote

Braçadeira

Caixa de descarte perfurocortante

Curativo adesivo

Grade para suporte dos tubos

Agulha/scalp descartável

Sistema a vácuo: adaptador, tubo para coleta e agulha descartável (obs: não reutilizar o adaptador)

Impresso próprio de registro para controle de exames realizados

Etiquetas de identificação do laboratório vigente

Guia de requisição de exame

4. Descrição do Procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo/social com o formulário único de requisição de exames em mãos.

Solicitar documento com foto e confirmar nome completo e data de nascimento do formulário com o paciente.

Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução.

Separar a guia de requisição de exames.

Verificar quais exames foram solicitados e se contém, quando necessário, os demais documentos anexados (SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico, SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Filipeta entre outros).

Separar os tubos de coleta de acordo com SADT na frente do paciente.

Verificar se os dados estão completos e igualmente descritos em todos os documentos, com letra legível respeitando os espaços dos quadrados do formulário, contendo os dados: nome completo do paciente (sem abreviaturas), sexo, data de nascimento, matrícula, dados completos do solicitante (nome, categoria profissional, número do conselho de classe, assinatura e carimbo), número do cartão SUS e data da solicitação do exame. Se for gestante, assinalar o campo gestante do formulário.

Confirmar com o paciente se este encontra-se com o tempo de jejum adequado e demais preparos para os exames solicitados.

Questionar sobre os medicamentos de uso contínuo do usuário, orientando-o a ingeri-los/administrá-los após a coleta de sangue, evitando sempre que possível ultrapassar o horário de costume.

Identificar o(s) frasco(s) dos exames entregues pelo usuário (fezes e urina), com as etiquetas, de acordo com o tipo de exame. Checar se os frascos estão bem vedados

Identificar a guia de requisição com a etiqueta-controle.

Checar em impresso próprio: data da coleta, dados do paciente e discriminar os exames solicitados, colocando o número da etiqueta-controle.

Orientar o paciente quanto ao resultado do exame.

Fornecer etiqueta de identificação de exame para controle.

Encaminhar o paciente à sala de coleta, quando necessário, de acordo com exames solicitados.

Deixar a guia de exames juntamente com as etiquetas e os tubos separados para proceder a coleta de sangue, de modo que o usuário não fique de posse desse material.

4.1) ORIENTAÇÕES PARA EXAME DE SANGUE:

Chamar o paciente pelo seu nome completo/social e apresentar-se cordialmente ao usuário ou ao responsável, no caso de incapaz e/ou menor de idade.

Conferir o nome do usuário e apresente o documento com foto. Conferir os exames solicitados e os tubos.

Posicionar o usuário para a coleta, sentado ou deitado, a depender das condições do indivíduo e da faixa etária.

Proceder ou orientar a coleta do exame solicitado.

Higienizar as mãos utilizando água e sabão (POP 24)

Devidamente paramentado (EPIs - POP 23), calçar as luvas de procedimento e fazer a escolha do local da punção.

Abrir o material na frente do paciente. Realizar o rompimento do lacre da agulha e conectá-la ao adaptador, certificando-se sempre de que o conjunto está bem acoplado;

Garrotear aproximadamente a uns 04 cm do local escolhido para punção, não ultrapassando o tempo de 1 minuto a fim de evitar hemoconcentração, hemólise e possíveis hematomas ao paciente. **NOTA:** É proibido utilizar luvas de procedimento como garrote. Em caso de precaução de contato, desprezar o garrote.

Fazer a desinfecção do local escolhido com gaze ou algodão embebido em álcool a 70%, realizando um único unidirecional da região distal para a proximal - movimento contrafluxo sanguíneo - ou sentido caracol, de dentro para fora. Aguardar o álcool secar naturalmente e não tocar o local da punção.

Retirar a proteção da agulha e, imediatamente, fazer a punção na veia escolhida. Segurar o dispositivo posicionando o bisel da agulha para cima. Fazer a punção numa angulação oblíqua de aproximadamente 30°.

Inserir o tubo de coleta a vácuo mantendo o adaptador imóvel e quando houver fluxo sanguíneo no tubo, desgarrotear e pedir para que o usuário abra a mão.

Aguardar o total preenchimento do tubo para depois colocar o próximo e é essencial obedecer à sequência dos tubos preconizada pelo laboratório responsável pelas coletas: 1º tubo de tampa azul (Citrato / para Unidades autorizadas), 2º tubo de tampa

amarela e/ou vermelha com Gel Ativador, 3º tubo de tampa roxa (EDTA) e por último, 4º tubo de tampa cinza (fluoreto de sódio/EDTA/ K2 ou K3).

Homogeneizar por inversão suave após a retirada de cada tubo, de oito a dez vezes. Uma inversão é contada após virar o tubo para baixo e retorná-lo à posição inicial.

Retirar a agulha da veia acionando, imediatamente, o dispositivo de segurança da agulha, colocando uma gaze ou algodão sobre o local e pedir para o paciente pressionar o local sem dobrar o braço.

Descartar a agulha/adaptador em caixa própria para resíduos perfurocortantes.

Após a coleta dos exames na presença do usuário, etiquetar os tubos corretamente.

Mostrar ao usuário submetido ao exame e/ou seu responsável os tubos etiquetados buscando a confirmação de que todas as amostras de sangue estão corretamente identificadas.

Realizar novamente a checagem e separação das guias de solicitação de exames e acondicionar em local que garanta sua integridade.

Encaminhar ao laboratório as guias de exames em malote próprio e os materiais coletados separados e acondicionados adequadamente.

Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 24).

Registrar a produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

OBSERVAÇÃO:

Obrigatória confirmação dos dados do usuário através de documento original com foto.

Não entregar para o usuário os tubos e/ou o pedido de exame enquanto ele aguarda ser chamado na sala de coleta.

Recomenda-se um fluxo único para o procedimento de coleta e não dividido por equipes de referência.

Deve-se identificar o nome do funcionário que efetuou cada coleta ou que recebeu as amostras, mantendo-se o registro na unidade de forma a garantir a rastreabilidade, conforme a RDC nº 302 de 13/10/2005.

De acordo com a RDC 302 (item 6.1.7): “A amostra deve ser identificada imediatamente após a coleta e o profissional deverá mostrar os tubos para que o usuário/responsável (se estiver consciente) possa conferir a identificação”. O descarte das

etiquetas da cartela não utilizadas é de responsabilidade do profissional da coleta. É vedado colar etiquetas nos tubos antes de realizar as coletas, principalmente em caso de realização de coletas em usuários diversos.

Para os usuários incapacitados de realizar coleta espontânea de urina, deve-se realizar o cateterismo vesical de alívio (POP 15) ou utilizar o saco coletor ou coletor de urina pediátrico.

Para coleta de cada exame, orientar o paciente. Quando este for realizar coleta em residência, verificar a descrição do POP 18.

Exames de DST/AIDS deverão ser realizados de acordo com a Portaria n° 77 MS/GM 12/01/2012. Em 2015, o Ministério da Saúde divulgou uma Instrução Normativa 593/2015 retirando a obrigatoriedade do Termo de Consentimento para Exames HIV.

Em caso de acidentes com agulhas e outros materiais perfurocortantes fazer limpeza com água e sabão e prosseguir com o fluxo conforme Protocolo de Biossegurança e Acidentes de Trabalho.

Caso seja necessária nova punção, NUNCA realizá-la no mesmo local.

Locais alternativos, tais como tornozelos ou extremidades inferiores, NÃO DEVEM SER PUNÇIONADOS, devido ao potencial significativo de complicações clínicas tais como flebites, trombozes ou necrose tissular.

Podem ser realizadas duas tentativas de venopunção por profissional. Após duas tentativas, o mesmo deve solicitar que outro profissional realize o processo.

ATENÇÃO: usar apenas 01 adaptador de agulha por paciente.

4.2) ORIENTAÇÕES PARA EXAME DE URINA:

Chamar o paciente pelo seu nome completo/social e apresentar-se cordialmente ao usuário ou ao responsável, no caso de incapaz e/ou menor de idade.

Conferir o nome do usuário e apresente o documento com foto. Conferir os exames solicitados.

Entregar o Kit de urina não estéril, caso o exame seja apenas para urina 1.

Entregar o Kit de Urina Estéril, caso o exame seja apenas para urocultura.

Entregar kit de Urina Estéril, caso o exame seja apenas para urina 1 e urocultura.

Orientar lavagem das mãos e realizar higiene íntima com água e sabão ou com lenço umedecido ou com clorexidina aquosa 0,2% em região genital (sempre de frente para trás na vagina e de cima para baixo no pênis).

Abrir o frasco somente quando for realizar a coleta e não tocar em seu interior;
Desprezar o primeiro jato e coletar o jato médio.

Em caso de coleta em crianças, realizar a antissepsia com água e sabão, ou com lenço umedecido ou com clorexidina aquosa 0,2% em região genital e colocar o coletor infantil de modo que fique bem fixado no períneo. Permanecer com o coletor por no máximo 30 minutos. Se a criança não urinar nesse período deve-se recolocar um novo coletor repetindo o processo de higienização. Pode-se realizar a recolocação do coletor por no máximo mais duas vezes.

Em pacientes com Sonda Vesical de Demora deixar sonda fechado por 30 minutos antes da coleta, fazer assepsia com álcool a 70% na válvula de punção do sistema fechado de sondagem (silicone para coleta de urina), puncionar com agulha 25x7 ou 25x8 e seringa de 10ml no silicone para coleta de urina e aspirar 10ml. No máximo 60ml de diurese vinda da bexiga. OBS: Não coletar a urina da bolsa coletora.

Para coleta de urina 24 horas o paciente deverá desprezar a primeira diurese do dia ao acordar, esvaziando totalmente a bexiga. As próximas urinas devem ser coletadas em recipiente limpo e higienizado e acondicionada no frasco grande de urina 24horas (o galão). O paciente deverá coletar todas as micções, a partir da primeira urina do dia, que foi desprezada, até a primeira diurese do dia seguinte, incluindo esta primeira urina do dia seguinte no galão.

Caso não tenha o galão disponível na unidade, orientar paciente coletar em garrafas de água mineral sem gás e sem sabor. Anotar no frasco e na solicitação médica o peso e a altura do paciente.

Quando o paciente entrega o frasco de urina, o profissional deverá calçar as luvas; Identificar o recipiente estéril para coleta com etiqueta padronizada com código de barras, fornecida pela AFIP;

Explicar ao paciente sobre retirada de resultado, fornecendo protocolo com login e senha;

Descartar as luvas;

Higienizar as mãos (POP 24)

4.3) ORIENTAÇÕES PARA EXAME DE FEZES

a) Para Sangue Oculto em fezes ou Gordura Fecal

Entregar recipiente fornecido pelo laboratório ou em coletor universal para fezes (tampa branca) para coleta de exame de fezes.

Utilizar recipiente limpo e seco para realizar a coleta no momento da evacuação para evitar contaminação com a urina, água do vaso sanitário e outros elementos;

Com o auxílio de uma espátula, transferir as fezes e qualquer estrutura (proglotes de Taenia ou vermes adultos) que ache anormal deverá ser enviado junto com as fezes;

Em casos de crianças, admite-se a coleta sobre fralda descartável nova, recolhendo as fezes logo após a evacuação;

Fezes diarreicas: Recomendável a coleta diretamente no frasco coletor ou em caso de crianças utilizar o coletor de urina (tipo saquinho);

Conservar as amostras em temperatura refrigerada, entre 2°C e 8°C. (não congelar).

Nota 1: Em caso de Sangue Oculto, o paciente não pode apresentar sangramento gengival, hemorroidal ou menstrual.

Nota 2: O material, devidamente armazenado em refrigeração, deve ser enviado para análise em até 12 horas após sua coleta.

c) Para Parasitológico de Fezes - PPF

Para este exame deve ser utilizado o frasco coletor com o líquido conservante, dispensando o armazenamento em geladeiras após a sua coleta.

Utilizar uma bacia, previamente limpa e seca, para coletar as fezes no momento da evacuação, para evitar contaminação com a urina, água do vaso sanitário e outros elementos;

Abrir o tubo com cuidado;

Coletar o material com a pá coletora;

Coloque a amostra no tubo coletar sem ultrapassar a faixa de tolerância;

Feche o tubo, agite vigorosamente para que a amostra se dissolva e se misture ao conservante.

Nota 1: As amostras devem ser entregues na unidade de saúde em até 15 dias após sua coleta.

Quando o paciente entrega o frasco de fezes, seja o coletor universal de tampa branca ou o que contém líquido conservante, o profissional deverá calçar as luvas;

Identificar o recipiente estéril para coleta com etiqueta padronizada com código de barras, fornecida pela AFIP;

Armazenar o frasco devidamente de acordo com as orientações do laboratório;

Descartar as luvas;

Higienizar as mãos (POP 24)

OBSERVAÇÃO: Em caso de solicitação de 3 amostras de PPF, as amostras devem colhidas em dias alternados. Todas as amostras deverão ser entregues na unidade no dia do exame agendado. Os frascos poderão ser entregues em até 15 dias após coleta para manter estabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFIP, Manual de Coleta e preparo de amostra biológica. 2024-2025.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC no 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC no 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2023.

POP 18 – COLETA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS EM DOMICÍLIO

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Coletar e acondicionar para o transporte amostras biológicas (sangue/urina/fezes/escarro) em domicílio para auxiliar no diagnóstico e/ou tratamento.

2. Finalidade

Padronizar técnicas de realização de coleta de amostras biológicas em domicílio

2. Executante

Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Auxiliar de Enfermagem

3. Material

EPIs (luvas de procedimento, óculos de proteção, avental/jaleco)

Algodão

Álcool a 70%

Garrote

Caixa de descarte perfurocortante (RDC no 222/18, art 23)

Curativo adesivo

Agulha/scalp descartável

Sistema a vácuo: adaptador, tubo para coleta e agulha descartável obs: não reutilizar o adaptador

Kit estéril para urocultura (frasco estéril, lenço umedecido ou clorexidina aquosa 0,2%)

Kit não estéril para Urina I

Impresso próprio de registro para controle de exames realizados

Etiquetas de identificação

4. Descrição do Procedimento

No final do dia anterior ao da coleta, organizar e verificar o abastecimento de materiais necessários.

Verificar/realizar a identificação do paciente impressa no verso da guia de exames.

Montar os kits de coleta de acordo com os exames solicitados.

Dirigir-se ao domicílio do paciente **SEMPRE** acompanhado de mais um profissional de saúde e do motorista (caso a residência seja distante da unidade de saúde).

Checar o preparo adequado para o exame, levantando o rol de exames a serem realizados e orientando para os procedimentos;

Receber materiais coletados (fezes, urina e escarro) identificando-os etiqueta do laboratório vigente;

Colher amostra biológica.

Acondicionar os tubos após a coleta, em recipiente próprio para o transporte.

Realizar o descarte na caixa de descarte perfurocortante, respeitando as normas de biossegurança (RDC no 222/18, art 23).

Orientar o paciente e cuidador quanto ao resultado do exame.

Fornecer etiqueta de identificação de exame para controle.

Transportar o material coletado até o serviço de saúde.

Registrar os exames em impressos ou cadernos destinados para isso.

Acondicionar as amostras nos sacos plásticos referentes a cada tipo de material de acordo com as orientações do laboratório vigente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC no 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Obrigatoriedade da utilização de jalecos nos atendimentos domiciliares. Parecer Coren/SP nº 051/2011. São Paulo: 2011.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Legalidade de realização de visitas domiciliares por Enfermeiros de Saúde Pública, que não compõem a Estratégia de Saúde da Família - ESF. Parecer Coren/SP n° 071/2011. São Paulo: 2011.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. : Passagem de PICC por enfermeiro em Atenção Domiciliar. Parecer Coren/SP n° 017/2020. São Paulo: 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Manutenção de acesso do cateter venoso periférico em pacientes de atenção domiciliar. Parecer Coren/SP n° 006/2023. São Paulo: 2023.

POP 19 – COLETA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS (BACILOSCOPIA)

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar no diagnóstico e tratamento da Tuberculose.

2. Finalidade

Padronizar coleta de amostras biológicas (baciloscopia)

3. Executante

Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Auxiliar de Enfermagem

4. Material

Pote descartável de plástico transparente com capacidade de 35-50 ml, altura mínima de 40 mm, de boca larga e com tampa branca fosca rosqueável de 50 mm de diâmetro

Etiqueta

Luva de procedimento

Saco plástico transparente

Caixa térmica

Bobina/gelox

5. Descrição do Procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo/social

Higienização das mãos (vide POP 1)

Reunir o material

Explicar o procedimento ao paciente

Pedir para o paciente higienizar a cavidade oral com água. Caso o paciente use próteses dentárias, ele deve retirá-las antes de higienização.

Entregar o frasco de coleta e papel toalha ou higiênico ao paciente, orientando quanto à quantidade de amostra a ser coletada

Para a coleta de escarro, é recomendado o uso de pote descartável de plástico

As coletas devem ser realizadas em locais abertos, preferencialmente ao ar livre, ou em condições adequadas de biossegurança

Orientar o paciente a inspirar profundamente, retendo o ar por alguns instantes no pulmão. Não coletar saliva.

Após a inspiração profunda, orientar o paciente a tossir e lançar o material diretamente no frasco de coleta.

Orientar o paciente a repetir o procedimento por até 3 vezes para atingir a quantidade necessária (2 a 5 ml) “dois dedos”.

Orientar o paciente a tampar o pote, rosqueando-o firmemente.

Orientar o paciente a entregar o pote envolto em papel toalha ou higiênico

Ao final da coleta, orientar o paciente a lavar as mãos. A identificação do paciente (nome completo) deve ser feita no corpo do frasco e nunca na tampa do mesmo. Verificar o fechamento da tampa e acondicionar o frasco já identificado dentro de um saco plástico transparente.

Armazenar as amostras em caixa térmica exclusiva em temperatura adequada (+20°C e +30°C).

Ligar para vigilância epidemiológica de Jundiaí para retirar as amostras e enviá-las ao laboratório executor, acompanhadas da Ficha de Solicitação de Exame digitadas no Sistema de Informação Estadual ou outro instrumento.

OBSERVAÇÃO:

A primeira amostra deve ser coletada na unidade de saúde.

Orientar o paciente a colher a segunda amostra em jejum, logo ao despertar e em local arejado no dia seguinte.

Orientar o paciente a ingerir o máximo possível de água durante a noite anterior à data de coleta

Orientar a lavagem das mãos após a coleta.

A amostra deve ser coletada no dia em que será levada à unidade de saúde, não devendo ser armazenada em casa. Levar o quanto antes.

Orientar o paciente a transportar a amostra com a tampa firmemente rosqueada e virada para cima.

A amostra poderá ser armazenada por até sete dias em temperatura adequada (+2oC e +30oC), caso a segunda amostra coincida com o final de semana ou quando a unidade de saúde estiver fechada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Competência dos profissionais de Enfermagem para realização do teste de Mitsuda, Montenegro, Mantoux (PPD) e baciloscopia para Hanseníase. Parecer Coren/SP n° 022/2014. São Paulo: 2014.

POP 20 – CONFERÊNCIA DO CARRO DE EMERGÊNCIA

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

O carro de emergência é uma estrutura móvel constituída por gavetas providas com materiais, medicamentos e equipamentos necessários para o atendimento do paciente em situações de urgências e emergências nos serviços de saúde.

2. Finalidade

Padronizar a conferência do carro de emergência nos serviços de saúde.

3. Executante

Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Auxiliar de Enfermagem (Parecer Coren-SP 010/2022)

4. Material

Impresso vigente de conferência do carro de emergência;

Caneta;

Lacre numerado

Materiais de reposição do carro

5. Descrição do Procedimento

Realizar a conferência e limpeza do carro de emergência e de seus componentes acessórios conforme escala de serviço;

Realizar a testagem funcional do laringoscópio (diária) e do desfibrilador (mensal);

Retirar a pilha após a testagem funcional do laringoscópio.

Conferir os lacres do carro de emergência (conferência mensal dos medicamentos e dos materiais e/ou sempre que houver rompimento do lacre);

OBSERVAÇÃO À NORMA INSTITUCIONAL

O farmacêutico e auxiliar de farmácia irão controlar periodicamente os medicamentos contidos no carro de emergência quanto a sua presença, quantidade,

características físicas e validade. Irá providenciar os medicamentos utilizados no atendimento emergencial, junto a Central Farmacêutica e Abastecimento (CFA).

A composição do carro de emergência, quanto à estrutura e componentes deverá seguir a seguinte sequência:

Base superior: desfibrilador; caixa com os laringoscópios; impressos de controles;

Lateral: Tábua de compressão, suporte de soro e cilindro de oxigênio;

Gavetas:

1ª Medicções

2ª Materiais para acesso intravenoso e materiais para suporte ventilatório

3ª Materiais para cateterismo vesical/gástrico e soluções

Base inferior: AMBU (Artificial Manual Breathing Unit) ou reanimador manual

É recomendado que os materiais de oxigenação, submetidos à desinfecção (exemplos: bolsa máscara ventilatória - AMBU; umidificador e máscaras de oxigênio), fiquem em uma caixa específica situada sobre o carro de emergência.

OBSERVAÇÃO: Fazer a limpeza do carro mensalmente juntamente com a conferência de materiais. Atentar para materiais submetidos a desinfecção na base inferior do carro de emergência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Carro de emergência: responsabilidade pela composição, montagem, conferência e reposição de materiais. Parecer Coren/SP nº 010/2022. São Paulo: 2022.

POP 21 – CONTENÇÃO MECÂNICA

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Procedimento terapêutico que consiste em conter o usuário com a finalidade de evitar danos a sua integridade física, de outros usuários, da equipe e do ambiente no qual se encontra.

Deve ser utilizada somente após serem esgotadas todas as alternativas como abordagem verbal, mudanças no ambiente, eliminação de fatores externos que possam influenciar negativamente o comportamento do usuário e contenção química.

2. Finalidade

Padronizar a contenção mecânica.

3. Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem.

4. Material

Luvas de procedimento;
Óculos de proteção
Máscara cirúrgica
Faixas de contenção apropriadas;
Leito ou maca;

5. Descrição do Procedimento

Higienizar as mãos (POP 24)

Adicionar EPI (POP 23)

Reunir material

Manter o leito com rodas travadas

Reunir cinco pessoas da equipe multiprofissional;

Realizar o procedimento com a equipe de enfermagem sob supervisão direta do enfermeiro

Iniciar com abordagem verbal, explicando para o usuário de forma clara o procedimento

Agir de forma mais calma e segura possível

Indicar um profissional para permanecer à frente do usuário e os demais em semicírculo

Avaliar o local e colocar o usuário voltado para área/espço seguro

Manter distância de um braço e meio (medida considerando o tamanho do braço do usuário).

Permanecer atentos olhando para o usuário sem demonstrar atitude desafiadora ou submissa

Apontar dois profissionais nas laterais do usuário que deverão segurar os MMSS em cotovelo e punho, dois profissionais posicionados na diagonal que deverão segurar MMII na região patelar e no tornozelo, e um profissional deverá se posicionar atrás do usuário imobilizando cabeça e tórax

Conduzir o usuário ao leito

Colocar o usuário no leito, mantê-lo com MMII ligeiramente afastado e MMSS ao longo do corpo com as palmas das mãos para cima

Iniciar contenção mecânica no membro que o usuário apresentar maior risco de soltura

Conter o tórax: colocar faixa no sexo masculino acima do diafragma na linha mamilar e no sexo feminino na linha infra mamária sem que atinja o diafragma e jamais sobre as mamas. Nunca coloque faixas de contenção nas axilas, evitando assim a compressão do plexo braquial

Estar atento a sinais de garroteamento dos membros e tórax

Retirar EPI

Higienizar as mãos (POP 24)

Avaliar e registrar a perfusão periférica, movimentos respiratórios, integridade da pele, sinais vitais, estado de consciência e justifique a continuidade da contenção;

Checar a prescrição médica

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

OBSERVAÇÕES:

a) Indicação

Agitação psicomotora;

Autoagressividade;

Heteroagressividade;
Risco de queda;
Sinais de abstinência;
Tentativa de suicídio;
Dificuldade de manutenção dos dispositivos
Alto risco de degradação do ambiente
Comportamento suicida
Crítica prejudicada e/ou negação em tratamentos vitais de caráter urgente;
Cabe ressaltar, a contenção mecânica só é indicada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao usuário ou aos demais.

b) Contraindicação

É proibida a contenção mecânica do usuário com o propósito de disciplinar, punir ou conveniência da equipe de saúde e, quando realizada sem a indicação correta, pode trazer danos físicos e psíquicos para os usuários.

c) Riscos assistenciais

Lesão de pele;
Isquemia de membro;
Fraturas;
Desidratação;
Morte súbita;
Queda;
Rabdomiólise;
Engasgo;
Sufocamento;
Úlcera de pressão;
Compressão da caixa torácica.

d) Legislação

A prescrição da contenção mecânica é um ato médico, devendo ser realizada a partir de prescrição médica.

- i) A Resolução COFEN 746/2024, normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de paciente, conforme segue:

Art. 1º A contenção mecânica de paciente será realizada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais.

§ 1º A aplicação da contenção mecânica se dará sob a supervisão direta do enfermeiro.

§ 2º Na excepcionalidade, os profissionais que atuam no Serviço de Atendimento Pré-hospitalar Móvel, poderão realizar a contenção mecânica de maneira segura, utilizando no mínimo de 05 (cinco) pessoas para realização do procedimento.

Art. 2º Todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado pela equipe de Enfermagem, para promover a segurança do paciente e prevenir danos e eventos adversos.

Art. 3º Em todos os procedimentos de contenção mecânica de pacientes, as razões para a realização, sua duração, avaliações e ocorrência de eventos adversos, assim como os detalhes relativos ao monitoramento clínico, devem ser registrados no prontuário do paciente.

ii) Atribuições da Equipe de Enfermagem

- Realizar avaliação do usuário acerca de fatores indicativos de comportamento violento;
- Aplicar intervenções possíveis, como abordagem verbal, mudanças no ambiente, eliminação de fatores externos que possam influenciar negativamente o comportamento do usuário;
- Solicitar ao médico responsável pelo usuário a autorização para o emprego de contenção mecânica;
- Registrar a utilização da contenção física no prontuário do usuário.
- Acompanhar os usuários com contenção mecânica, observando o estado geral, perfusão sanguínea e parâmetros vitais a cada 01 hora e identificar a necessidade ou não da manutenção das contenções;

- Avisar, imediatamente, o médico, caso o usuário apresente alteração de perfusão sanguínea, lesões de pele e/ou qualquer outro tipo de lesão em decorrência da contenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASF - Associação Saúde da Família. Manual de normas, rotinas e procedimentos operacionais padrão (POP) de enfermagem do Centro de Atenção Psicossocial- CAPS III Alvorecer. Procedimento Operacional Padrão (POP) do CAPS III Alvorecer sobre contenção mecânica. Guarulhos, 2020;

BRASIL. Ministério da Saúde. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Protocolos institucionais. Contenção mecânica do paciente no leito. Emissão em 29/09/2020. Acesso em 20/07/2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/aceso-a-informacao/normas/protocolos-institucionais/Contenomecnicadopacientenoleito.pdf>

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. Normatiza os procedimentos de enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Resolução 746/2024. Brasília: 2024

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Uso de contenção mecânica pela equipe de enfermagem, ante a recusa do paciente em receber tratamento. Parecer Coren/SP n° 063/2023. São Paulo: 2023.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Monitoramento de paciente com contenção tipo luva. Parecer Coren/SP n° 059/2023. São Paulo: 2023.

Protocolo Assistencial do Núcleo de Segurança do paciente (NSP)- Protocolo de Procedimentos de Contenção Mecânica do Paciente. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP)- Núcleo de Segurança do Paciente. Acesso em

28/06/2022. Emitido em 15/05/2018 e revisado em 13/12/2021. Disponível em:
<https://hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2022/05/PRC-CSP-003-Protocolo-de-Contencao-Fisica-do-Paciente-para-dr-Zeca.pdf>

Souza LMS, Santana RF, Capeletto CSG, *et al.* Fatores associados à contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal. **Rev Esc Enferm USP**. 2019.

POP 22 - ELETROCARDIOGRAMA (ECG)

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

É uma forma de obter o registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica.

2. Finalidade

Padronizar o eletrocardiograma (ECG).

3. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Material

Eletrocardiógrafo;

Papel milimetrado ou sulfite;

Eletrodo Cardioclip (Braçadeiras de ECG);

Eletrodo descartável ou eletrodo de sucção (eletrodo precordial - Pêra de ECG);

Álcool a 70%;

Algodão seco ou gaze;

Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário);

Lençol descartável.

5. Descrição do Procedimento

Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando-se ao paciente e explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Checar a prescrição/solicitação;

Reunir o material

Higienizar as mãos (POP 24);

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Checar o funcionamento do eletrocardiógrafo, verificando a integridade dos cabos. Verificar conexão à rede de energia. Atentar para orientações do fabricante;

Solicitar a retirada de objetos metálicos e/ou eletrônicos;

Solicitar e/ou posicionar o paciente em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacente, relaxados, Certificando-se que o paciente não esteja em contato com alguma parte metálica no leito;

Solicitar e/ou expor tornozelos, punhos e tórax;

Cobrir o paciente, com o auxílio do lençol, para que o mesmo não fique totalmente exposto;

Inserir papel milimetrado no local indicado;

Ligar o aparelho e iniciar o ECG, seguindo as orientações do fabricante;

Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado;

Efetuar a remoção de gordura, com algodão/gaze embebido em álcool a 70%, das faces internas dos punhos e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);

Instalar/colocar eletrodos em membros superiores e membros inferiores, (conforme orientação do fabricante), para obtenção dos registros das derivações monopolares e bipolares.

Colocar os eletrodos de sucção (preferencialmente), ou eletrodos descartáveis no tórax, para obtenção dos registros das derivações precordiais, seguindo a orientação do fabricante;

Iniciar o exame;

Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;

Aguardar o sinal sonoro, que indica o término da aquisição dos potenciais elétricos;

Retirar todos os eletrodos cardioclip (braçadeira);

Realizar limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores;

Enviar resultado para o cardiologista e aguardar liberação de laudo para impressão (Obs: caso tenha eletrocardiógrafo fixo na unidade, imprimir o traçado e mostrar ao médico);

Identificar o ECG com: nome completo do paciente, idade, data de nascimento, data e hora da realização, carimbo e assinatura do profissional, nome da instituição;

Desligar o aparelho, desconectando os cabos do paciente;

Auxiliar o paciente a levantar da maca, se necessário;
Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
Higienizar as mãos (POP 24);
Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção no prontuário;
Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

POP 23 – EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

A obrigatoriedade de uso dos EPI nos serviços de saúde busca garantir a saúde e a proteção do servidor, minimizando e/ou evitando consequências negativas em casos de acidentes de trabalho. O EPI também é usado para controlar a exposição do profissional a agentes ambientais causadores de agravos à saúde com possível comprometimento da capacidade de trabalho.

2. Finalidade

Padronizar equipamentos de EPI.

3. Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

4. Material/Tipos de EPI

EPI	OBJETIVO	MODELO
Avental descartável, manga longa	Proteger de respingos e contato com materiais biológicos tais como sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.	
Avental plástico	Proteger parte frontal do usuário contra riscos químicos, biológicos e físicos.	
Bota em PVC ou EVA	Proteger os membros inferiores contra umidade e produtos químicos.	
Luva de procedimento descartável (látex, vinil e/ou nitrílica)	Proteger as mãos contra riscos biológicos e químicos. Obrigatório quando houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, como mucosas ou áreas da pele não íntegra, ferimentos, escaras e feridas cirúrgicas, procedimentos ginecológicos, etc.. As luvas estéreis estão indicadas para procedimentos invasivos e assépticos.	
Máscara cirúrgica descartável	Proteger o servidor da Saúde de infecções por inalação de gotículas transmitidas à curta distância e pela projeção de sangue ou outros fluidos corpóreos que possam atingir suas vias respiratórias; minimizar a contaminação do ambiente com secreções respiratórias geradas pelo próprio servidor ou pelo paciente em condição de transporte.	
Respirador semifacial PFF2 / N95	Proteger as vias respiratórias para evitar contaminação por agentes biológicos e químicos. Deve ser usada na assistência a pacientes em Precauções Aéreas, ou seja, sempre que houver possibilidade de contato com partículas suspensas no ar ($\leq 5\mu\text{m}$), das seguintes doenças: Tuberculose, Varicela (Catapora) e Herpes Zoster, Sarampo e Influenza. (aerossóis)	
Óculos de segurança lente incolor	Proteger durante procedimentos que haja a possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos, sendo indicados também durante a manipulação de produtos químicos em atividades no expurgo e desinfecção de materiais.	
Touca descartável	Proteger o servidor contra exposição a fluidos infectantes; prevenir de contaminação dos cabelos dos funcionários (no expurgo) e a queda dos cabelos no preparo de produtos para a saúde (no preparo, esterilização e arsenal).	

5. Descrição do Procedimento

Utilizar em todos os locais/ situações de trabalho que possuam riscos ambientais capazes de causar danos à saúde dos servidores e/ou nas áreas identificadas por aviso;

A Prefeitura Municipal de Jundiá (PMJ) deverá fornecer os EPI gratuitamente aos seus servidores cuja atividade exija a sua utilização, sendo obrigatório o uso nas

circunstâncias ou situações de trabalho definidas no Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR).

Os EPI's devem ser de uso individual, ou seja, cada servidor deve possuir o seu;

Os servidores poderão solicitar informação/treinamento específico sobre EPI quando necessário;

As unidades deverão registrar o fornecimento dos EPIs mediante recibo do servidor em ficha padrão utilizada pela PMJ (item 13).

O servidor deverá ser responsabilizado pela conservação e guarda dos EPI distribuídos. No caso de dano, perda ou extravio do mesmo. O servidor deverá receber outro em substituição.

A recusa injustificada, por parte do servidor, da utilização de qualquer EPI estabelecido pela PMJ, o sujeitará às sanções legais e o impossibilitará de executar a tarefa cujo uso do EPI seja obrigatório.

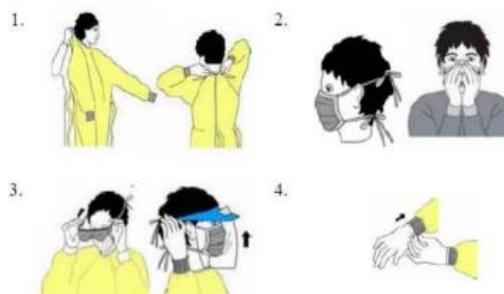
7 Medidas de controle a serem adotadas:

- Os EPIs devem ser utilizados durante todo o período em que a atividade realizada ofereça risco a segurança e saúde do servidor, não podendo levá-los para a residência e tão pouco a trabalhos realizados fora do expediente que não sejam a serviço da Prefeitura Municipal de Jundiá.

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL											
Atividade realizada/ EPI	Óculos de proteção	Máscara Cirúrgica descartável	Máscara N95 / PFF2	Luva térmica	Luva para proteção contra agentes químicos	Luva de procedimento (látex ou vinil)	Touca descartável	Bota em EVA ou PVC	Avental plástico	Avental descartável manga longa	Japona térmica
Vacina	X										
Expurgo / Lavagem de materiais	X	X			X	X	X	X	X		
Preparo e acondiciona/to. área limpa	X*	X				X	X				
Pequenas cirurgias	X	X				X Luva estéril	X			X	
Assistência a pacientes com Tuberculose, Varicela (Catapora) e Herpes Zoster, Sarampo e Influenza.			X			X					
Limpeza da Unidade (uso de produtos domissanitários)					X			X			
Motorista material de coleta						X				X	
Atividades na câmara fria								X			X

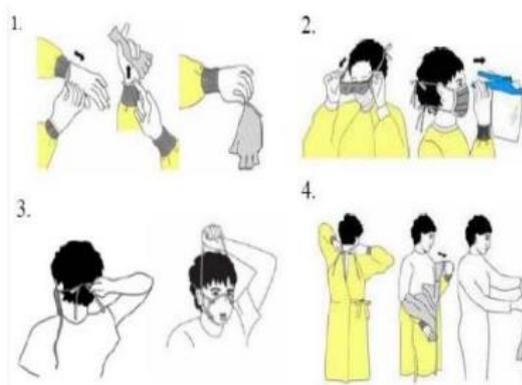
8 Sequência de paramentação dos EPI's:

- 1 – Avental
- 2 – Máscara
- 3 – Óculos
- 4 – Luvas



9 Retirada correta dos EPI's:

- 1 – Luvas
- 2 – Óculos
- 3 – Máscara
- 4 – Avental



10- Orientação higienização e conservação dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI's:

- Caso o EPI seja lavável, prefira sempre realizar a lavagem com sabão neutro;
- Esteja atento para EPI's que devem ser higienizados com produtos específicos;
- Seque os EPI's na sombra, pois eles podem ser danificados quando expostos ao sol;
- Tome cuidado para não derrubar o EPI durante a higienização, pois isso pode comprometer sua integridade;
- Assim que utilizar o EPI, guarde-o corretamente em local seguro e livre de fatores potencialmente prejudiciais ao material do equipamento — como calor ou umidade;
- Nunca guarde o EPI molhado ou úmido, pois ele pode criar mofo ou outras bactérias;
- Não utilize os calçados de segurança sem meias;

- Se o EPI foi descartável sempre faça o descarte em um local adequado.

11 Reutilização e guarda do respirador PFF2 / N95:

- As PFF podem ser reutilizadas pela mesma pessoa enquanto estiverem em bom estado, isto é, com vedação aceitável, tirantes elásticos íntegros e não estiverem sujas ou contaminadas por fluidos corpóreos.

- Para a guarda recomenda-se colocá-la em embalagem individual não hermética, de forma a permitir a saída da umidade (por exemplo, embalagem plástica perfurada). Não é recomendável o uso de embalagem de papel ou de outro material que absorva umidade ou sirva de substrato para a proliferação do patógeno.

12 Como colocar máscara cirúrgica descartável e PFF2 / N95:

Máscara cirúrgica descartável

Colocar sobre o nariz, boca e queixo;

Adaptar a peça flexível sobre o nariz;

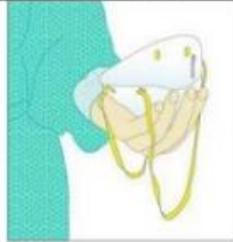
Amarrar logo acima das orelhas e na nuca;



Respirador descartável PFF2/ N95

Colocação da máscara N95

Passo 1
Coloque a máscara na palma da mão com as tiras caídas livremente.



Passo 2
Coloque a máscara no seu rosto com a peça nasal para cima. Pegue a correia superior e a coloque atrás da cabeça.



Passo 3
Pegue a correia inferior e a coloque ao redor do pescoço abaixo da orelha.



Passo 4
Coloque os dois dedos de cada mão para ajustar no nariz.



Passo 5
Cubra a frente do respirador com ambas mãos procurando não alterar sua posição



13 Modelo de Ficha de Entrega de EPI's (frente e verso):

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Portaria Nº. 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1978.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Administração de medicamento preparado/diluído por outro profissional de enfermagem ou da saúde. Parecer Coren/SP nº 047/2011. São Paulo: 2011.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Administração de medicamento preparado/diluído por outro profissional de enfermagem ou da saúde. Parecer Coren/SP nº 001/2021. São Paulo: 2021.

Ministério do Trabalho e Emprego. NR 01 – Disposições gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/nr-01-atualizada-2024.pdf>

Ministério do Trabalho e Emprego. NR 06 – Equipamento de Proteção Individual – EPI. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-06-atualizada-2022-1.pdf>

Ministério do Trabalho e Emprego. NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviço de saúde. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-32-atualizada-2022-2.pdf>

POP 24 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS (HM)

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

É a remoção de microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos. É uma medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Previne e controla as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

2. Finalidade

Padronizar a Higienização das Mãos (HM).

3. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Material

Água corrente

Papel toalha

Sabão líquido neutro ou soluções antissépticas

5. Descrição do Procedimento

Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;

Retirar adornos (relógios, pulseiras, anéis etc.) (NR -32 MTE);

Levantar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário;

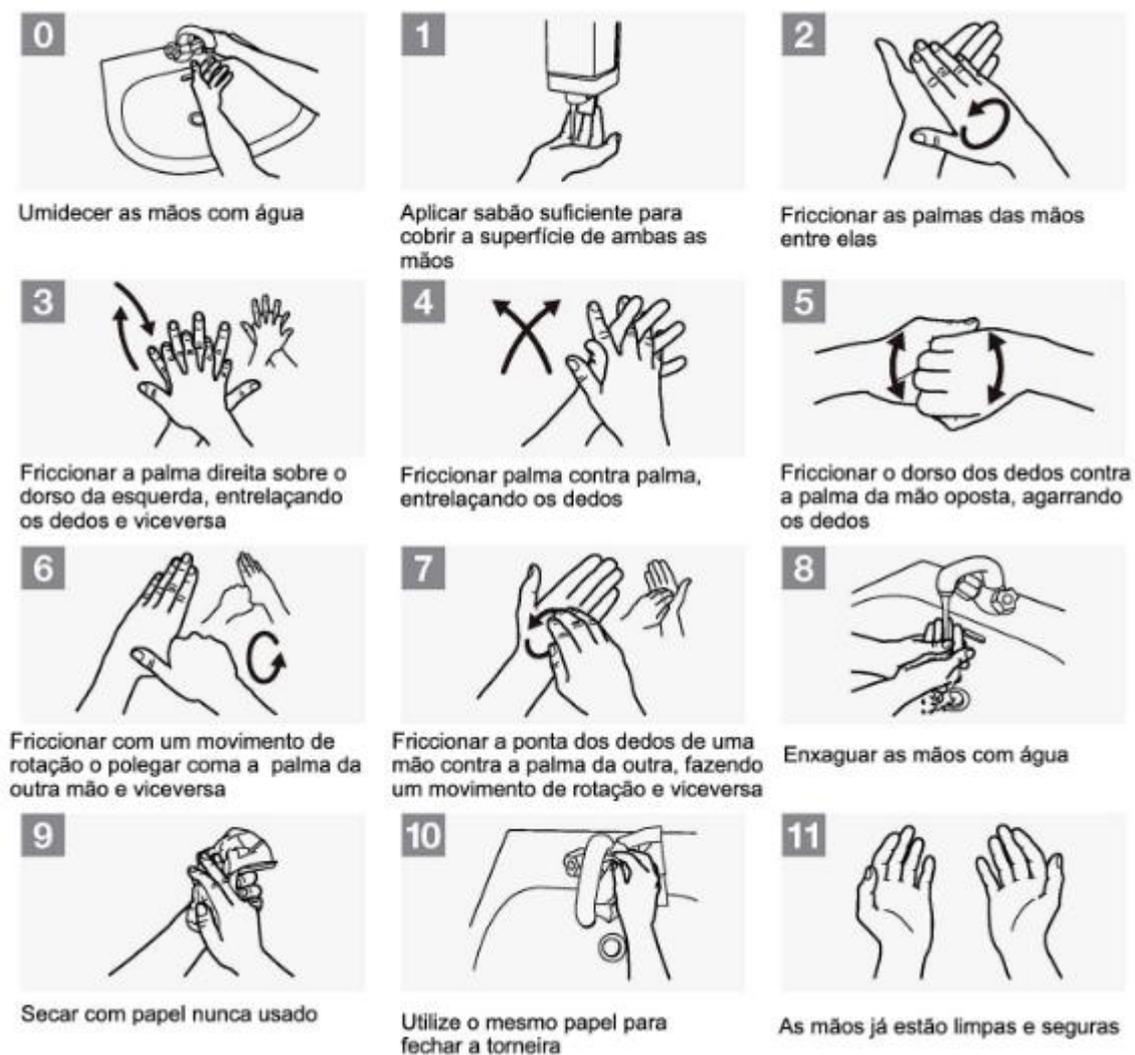
A higienização simples das mãos deve ter duração de 40 a 60 segundos.

1º Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se a pia

2º Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).

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

Figura 1: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde (Figura 1)



Fonte: Coren-SP, 2022

- Fricção das mãos com antisséptico: é realizada com preparações antissépticas como álcool em gel, que pode ser utilizada quando as mãos não estiverem visivelmente sujas (Figura 2).

Figura 2: Protocolo para a prática de higiene antisséptica das mãos em serviços de saúde



OBSERVAÇÃO

Seguir a técnica correta.

A lavagem das mãos deve ser feita antes e depois de realizar qualquer procedimento

O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após os procedimentos

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

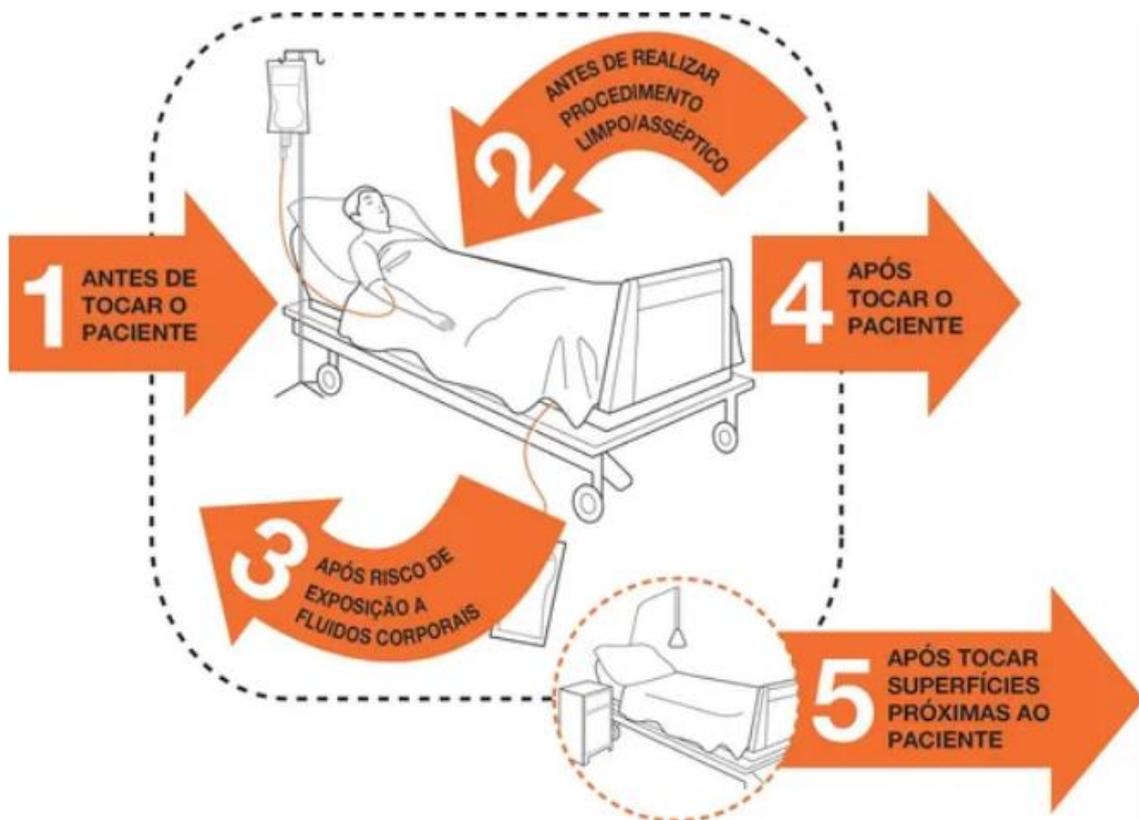
Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais.

A higienização das mãos deve ser realizada minimamente nos 5 momentos preconizados pela Organização Mundial da Saúde- OMS (Figura 3)

1-Antes de contato com o paciente

- 2-Antes da realização de procedimento asséptico
- 3- Após risco de exposição a fluídos corporais
- 4- Após contato com o paciente
- 5- Após o contato com áreas próximas ao paciente

Figura 3: A higienização das mãos em 5 momentos preconizados pela Organização Mundial da Saúde- OMS.



Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS), 2009.

São necessários três elementos para a redução do risco de infecções através da lavagem de mãos: produto com eficácia antimicrobiana, técnica adequada e uso regular e nos momentos adequados. Uma vez determinado o produto ideal, devemos tratar da técnica correta de lavagem de mãos. Em primeiro lugar, é importante manter as unhas curtas e limpas e evitar uso de adornos como anéis e pulseiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Higienize as mãos: Salve vidas. Ministério da Saúde- Agência nacional de vigilância sanitária, 2020.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COREN-SP - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo Segurança do paciente: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP, 2022.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023

OMS - Organização Mundial das Saúde. Manual de referência técnica para higiene das mãos. Genebra-Suíça. 2009.

POP 25 - HIGIENE PESSOAL PROFISSIONAL

Emissão Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Garantir a higienização pessoal, o bem-estar do profissional, evitando a transmissão de infecções

2. Finalidade

Padronizar a higiene pessoal profissional

3. Executante

Todos os profissionais da equipe de saúde.

4. Material

Vestuário, avental ou jaleco

5. Descrição

Cuidados com os cabelos: Os cabelos devem estar limpos e, presos, se compridos. O uso da touca deverá ser utilizado de acordo com o tipo de procedimento a ser realizado mediante o risco de a queda dos fios contaminarem e ou infectarem o local do procedimento.

Cuidado com as unhas: As unhas devem estar sempre curtas e aparadas para evitar que a sujidade fique depositada entre as unhas e a pele dos dedos preferencialmente sem esmalte ou de coloração clara.

Cuidados com o uniforme: Deve mantê-lo limpo, passado, sem manchas e com a identificação da Instituição e/ou profissional. Evitar decotes, saltos que coloquem em risco o profissional em lugares de desnivelamento de terreno.

Cuidados com joias, bijuterias: Não devem ser utilizados adereços que possam interferir com a higiene adequada das mãos, como anéis e pulseiras.

Cuidados com uso de perfume: Os perfumes devem ser evitados por inúmeros motivos: muitos usuários têm intolerância a odores, em função de seu estado de saúde e outros em função dos medicamentos que fazem uso (quimioterapia e radioterapia,

antivirais e por vezes, alguns antibióticos), podendo incomodar ou mesmo agravar o estado de saúde de muitos.

Cuidados com os sapatos: Devem ser fechados e impermeáveis, para proteger os pés.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. NR- 32- Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023.

**POP 26 – LIMPEZA, DESINFECÇÃO, ESTERILIZAÇÃO E
MONITORAMENTO DE MATERIAIS**

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas para redução da carga microbiana presente nos materiais, utilizando água, detergente enzimático, produtos e acessórios de limpeza, atuando em superfícies internas (lúmen) e externas, garantindo a segurança para o paciente.

2. Finalidade

Padronizar limpeza, desinfecção, esterilização e monitoramento de materiais

3. Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

4. Material (por sala)

A) Expurgo: Descontaminação prévia/limpeza:

EPIs: máscara, óculos de proteção, luvas de borracha, avental impermeável, sapato fechado impermeável e antiderrapante

Recipientes plásticos de cor opaca com tampa

Seringa de 20 ml

Jarra medidora

Detergente enzimático

Toalhas descartáveis

Escovas de cerdas duras, finas e artefatos de limpeza não abrasivos e que não liberem partículas, ou cerdas

Álcool 70%

Detergente neutro próprio para limpeza de produtos para saúde (proibido uso de detergente doméstico)

B) Preparo e esterilização de materiais

EPIs: Luvas de procedimento, máscara cirúrgica, sapato fechado impermeável, antiderrapante

Embalagem: envelope apropriado para esterilização

Toalhas descartáveis

Álcool 70%

Recipiente plástico com tampa

Indicador químico (diário)

Indicador biológico (semanal)

Incubadora para indicador biológico (semanal)

Livro de registro para monitoramento do processo de esterilização contendo o resultado dos testes (indicador biológico e indicador químico) e impressos da autoclave com os parâmetros de cada ciclo (tempo, temperatura e pressão) e da incubadora

Local para armazenamento (armários, recipientes com tampas, estantes)

5. Descrição do Procedimento

A) Sala de expurgo (área suja): Descontaminação prévia/limpeza

Higienizar as mãos (POP 24);

Colocar os EPI (POP 23);

Separar os artigos que serão processados, desmontar peças que apresentam articulações, encaixes ou conexões;

Remover o excesso de matéria orgânica visivelmente presente com auxílio da escova.

Preparar recipiente com solução contendo detergente enzimático, conforme orientação de diluição do fabricante, colocando os materiais em imersão completa, sem sobreposição de material, mantendo o recipiente tampado;

Retirar os materiais e desprezar a solução com detergente enzimático, a qual deverá ser utilizada uma única vez;

Enxaguar os materiais em água corrente para remoção da solução;

Esta etapa deve ser feita com o artigo dentro de uma solução para que não haja dispersão de gotículas no ambiente. O uso do detergente enzimático não substitui a fricção dos artigos;

Realizar limpeza manual com auxílio de escova/bucha não abrasiva e detergente enzimático, com movimentos de fricção;

Enxaguar novamente até completa remoção dos resíduos;

Colocar os materiais sobre uma bancada forrada com toalha descartável, para secagem do material;

Secar individualmente cada material com o auxílio de toalha descartável e realizar atenta inspeção a fim de identificar presença de resíduos, ranhuras, oxidações, umidade ou secreções. Caso perceba alguma inadequação do material, este deverá ser separado para novo processo de limpeza ou inutilização;

Colocar os materiais secos em recipiente limpo e encaminhar para a sala de preparo e esterilização de materiais;

Após o manuseio dos materiais, deixar o ambiente de trabalho em ordem (POP 32);

Higienizar as caixas plásticas, limpar avental impermeável e lavar as luvas de borrachas;

Higienizar as mãos (POP 24).

B) Área Limpa - Preparo e esterilização de materiais

Higienizar as mãos (POP 24);

Preparar o setor para o início das atividades verificando se todos os insumos, testes para monitoramentos químico, físico e biológico, todos os tamanhos de sistema de barreira estéril, livro de registros e soluções estão disponíveis e aptos para uso;

Realizar limpeza diária da câmara interna da autoclave com solução de detergente neutro e posteriormente umedecidas apenas com água até a remoção total dos resíduos de detergente. Isso aumenta a vida útil do equipamento e evita a obstrução do dreno com resíduos liberadas pelo sistema de barreira estéril; Retirar equipamento da tomada.

Realizar limpeza diária da face externa da autoclave e demais equipamentos observando as orientações dos fabricantes, quanto a limpeza dos mesmos;

Realizar desinfecção das mesas, bancadas e armários com álcool a 70% antes de iniciar as atividades;

Higienizar novamente as mãos (POP 24);

Colocar os EPIs - luvas de procedimento, gorro e máscara;

Separar os materiais que serão embalados e observar limpeza, integralidade e funcionalidade;

Montar kits para procedimentos conforme necessidade do serviço;

Cortar o papel grau cirúrgico de modo que o material fique bem-acondicionado, evitando pacotes muito grandes ou muito pequenos em relação ao material a ser acondicionado, garantindo uma embalagem que não comprometa o processo de esterilização (abertura e manuseio do material sem risco de contaminação). Ao utilizar embalagem dupla garantir que não apresentem dobras internas.

Selar o pacote de modo que permita sua abertura sem contaminação do material estéril, garantindo que a selagem seja contínua, pois pequenas falhas permitem a entrada de microrganismos;

Dispor os artigos de modo vertical para facilitar a entrada e circulação do vapor. O acondicionamento adequado dos pacotes dentro da autoclave permite a circulação do ar e do vapor, garantindo que todos os materiais sejam expostos ao agente esterilizante, à temperatura e ao tempo previsto;

Manter as paredes livres e espaços entre os pacotes, não ultrapassando 70% da capacidade da câmara. Os pacotes dos materiais devem ser dispostos de modo que o lado filme fique em contato com o lado filme do outro pacote;

Posicionar o Indicador Biológico “pacote desafio” no local com maior dificuldade de circulação do vapor - em cima do dreno e na posição horizontal, no primeiro ciclo, diariamente, atentando para que as paredes da câmara permaneçam livres e também deixar espaço entre os pacotes;

Ligar autoclave conforme orientações do fabricante e aguardar completar ciclo de esterilização, registrando os parâmetros do ciclo em impresso próprio;

Observar durante o ciclo de esterilização se temperatura e pressão foi atingida;

Ao final do ciclo, aguardar o manômetro indicar ausência total de pressão e entreabrir a porta por dez minutos para saída do vapor;

Quando os pacotes estiverem frios, higienizar as mãos e retirá-los da câmara da autoclave;

Observar integralidade dos pacotes e presença de umidade, manchas, sujidade, perfurações, rasgos. Caso ocorre alguma alteração, comunicar a enfermeira e reprocessar o material;

Separar o Teste Biológico “pacote desafio”, colocar na incubadora para realizar leitura conforme orientação do fabricante e registrar em livro controle. Liberar os materiais para uso conforme resultado da leitura do teste. 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 presentes no papel grau cirúrgico não corarem indicando que os materiais não foram expostos à esterilização ou o indicador biológico der resultado positivo;

Identificar os pacotes processados com a data da esterilização, data de validade, ciclo e funcionário responsável. As anotações podem ser feitas na aba de papel de manuseio do material;

Armazenar em local limpo, seco e arejado os materiais esterilizados, evitando sobrecarga de peso, amassar os pacotes ou amarrar com fitas e elásticos, pois danificam a integridade do papel grau cirúrgico;

Observar os materiais já estocados quanto a integralidade da embalagem e validade da esterilização (7 dias) e se necessário encaminhar para ser reprocessado;

Manter a sala em ordem (POP 32).

Observações: o primeiro ciclo do dia deverá ser realizado sem carga contendo o teste de Bowie&Dick, seguindo orientações do fabricante. No primeiro ciclo com carga, deverá ser realizado o teste biológico com integrador químico e em todos os demais ciclos, apenas o teste com integrador químico.

C) Desinfecção de materiais

Higienizar as mãos (POP 24);

Colocar os EPIs, proporcionando barreira física entre o profissional, os fluídos corporais, matéria orgânica e não orgânica;

Preparar o setor para o início das atividades verificando se todos os materiais, acessórios e soluções estão disponíveis e aptos para uso, fazendo higienização e desinfecção das mesas, bancadas, caixas e armários com álcool a 70%;

Efetuar limpeza dos materiais conforme descrito no item: Expurgo: Área suja;

Respeitar as barreiras técnicas na ausência de barreira física ao realizar a desinfecção química, cuidando de utilizar entre outras coisas, acessórios de limpeza exclusivos para produtos que serão desinfetados e pia exclusiva para limpeza, para garantir que não tenha contaminação cruzada entre o ambiente sujo e o limpo;

Secar individualmente cada material com o auxílio de pano limpo e macio ou toalha descartável de cor clara que não liberem fibras, inspecionando a limpeza, do

sentido proximal para o distal (controle do processo de limpeza), mantendo desmontadas e desconectadas todas as peças removíveis. Os artigos com lumens devem ser secos com ar sob pressão;

Escolher o agente desinfetante de acordo com a classificação dos produtos para saúde: artigos semicríticos ou não críticos;

Observar a compatibilidade dos artigos em relação ao desinfetante e seu tempo de ação: O hipoclorito a 1% é corrosivo com metais, tem ação descolorante, é inativado na presença de matéria orgânica, quando exposto a radiação ultravioleta e ao calor. O álcool 70% deixa opaco o acrílico, resseca alguns plásticos e borrachas e não é recomendado para produtos óticos

D) Desinfecção de nível intermediário com hipoclorito a 1%:

Preparar a solução desinfetante de hipoclorito a 1% em recipiente opaco, com tampa e de uso exclusivo, previamente identificado com o nome da solução;

Preencher instrumento para controle do processo de desinfecção e rastreamento, o qual deve conter: identificação da solução desinfetante, horário que foi preparada, tempo de validade, assinatura/COREN do profissional que realizou o preparo da solução e o teste de concentração, horário de imersão e retirada dos produtos, itens desinfetados e assinatura/COREN do profissional executor;

Imergir completamente todas as peças no recipiente contendo solução de hipoclorito a 1%, preenchendo todas as estruturas ocas e lumens com o auxílio de uma seringa de 20 ml. Os materiais leves, que tendem a boiar, devem ser mantidos imersos por meio de estruturas plásticas perfuradas mais pesadas colocadas sobre os itens;

Retirar os materiais após 30 minutos, cronometrados a partir do último item imerso na solução;

Enxaguar abundantemente em água potável até a retirada total do agente desinfetante, a presença de resíduos de hipoclorito nos artigos inalatórios pode causar irritação na mucosa respiratória dos pacientes.

Colocar os artigos sobre pano limpo ou toalha descartável de cor clara que não liberem fibras e secar de forma minuciosa, imediatamente após enxague, inspecionando novamente do sentido proximal para o distal (monitoramento do processo de desinfecção), montar as peças removíveis/ kits e secar os lumens com ar sob pressão;

Encaminhar os produtos secos para área de preparo em caixa com tampa previamente limpa e desinfetada;

Embalar os artigos em sacos plásticos atóxicos, selando-os (quando aplicável) e/ou guardá-los em recipiente plástico com tampa previamente limpo, desinfetado e identificados;

Identificar os materiais desinfetados com o nome do artigo, nome do agente desinfetante, data da desinfecção, data de validade e assinatura e COREN do profissional executor;

Armazenar os materiais desinfetados em local separados dos esterilizados;

Desprezar solução de hipoclorito após o vencimento, lavar e secar recipiente e tampa para evitar a criação de biofilme. A solução de hipoclorito de sódio 1% tem validade de 24 horas, porém recomenda-se desprezá-la a cada 12 horas, ou conforme necessidade;

E) Desinfecção de nível intermediário com Álcool 70%:

Friccionar os artigos não críticos ou superfícies após a limpeza, com álcool 70% por 30 segundos, aguardando a secagem por evaporação ou passar o álcool em toda superfície do artigo por 3 vezes, aguardando a evaporação total do mesmo em todas elas. O processo de desnaturação proteica dos componentes microbianos ocorre durante a evaporação do álcool 70%.

Encaminhar os produtos secos para área de preparo em caixa com tampa previamente limpa e desinfetada;

Embalar os artigos em sacos plásticos atóxicos, selando-os (quando aplicável) e/ou guardar os artigos em recipiente plástico com tampa previamente limpo, desinfetado e identificado;

Identificar os materiais desinfetados com o nome do artigo, nome do agente desinfetante, data da desinfecção, data de validade, assinatura e COREN do profissional executor;

Armazenar os materiais desinfetados em local separados dos esterilizados;

Manter o álcool 70% em recipiente fechado, previamente identificado (almotolia), em local ventilado e fresco, distante de fonte de faísca, por ser volátil e inflamável. Este produto em almotolia tem validade de 7 dias.

F) Desinfecção de alto nível com dióxido de cloro estabilizado a 7%:

Preparar a solução desinfetante de dióxido de cloro estabilizado a 7% em recipiente opaco, com tampa e de uso exclusivo, previamente identificado com o nome da solução, diluindo o produto conforme orientação do fabricante (5 ml para cada litro de água);

Aguardar a homogeneização do produto (10 minutos) e testar a sua concentração com fita dosadora. Esse teste deve ser realizado logo após o preparo e/ou a cada troca de plantão, se necessário. Se houver alteração da concentração deve se desprezar a solução;

Identificar a data de abertura e data de validade após aberto do frasco de fitas dosadoras, sempre que abrir um novo;

Preencher instrumento para controle do processo de desinfecção e rastreamento, o qual deve conter: identificação da solução desinfetante, horário que foi preparada, tempo de validade, assinatura/COREN do profissional que realizou o preparo da solução e o teste de concentração, horário de imersão e retirada dos produtos, itens desinfetados e assinatura/COREN do profissional executor;

Imergir completamente todas as peças no recipiente contendo dióxido de cloro estabilizado a 7%, preenchendo todas as estruturas ocas e lumens com o auxílio de uma seringa de 20 ml. Os materiais leves, que tendem a boiar, devem ser mantidos imersos por meio de estruturas plásticas perfuradas mais pesadas colocadas sobre os itens.

Retirar os materiais após 15 minutos, cronometrados a partir do último item imerso na solução;

Enxaguar abundantemente em água potável até a retirada total do agente desinfetante;

Colocar os artigos sobre pano limpo ou toalha descartável de cor clara que não liberem fibras e secar de forma minuciosa, imediatamente após enxaguar, inspecionando novamente do sentido proximal para o distal (monitoramento do processo de desinfecção), montar as peças removíveis/ kits e secar os lumens com ar sob pressão;

Encaminhar os produtos secos para área de preparo em caixa com tampa e previamente limpa e desinfetada;

Embalar os artigos em sacos plásticos atóxicos, selando-os (quando aplicável) e/ou guardar os artigos em recipiente plástico com tampa previamente limpo, desinfetado e identificado;

Identificar os materiais desinfetados com o nome do artigo, nome do agente desinfetante, data da desinfecção, data de validade, assinatura e COREN do profissional executor;

Armazenar os materiais desinfetados em local separados dos esterilizados;

Desprezar solução de dióxido de cloro ao fim do processo de trabalho, esta solução desinfetante tem validade de 24 horas após a diluição.

Após processo de desinfecção dos produtos para saúde higienizar e guardar as caixas plásticas para evitar formação de biofilme. Lavar, secar, desinfetar (quando aplicável) e guardar as EPI reutilizáveis (luvas de borrachas, óculos ou protetor facial), guardar os produtos desinfetantes utilizados no processo em local adequado, deixar hamper vazio, pia limpa e seca, friccionar álcool 70% em todas as bancadas, após limpeza;

Manter a sala em ordem (POP 32).

Higienizar as mãos (POP 24);

OBSERVAÇÕES

Limpeza: primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterelização, sendo um processo mecânico de remoção de sujidade de artigos e superfícies, mediante o uso da água e detergente neutro ou detergente enzimático

Desinfecção: processo físico ou químico de destruição de microrganismos, exceto os esporulados, realizada através de água quente ou em ebulição (acima de 60°C). Quando utiliza produtos desinfetantes (hipoclorito de sódio, glutaraldeído, álcool 70%) é chamada desinfecção por meio químico.

Esterelização: processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, não sendo mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.

Após retirar os pacotes da autoclave não colocar sobre superfícies frias, para evitar a condensação do vapor que ainda resta dentro deles.

Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água diariamente e controlar seu funcionamento, mantendo caderno de registro dos parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido.

Ao condicionar os materiais na autoclave, colocar bacias, vidros e cubas sempre com sua abertura voltada para baixo. No momento da embalagem, esses materiais devem ter a abertura voltada para o lado papel do papel grau cirúrgico.

Não utilizar esponja de aço ou produtos abrasivos, pois danificam o material e facilitam sua corrosão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATATAIS. Prefeitura Municipal de Batatais. Manual técnico de Enfermagem. Atenção Básica. SMS Batatais. Batatais-SP, 2022.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Limpeza, desinfecção e esterilização de material odontológico: responsabilidades na execução e subordinação. Parecer Coren/SP n° 055/2013. São Paulo: 2013.

POP 27 – MEDIDA DO PESO CORPORAL

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Método para obtenção da medida do peso corporal dos indivíduos para avaliação da evolução pondero estatural do indivíduo

2. Finalidade

Padronizar a medida do peso corporal.

3. Executante

Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

5. Material

Balança mecânica ou digital

Papel toalha ou papel lençol

6. Procedimento

Higienização das mãos (POP 24)

Reunir o material

Chamar o paciente pelo nome completo/social

Explicar o procedimento ao paciente/responsável

Forrar a base da balança com papel- toalha;

Verificar as condições da balança, destravá-la, tarar e travá-la (mecânica) ou ligá-la e verificar a tara (eletrônica);

Pedir ao paciente para subir na balança após retirar os sapatos e excessos de roupas e objetos;

Ler o valor obtido (balança eletrônica), ajustar os massores e verificar o peso (balança mecânica);

Ajudar o paciente a descer da balança;

Desprezar os materiais utilizados no lixo;

Higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

Observação

Aferir periodicamente as balanças.

Calibragem: a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal.

Caso não esteja, girar lentamente o calibrador, observando a nivelção da agulha.

Certificar que as balanças estão apoiadas sobre uma superfície plana, lisa e firme.

Em crianças menores de 15 kg, deve-se utilizar a balança infantil (de bandeja).

Higienizar a bandeja com álcool 70% antes do procedimento, colocando a criança deitada com todo o corpo sobre a bandeja, com a mão próxima para evitar quedas.

Deve-se despir totalmente a criança (inclusive calçados e fraldas) para evitar alteração de resultado.

Crianças impossibilitadas de se movimentar devem ser pesadas no colo do profissional e descontar o peso do colaborador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

LONDRINA. Secretaria Municipal da Saúde. Procedimento Operacional Padrão – Aferição de Peso. Londrina, PR; 2023.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023.

POP 28 – MEDIDA DE ESTATURA

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Técnica para obtenção da altura dos indivíduos para avaliação antropométrica.

2. Finalidade

Padronizar a medida de estatura.

3. Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

Antropômetro ou estadiômetro (régua)

6. Descrição do procedimento

Higienização das mãos (POP 24)

Reunir o material

Chamar o paciente pelo nome completo/social.

Apresentar-se ao paciente/responsável e explicar o procedimento que será realizado, esclarecendo as dúvidas.

→ Crianças menores de 2 anos:

Deitar a criança no centro do antropômetro/estadiômetro 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/estadiômetro; os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro/estadiômetro;

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;
Higienizar as mãos (POP 24);
Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;
Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32)

→ Pacientes maiores de 2 anos:

Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento;

Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;

Solicitar ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/estadiômetro;

Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;

Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;

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

Higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32)

OSERVAÇÃO

Antropômetro vertical deve estar fixado numa parede lisa e sem rodapé.

Em crianças até dois anos de idade o tamanho será aferido por meio do comprimento em decúbito horizontal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023.

POP 29 – MEDIDA DO PERÍMETRO CEFÁLICO

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Medida da circunferência fronte-occipital, correspondendo ao perímetro cefálico máximo com objetivo de avaliar o desenvolvimento cerebral.

2. Finalidade

Padronizar a medida do perímetro cefálico.

3. Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

Fita métrica.

6. Descrição do procedimento

Higienização das mãos (POP 24)

Reunir o material

Chamar o paciente pelo nome completo/social

Chamar o paciente/responsável, confirmar o nome e apresentar-se ao paciente, explicando o procedimento que será realizado, esclarecendo as dúvidas;

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;

Higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32)

OBSERVAÇÃO: Não incluir pavilhão auricular. Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

POP 30 – MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. CONCEITO:

Técnica para estimar a deposição de gordura intra-abdominal para estimar o risco cardiovascular.

2. FINALIDADE:

Padronizar a medida da circunferência abdominal.

3. EXECUTANTE:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

5. MATERIAL:

Fita métrica.

6. PROCEDIMENTO:

Higienização das mãos (POP 24)

Reunir o material

Chamar o paciente pelo nome completo/social

Explicar o procedimento que será realizado, esclarecendo as dúvidas;

Solicitar ao paciente que fique em pé, ereto, abdome relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;

Afastar a roupa do paciente de forma que a região da cintura fique despida;

Posicionar-se lateralmente ao paciente e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca;

Segurar o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre o ponto médio localizado;

Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura; não deve ficar larga, nem apertada;

Pedir ao paciente que inspire e, em seguida, que expire totalmente

Realizar a leitura ao final da expiração;

Higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;
Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

OBSERVAÇÃO:

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.
Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. 4. ed. São Paulo: ABESO; 2016.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual
de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

POP 31 – MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. CONCEITO:

Medir a circunferência do quadril obtida ao nível da região das maiores protuberâncias glúteas com objetivo de indicar indiretamente o risco cardiovascular por meio da relação cintura-quadril.

2. FINALIDADE:

Padronizar a medida da circunferência do quadril.

3. EXECUTANTE:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

5. MATERIAL:

Fita métrica

6. PROCEDIMENTO:

Higienização das mãos (POP 24)

Reunir o material

Chamar o paciente pelo nome completo/social

Orientar o paciente a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com mínimo de roupas possível;

Colocar a fita métrica ao redor do quadril, considerar a maior região de protuberância glútea;

Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes;

Realizar a leitura;

Higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. 4. ed. São Paulo: ABESO; 2016.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

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

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

POP 32 – ORGANIZAÇÃO DE SALAS E SETORES

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Compreende a preparação da sala ou setor para atividades a serem desenvolvidas no plantão. Inclui a desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes nas diferentes áreas de uma unidade de saúde e a providência dos materiais necessários para o desenvolvimento das atividades. Possui o objetivo de manter a ordem e conservar equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

2. Finalidade

Padronizar a organização de salas e setores.

3. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Material

Luvas de borracha

Álcool a 70%

Panos limpos

Solução com hipoclorito de sódio 1% (para locais com presença de matéria orgânica)

Lista com os materiais a serem reabastecidos na sala ou setor

5. Descrição do Procedimento

Higienizar as mãos (POP 24);

Calçar as luvas;

Descartar materiais com validade vencida ou com a qualidade comprometida;

Checar o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos do setor no início de cada plantão. Em caso de algum problema ou mau funcionamento, comunicar imediatamente o enfermeiro responsável;

Umedecer o pano limpo com álcool 70% e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo;

Se houver locais com presença de matéria orgânica, proceder primeiro a limpeza com hipoclorito de sódio 1%, aguardar 10 minutos e remover com água e sabão. Após, secar a superfície e limpar com álcool a 70% conforme descrição no item anterior;

Verificar os materiais em falta no setor e providenciar a reposição.

Solicitar ao auxiliar de limpeza que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal.

Trocar almotolias semanalmente.

Repor materiais e impressos próprios e específicos;

Verificar a presença de sabonete líquido e álcool em gel nos dispensadores, papel toalha e saco preto para lixo comum e branco leitoso para descarte de lixo infectante, quando houver;

Retirar as luvas, desprezando em lixo contaminado;

Higienizar as mãos (POP 24);

Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

OBSERVAÇÃO:

As superfícies referidas neste protocolo compreendem: mobiliários, equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, divãs, suporte para soro, balança, computadores, caixas e bolsas de visitas domiciliares (VD), e outros com os quais o profissional e os materiais terão contato durante o trabalho.

A higienização de equipamentos específicos ao atendimento de pacientes deve ser realizada pelos profissionais que o utilizam uma vez que estes, detêm o conhecimento da técnica correta para limpeza e armazenamento dos mesmos.

Ao término do plantão a unidade deve estar limpa, organizada e com os materiais repostos. Nas situações em que isso não for possível, comunicar as pendências ao profissional a assumir a unidade e registrar os motivos no livro de ocorrência.

Após a realização de procedimentos em que haja contaminação da sala por secreções ou produtos, deve ser realizada uma limpeza sistemática, concorrente ou terminal de acordo com cada situação a ser definida pelo enfermeiro na rotina de cada serviço.

O Enfermeiro deve ser responsável por determinar a execução e a periodicidade do procedimento de limpeza a fim de garantir o atendimento seguro ao paciente e ao profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

POP 33 – RETIRADA DE PONTOS

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Retirada de fios colocados para aproximar as bordas de uma lesão (sutura) e facilitar o processo de cicatrização.

2. Finalidade

Padronizar a retirada de pontos.

3. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Material

EPIs: luvas de procedimentos e avental

Tesoura Íris

Pinça Kelly, ou pinça Anatômica, ou pinça Dente de Rato ou pinça Kocher

Soro Fisiológico 0,9%

Gazes (estéril)

5. Descrição do Procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo/social

Higienização das mãos (vide POP 24)

Reunir o material

Explicar o procedimento ao paciente

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.

Pegar a extremidade do nó com a pinça e em uma ação delicada e continua puxar a sutura.

Colocar os pontos retirados sobre uma gaze;

Repetir as etapas até que todas as suturas sejam removidas.

Cobrir a ferida se houver necessidade;
Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 24);
Realizar anotação de enfermagem (POP 11);
Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

OSERVAÇÃO

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

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

Observar presença de sinais flogísticos ou deiscência de pontos antes de realizar a retirada

Realizar curativo na presença de sangramento ou outras intercorrências

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

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

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023.

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

POP 34 – TESTE IMUNOLÓGICO PARA GRAVIDEZ (TIG) OU TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

O teste rápido de gravidez ou teste imunológico para gravidez (TIG) realiza a detecção qualitativa da Gonadotrofina Coriônica Humana (hCG) em amostras de urina para auxiliar no diagnóstico precoce da gravidez. Público alvo: - Mulheres em idade fértil que apresentem atraso menstrual e histórico recente de relação sexual desprotegida. Sua utilização pode se dar no contexto da identificação de situações de exposição à violência sexual e ao risco de infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DST).

2. Finalidade

Padronizar a execução do TIG.

3. Executante

Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Auxiliar de Enfermagem (PARECER COREN-SP 031/2013).

4. Material

recipiente descartável para coleta de urina

cronômetro/relógio

par de luvas

tira reagente para Teste Rápido hCG urinário

5. Descrição do Procedimento

Higienização das mãos (POP 24),

Reunir o material;

Chamar a paciente pelo nome completo/social;

Explicar o procedimento a paciente;

Questionar a paciente sobre o período de amenorreia e sintomas, registrando em prontuário;

Calçar as luvas de procedimento;

Oferecer o frasco ou copo descartável e encaminhá-la ao sanitário;

Orientar a paciente a coletar uma pequena amostra de urina;

Anotar o lote e validade do teste rápido no prontuário da paciente e abrir a embalagem do teste;

Receber a amostra de urina e proceder à realização do teste, introduzir a tira em posição vertical com as setas na posição vertical e para baixo;

Emergir até a linha limite do teste e retire a tira após 10-15 segundos ou de acordo com o tempo determinado pelo fabricante. Colocar a tira sob material ou superfície não absorvente;

Esperar as faixas coloridas aparecerem e aguardar tempo da reação completa de 5 minutos ou de acordo com o tempo determinado pelo fabricante.

Enquanto isso, solicitar à usuária que descarte o restante da amostra de urina em vaso sanitário, e o frasco descartável em lixeira do banheiro.

Interpretar o resultado:

a. Negativo: aparece apenas uma faixa na região do controle.

b. Positivo: aparecem duas faixas iguais e separadas de cores na região do controle e do teste;

Explicar o resultado a paciente;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 24);

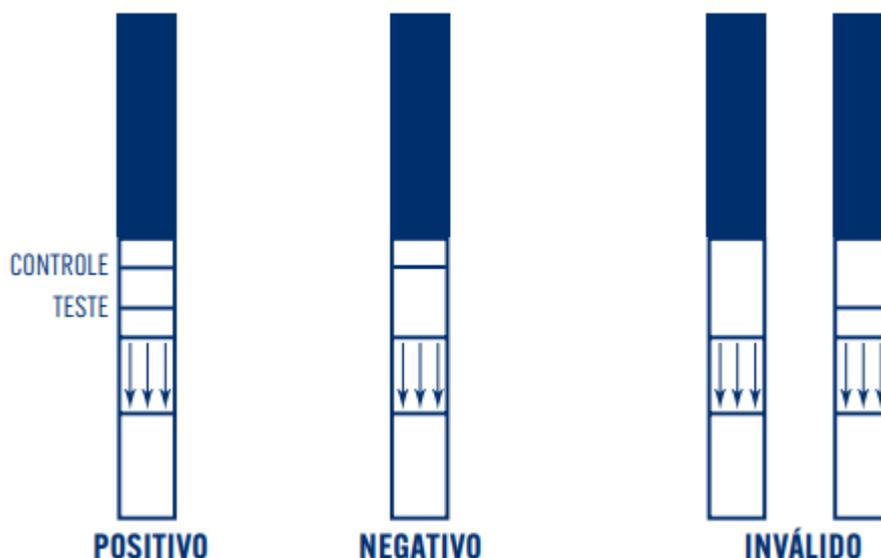
Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

OBSERVAÇÕES:

Fazer a leitura e interpretação do teste, sendo que o aparecimento de uma faixa colorida no espaço superior da membrana (área controle), mostra que o teste está completo, caso não apareça a faixa colorida na área controle o teste é inválido, pegar outro teste. A presença de apenas uma faixa indica resultado hCG menor que 25mUI/ml, ou seja, resultado negativo. Já a presença de duas faixas, com uma faixa colorida atravessando horizontalmente a área teste da membrana, mesmo que a faixa seja de cor clara, com a intensidade de cor menor que a da área controle, indica que a concentração de hCG é igual ou superior a 25 mUI/ml, ou seja resultado positivo.

Os técnicos e auxiliares podem comunicar o resultado do TIG à usuária, no entanto **devem encaminhar a usuária ao enfermeiro** independente do resultado obtido, segundo o parecer COREN-SP 31/2013.



Sobre orientações pós teste:

→ Em caso de **resultado positivo**, agendar o mais breve possível a primeira consulta de pré-natal.

→ Caso a **gravidez seja indesejada**, além da consulta de pré-natal, a paciente deverá ser encaminhada para atendimento da equipe de referência a fim de tratar sobre planejamento reprodutivo: direitos acerca da gestação (pré-natal, assistência ao parto e ao nascimento, rede de proteção social, licença-maternidade e programas específicos para famílias de baixa renda), mediação de conflitos familiares, aspectos legais sobre interrupção da gestação, informando sobre o risco de práticas caseiras para a interrupção da gravidez.

→ Caso **resultado negativo** com manifestação de desejo de engravidar: agendamento de consulta para orientações.

→ Caso **resultado negativo** sem manifestação de desejo de engravidar: agendamento de planejamento reprodutivo para escolha e indicação de método anticoncepcional.

PARA TODOS OS CASOS, OFERTAR OS TESTES RÁPIDOS DE SÍFILIS (POP 37), HIV (POP 38) E HEPATITES VIRAIS (POPS 35 E 36).

OBSERVAÇÃO:

Coletar preferencialmente a primeira urina da manhã, por conter maior concentração do hormônio.

Poderá ser também utilizada outra amostra de qualquer período do dia, respeitando o intervalo entre micções recomendado pelo fabricante.

O tempo de atraso para realização do teste deve observar a indicação do insumo disponível, sendo em sua maioria igual ou superior a 7 dias. No entanto, deve-se realizar uma avaliação criteriosa de cada caso e considerar-se a presença de sinais e sintomas.

Não há necessidade de realizar exame imunológico se atraso menstrual for acima de 15 a 16 semanas. Nesses casos, a confirmação da gestação se dará por meio do exame clínico com palpação e ausculta de batimentos cardíacos fetais.

Preferencialmente, acolher a usuária em sala que possua sanitário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico. Brasília, 2013.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Realização de teste de gravidez e informação do resultado. PARECER COREN-SP 031/2013. São Paulo, 2013.

HCG STRIP TEST PLUS, tira reativa para diagnóstico de gravidez - Amostra: Soro e Urina. 2016.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde Manual do cuidado no pré-natal e puerpério na atenção primária em Saúde/ Eni do Carmo de Souza et al. (col.)...[et all] – 2. ed. – Londrina: SMS. 2016. p.75.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023.

POP 35– TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

*Para execução de testes rápidos o profissional deverá, obrigatoriamente, ser capacitado.

1. Conceito

Teste qualitativo utilizado na triagem da infecção pelo vírus da hepatite B, por meio da detecção de antígeno do HBs (HBsAg) no soro, plasma ou sangue total. Detecta precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento.

2. Finalidade

Padronizar o Teste Rápido de Hepatite B (TR HBsAg).

3. Executante

Enfermeiro

Obs: Técnicos e Auxiliares de enfermagem capacitados poderão executar o teste, porém o laudo é privativo do enfermeiro e demais profissionais de nível superior habilitado (Parecer COREN-SP 026/2019).

4. Material

Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos

Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão

Manual de instrução

Álcool 70%

Algodão ou gaze não estéril

Cronômetro ou relógio

Caneta esferográfica ou caneta de tinta permanente

Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante

Folha de trabalho - Testes Rápidos (Anexo 1)

Papel absorvente

Laudo TR HBsAg (Anexo 2)

5. Descrição do Procedimento

Ler o manual de instrução;

Observar as orientações de acordo com cada laboratório;

Higienização das mãos (POP 24);

Reunir o material;

Chamar o paciente pelo nome completo/social;

Explicar o procedimento ao paciente;

Fazer aconselhamento pré-teste para analisar o comportamento sexual do indivíduo;

Colocar os EPIs;

Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote da caixa 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. **Considerar o número de lote e validade da caixa externa;**

O kit deve ser mantido em local com controle de temperatura. Uma vez que ele deve ser mantido entre 2 °C e 30 °C. Evitar umidade.

Os Testes Rápidos deverão ser realizados em temperatura ambiente;

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

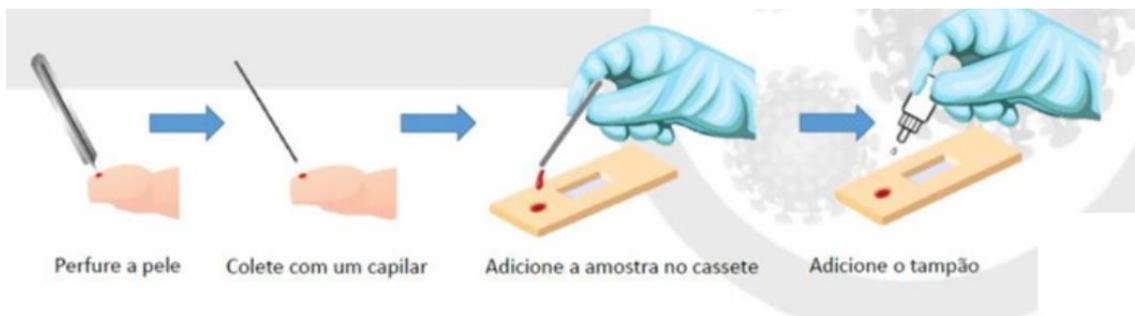
Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;

Escrever as iniciais do nome do paciente, no dispositivo ou placa de teste;

Realizar punção digital;

Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta capilar evitando 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. Realizar nova coleta, caso ocorra a formação de bolhas.

Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar o número de gotas da amostra no poço do dispositivo de teste (verificar o manual do fabricante).



Adicionar a solução tampão no poço específico (verificar o manual do fabricante).
Aguardar o tempo de leitura de acordo com o manual do fabricante.

Fazer a interpretação conforme o manual do fabricante:

- a. Se após o tempo determinado aparecer apenas uma linha na área controle (C), a amostra será considerada NÃO REAGENTE.
- b. Se aparecer uma segunda linha na área teste (T), a amostra será considerada REAGENTE.

Obs1: O teste é considerado inválido quando a linha controle (C) não aparecer. Repetir o teste.

obs2: A linha colorida na área teste (T) poderá apresentar variações na intensidade da cor, porém, mesmo quando a coloração tiver uma intensidade muito fraca, a amostra será considerada REAGENTE.

Emitir o laudo diagnóstico para entrega do resultado ao paciente (privativo do enfermeiro e outro profissional de nível superior habilitado);

Fazer aconselhamento pós-teste, incluindo orientações sobre janela imunológica, ISTs e prevenção combinada.

Em casos reagentes preencher a ficha de notificação compulsória (Portaria GM/MS N° 217, DE 1° DE MARÇO DE 2023) e enviar aos cuidados da vigilância epidemiológica municipal.

Indivíduos com teste rápido reagente para Hepatite B deverão ser encaminhados ao Ambulatório de Infectologia (AMI) para seguimento e acompanhamento.

Testes que apresentarem avarias, resultados inválidos ou suspeita de resultados falsos deverá ser preenchido o Formulário de Intercorrências (Anexo 3) e encaminhado ao CTA para avaliação e conduta.

ANEXO 2 - LAUDO TESTE RÁPIDO - HEPATITE B



PREFEITURA DE JUNDIAÍ
UNIDADE DE GESTÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE
PROGRAMA MUNICIPAL DE IST/HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS

Unidade: _____ Telefone: _____
Prontuário: _____
Nome do Paciente: _____
Data de Nascimento: _____

TESTE RÁPIDO DE TRIAGEM PARA DETECÇÃO DE HEPATITE B

Amostra : Sangue total por punção digital
Data da coleta da amostra: 17/07/2024

TESTE HBsAg - HEPATITE B

Nome do produto : _____
Lote/validade: _____
Método : Imunocromatografia
Resultado do teste: **Amostra** para Antígeno de superfície do vírus da
Hepatite B (HbsAg)

Resultado obtido de acordo com a Portaria SVS- MS nº 25 de 1 de Dezembro de 2015

"Em caso de suspeita de infecção pelo HBV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra para realização de um novo teste".

Resultados REAGENTES: realizar confirmação do diagnóstico da infecção pelo HBV utilizando teste molecular.

Jundiá, 17 de julho de 2024

Executado por : _____ Liberado por: _____

"A vacina Hepatite A faz parte do calendário de vacinação e é aplicada aos 15 meses até 4 anos além disso, está disponível nos CRIE, sendo indicada para as situações previstas no Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais".

"A vacina Hepatite B faz parte do calendário de vacinação. Está disponível nas salas de vacina do Sistema Único de Saúde (SUS) para pessoas de todas as idades.

TODOS DEVEM RECEBER A VACINA HEPATITE B

ANEXO 3 - FORMULÁRIO DE INTERCORRÊNCIAS

Formulário de Notificação de Intercorrência com Teste Rápido			
Dados da Unidade de Saúde (Obrigatório para qualquer notificação)			
Instituição:			
Município:		Selecione a UF:	
Nome completo: <small>(Profissional para contato sobre as informações adicionais sobre a notificação)</small>			
Telefone (DDD+Número)			
E-mail			
Problema identificado (Obrigatório para qualquer notificação)			
Selecione o tipo de Intercorrência			
Dados do Insumo com Problemas (Obrigatório para qualquer notificação)			
Selecione o teste/fornecedor			
Lote do teste			
Validade do teste			
AVARIA OU FALTA DE INSUMO: Preencher somente essa seção			
Identificar o item (ex: lanceta, solução tampão, bala, coletor, etc)			
Relatar o tipo de avaria e/ou descrever a quantidade de insumo faltante			
TESTE INVÁLIDOS OU RESULTADOS FALSOS: Preencher as seções abaixo para testes inválidos ou resultados falsos			
Informações do profissional executor			
O profissional realiza teste rápido há quanto tempo?			
Selecione qual foi a forma de treinamento para realização de testes rápidos realizado pelo profissional?			
Informações do procedimento do teste			
Data da Realização do Teste?			
Qual coletor foi utilizado para obtenção da amostra?			
Qual foi o tempo de leitura do teste?		Quantas gotas de solução tampão foram adicionadas ao teste?	
Qual a amostra utilizada?		Se soro ou plasma, qual o anticoagulante?	
Preencher essa seção em caso de: SUSPEITA DE RESULTADO FALSO REAGENTE			
Paciente gestante?			
Vacinado nos últimos 3 meses?		Se sim, qual[is] vacina[s]?	
Paciente possui doença autoimune?		Paciente fez tratamento para sífilis?	
Testes complementares			
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Preencher essa seção em caso de: SUSPEITA DE RESULTADO FALSO NÃO REAGENTE			
Tempo decorrido entre a exposição ao risco e a realização do teste:			
Paciente está em tratamento com antiretrovirais?		Paciente está em tratamento para hepatite B?	
Paciente faz ou fez tratamento para hepatite C?		Paciente fez tratamento para sífilis?	
Testes complementares			
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
ANEXAR FOTO SEMPRE QUE POSSÍVEL			
Observações			
Data da Notificação			
Resumo da Investigação			
Conclusão da Reclamação			

Preenchimento pela Empresa Notificada

POP 36 – TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

*Para execução de testes rápidos o profissional deverá, obrigatoriamente, ser capacitado.

1. Conceito

Teste qualitativo utilizado na triagem da infecção pelo vírus da hepatite C, por meio da detecção do anticorpo anti-HCV no soro ou sangue total. Detecta precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento.

2. Finalidade

Padronizar o Teste Rápido de Hepatite C (TR HCV).

3. Executante

Enfermeiro

Obs: Técnicos e Auxiliares de enfermagem capacitados poderão executar o teste, porém o laudo é privativo do enfermeiro e demais profissionais de nível superior habilitado (Parecer COREN-SP 026/2019).

4. Material

Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos

Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão

Manual de instrução

Álcool 70%

Algodão ou gaze não estéril

Cronômetro ou relógio

Caneta esferográfica ou caneta de tinta permanente

Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante

Folha de trabalho - Testes Rápidos (Anexo 1)

Papel absorvente

Laudo TR HCV (Anexo 2)

5. Descrição do Procedimento

Ler o manual de instrução;

Observar as orientações de acordo com cada laboratório;

Higienização das mãos (POP 24);

Reunir o material;

Chamar o paciente pelo nome completo/social;

Explicar o procedimento ao paciente;

Fazer aconselhamento pré-teste para analisar o comportamento sexual do indivíduo;

Colocar os EPIs;

Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote da caixa* 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. **Considerar o número de lote e validade da caixa externa;**

O kit deve ser mantido em local com controle de temperatura. Uma vez que ele deve ser mantido entre 2 °C e 30 °C. Evitar umidade.

Os Testes Rápidos deverão ser realizados em temperatura ambiente;

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

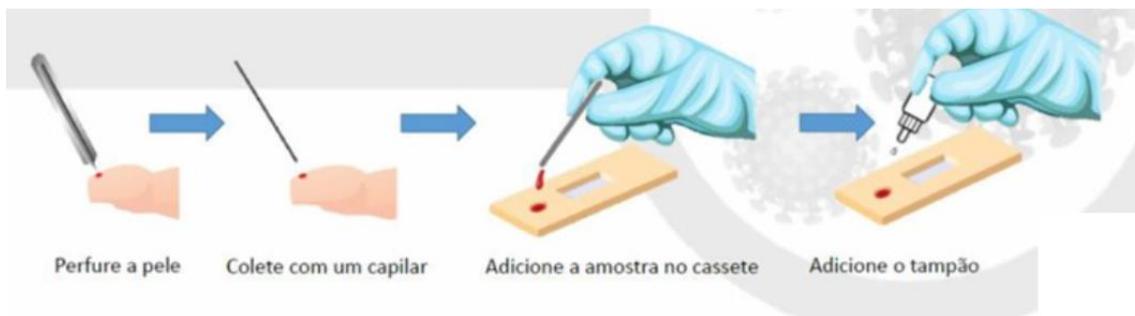
Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;

Escrever as iniciais do nome do paciente, no dispositivo ou placa de teste;

Realizar punção digital;

Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta capilar evitando 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. Realizar nova coleta, caso ocorra a formação de bolhas.

Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar o número de gotas da amostra no poço do dispositivo de teste (verificar o manual do fabricante).



Adicionar a solução tampão no poço específico (verificar o manual do fabricante).

Aguardar o tempo de leitura de acordo com o manual do fabricante.

Fazer a interpretação conforme o manual do fabricante:

- a. Se após o tempo determinado aparecer apenas uma linha na área controle (C), a amostra será considerada NÃO REAGENTE.
- b. Se aparecer uma segunda linha na área teste (T), a amostra será considerada REAGENTE.

obs1: O teste é considerado inválido quando a linha controle (C) não aparecer. Repetir o teste.

obs2: A linha colorida na área teste (T) poderá apresentar variações na intensidade da cor, porém, mesmo quando a coloração tiver uma intensidade muito fraca, a amostra será considerada REAGENTE.

Emitir o laudo diagnóstico para entrega do resultado ao paciente (privativo do enfermeiro e outro profissional de nível superior habilitado);

Fazer aconselhamento pós-teste, incluindo orientações sobre janela imunológica, ISTs e prevenção combinada.

Em casos reagentes preencher a ficha de notificação compulsória (Portaria GM/MS Nº 217, DE 1º DE MARÇO DE 2023) e enviar aos cuidados da vigilância epidemiológica municipal.

Indivíduos com teste rápido reagente para Hepatite C deverão ser encaminhados ao Ambulatório de Infectologia (AMI) para seguimento e acompanhamento.

Testes que apresentarem avarias, resultados inválidos ou suspeita de resultados falsos deverá ser preenchido o Formulário de Intercorrências (Anexo 3) e encaminhado ao CTA para avaliação e conduta.

ANEXO 2 - LAUDO TESTE RÁPIDO - HEPATITE C



PREFEITURA DE JUNDIAÍ
UNIDADE DE GESTÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE
PROGRAMA MUNICIPAL DE IST/HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS

Unidade: _____ Telefone: _____
Prontuário: _____
Nome do Paciente: _____
Data de Nascimento: _____

TESTE RÁPIDO DE TRIAGEM PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C

Amostra : Sangue total por punção digital
Data da coleta da amostra: 18/07/2024

TESTE HCV - HEPATITE C

Nome do produto :
Lote/validade:
Método : Imunocromatografia
Resultado do teste: **Amostra** para Anticorpo do vírus da Hepatite C (anti-HCV)

Resultado obtido de acordo com a Portaria SVS- MS nº 25 de 1 de Dezembro de 2015

"Em caso de suspeita de infecção pelo HCV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra para realização de um novo teste."

Resultados REAGENTES: realizar confirmação do diagnóstico da infecção pelo HCV utilizando um teste de detecção direta do vírus (HCV-RNA ou HCV-Ag)

Jundiá, 18 de julho de 2024

Executado por: _____ Liberado por : _____

"A vacina Hepatite A faz parte do calendário de vacinação e é aplicada aos 15 meses até 4 anos além disso, está disponível nos CRIE, sendo indicada para as situações previstas no Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais".

"A vacina Hepatite B faz parte do calendário de vacinação. Está disponível nas salas de vacina do Sistema Único de Saúde (SUS) para pessoas de todas as idades.

TODOS DEVEM RECEBER A VACINA HEPATITE B

ANEXO 3 - FORMULÁRIO DE INTERCORRÊNCIAS

Formulário de Notificação de Intercorrência com Teste Rápido			
Dados da Unidade de Saúde (Obrigatório para qualquer notificação)			
Instituição:			
Município:		Selecione a UF:	
Nome completo: <small>(Profissional para contato sobre as informações adicionais sobre a notificação)</small>			
Telefone (DDD+Número)			
E-mail			
Problema identificado (Obrigatório para qualquer notificação)			
Selecione o tipo de Intercorrência			
Dados do Insumo com Problemas (Obrigatório para qualquer notificação)			
Selecione o teste/fornecedor			
Lote do teste			
Validade do teste			
AVARIA OU FALTA DE INSUMO: Preencher somente essa seção			
Identificar o item (ex: lanceta, solução tampão, sula, coletor, etc)			
Relatar o tipo de avaria e/ou descrever a quantidade de insumo faltante			
TESTE INVÁLIDOS OU RESULTADOS FALSOS: Preencher as seções abaixo para testes inválidos ou resultados falsos			
Informações do profissional executor			
O profissional realiza teste rápido há quanto tempo?			
Selecione qual foi a forma de treinamento para realização de testes rápidos realizado pelo profissional?			
Informações do procedimento do teste			
Data da Realização do Teste?			
Qual coletor foi utilizado para obtenção da amostra?			
Qual foi o tempo de leitura do teste?		Quantas gotas de solução tampão foram adicionadas ao teste?	
Qual a amostra utilizada?		Se soro ou plasma, qual o anticoagulante?	
Preencher essa seção em caso de: SUSPEITA DE RESULTADO FALSO REAGENTE			
Paciente gestante?			
Vacinado nos últimos 3 meses?		Se sim, qual(is) vacina(s)?	
Paciente possui doença autoimune?		Paciente fez tratamento para sífilis?	
Testes complementares			
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Preencher essa seção em caso de: SUSPEITA DE RESULTADO FALSO NÃO REAGENTE			
Tempo decorrido entre a exposição ao risco e a realização do teste:			
Paciente está em tratamento com antirretrovirais?		Paciente está em tratamento para hepatite B?	
Paciente faz ou fez tratamento para hepatite C?		Paciente fez tratamento para sífilis?	
Testes complementares			
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
ANEXAR FOTO SEMPRE QUE POSSÍVEL			
Observações			
Data da Notificação			
Resumo da Investigação			
Conclusão da Reclamação			
Preenchimento pela Empresa Notificada			

POP 37 – TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

*Para execução de testes rápidos o profissional deverá, obrigatoriamente, ser capacitado.

1. Conceito

Teste qualitativo utilizado na triagem da infecção pelo o *Treponema pallidum*, por meio da detecção de anticorpos específicos *anti-T. pallidum* no soro ou sangue total. Detecta precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento.

2. Finalidade

Padronizar o Teste Rápido para Sífilis (TR Sífilis).

3. Executante

Enfermeiro

Obs: Técnicos e Auxiliares de enfermagem capacitados poderão executar o teste, porém o laudo é privativo do enfermeiro e demais profissionais de nível superior habilitado (Parecer COREN-SP 026/2019).

4. Material

Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos

Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão

Manual de instrução

Álcool 70%

Algodão ou gaze não estéril

Cronômetro ou relógio

Caneta esferográfica ou caneta de tinta permanente

Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante

Folha de trabalho - Testes Rápidos (Anexo 1)

Papel absorvente

Laudo TR Sífilis (Anexo 2) ou Laudo TR Duo HIV/Sífilis (Anexo 3)

5. Descrição do Procedimento

Ler o manual de instrução;

Observar as orientações de acordo com cada laboratório;

Higienização das mãos (POP 24);

Reunir o material;

Chamar o paciente pelo nome completo/social;

Explicar o procedimento ao paciente;

Fazer aconselhamento pré-teste para analisar o comportamento sexual do indivíduo;

Colocar os EPIs;

Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote da caixa* 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. **Considerar o número de lote e validade da caixa externa;**

O kit deve ser mantido em local com controle de temperatura. Uma vez que ele deve ser mantido entre 2 °C e 30 °C. Evitar umidade.

Os Testes Rápidos deverão ser realizados em temperatura ambiente;

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;

Escrever as iniciais do nome do paciente, no dispositivo ou placa de teste;

Realizar punção digital;

Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta capilar evitando 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. Realizar nova coleta, caso ocorra a formação de bolhas.

Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar o número de gotas da amostra no poço do dispositivo de teste (verificar o manual do fabricante).



Adicionar a solução tampão no poço específico (verificar o manual do fabricante).

Aguardar o tempo de leitura de acordo com o manual do fabricante.

Fazer a interpretação conforme o manual do fabricante:

- a. Se após o tempo determinado aparecer apenas uma linha na área controle (C), a amostra será considerada NÃO REAGENTE.
- b. Se aparecer uma segunda linha na área teste (T), a amostra será considerada REAGENTE.

Obs1: O teste é considerado inválido quando a linha controle (C) não aparecer. Repetir o teste.

Obs2: A linha colorida na área teste (T) poderá apresentar variações na intensidade da cor, porém, mesmo quando a coloração tiver uma intensidade muito fraca, a amostra será considerada REAGENTE.

Obs 3: Quando o teste disponível for na modalidade DUO (Sífilis/HIV) a linha colorida indicativa da infecção prévia por sífilis será a SYP que poderá apresentar variações na intensidade da cor, porém, mesmo quando a coloração tiver uma intensidade muito fraca, a amostra será considerada REAGENTE.

Emitir o laudo diagnóstico para entrega do resultado ao paciente (privativo do enfermeiro e outro profissional de nível superior habilitado);

Fazer aconselhamento pós-teste, incluindo orientações sobre janela imunológica, ISTs e prevenção combinada.

Em casos reagentes preencher a ficha de notificação compulsória (Portaria GM/MS Nº 217, DE 1º DE MARÇO DE 2023) e enviar aos cuidados da vigilância epidemiológica municipal.

Indivíduos com teste rápido reagente para sífilis, sem histórico prévio de tratamento, deverão ser encaminhados à consulta médica para avaliação e tratamento.

Testes que apresentarem avarias, resultados inválidos ou suspeita de resultados falsos deverá ser preenchido o Formulário de Intercorrências (Anexo 4) e encaminhado ao CTA para avaliação e conduta.

Toda a perda de testes rápidos deve ser sinalizada na folha de trabalho, sendo indicado o quantitativo de TR perdidos.

Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado;

Descartar o material utilizado em recipiente apropriado;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Entrega por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem de resultados de testes rápidos e abertura de resultado lacrado de exame de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Parecer Coren/SP nº 26/2019. São Paulo: 2019.

ANEXO 2 - LAUDO TESTE RÁPIDO – SÍFILIS



PREFEITURA DE JUNDIAÍ
UNIDADE DE GESTÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE
PROGRAMA MUNICIPAL DE IST/HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS

Unidade:

Telefone:

Prontuário:

Nome do Paciente:

Data de Nascimento:

TESTE RÁPIDO DE TRIAGEM PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS

Amostra : Sangue total por punção digital

Data da coleta da amostra: 18/07/2024

TESTE RÁPIDO SÍFILIS

Nome do produto :

Lote/validade:

Método : Imunocromatografia

Resultado do teste: **Amostra** para Sífilis

Resultado obtido de acordo com a portaria SVS/MS nº 2.012, de 19 de Outubro de 2016.

"O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado a sua história clínica e/ou epidemiológica."

Persistindo a suspeita de Sífilis, uma amostra deverá ser coletada após 30 dias e submetida a uma nova testagem para exclusão do diagnóstico.

Resultado REAGENTE: uma amostra por punção venosa deverá ser colhida para a realização do Fluxograma Laboratorial da Sífilis.

Jundiaí, 18 de julho de 2024

Executado por :

Liberado por:

ANEXO 3 - LAUDO TESTE RÁPIDO DUO - SÍFILIS/HIV



PREFEITURA DE JUNDIAÍ
UNIDADE DE GESTÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE
PROGRAMA MUNICIPAL DE IST/HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS

Unidade: _____ Telefone: _____
Prontuário: _____
Nome do Paciente: _____
Data de Nascimento: _____

Amostra : Sangue total por punção digital
Data da coleta da amostra: 18/07/2024

TESTE RÁPIDO DUO HIV/SÍFILIS

Nome do produto : _____
Lote/validade: _____
Método : Imunocromatografia

RESULTADO HIV: Amostra Não Reagente para HIV

RESULTADO SÍFILIS: Amostra Não Reagente para Sífilis

- Resultado obtido de acordo com a Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013, portaria SVS/MS nº 2.012, de 19 de Outubro de 2016 e e Nota Técnica Nº 6/2024-CGIST/.DATHI/SVSA/MS

- Persistindo a suspeita de HIV ou Sífilis, uma amostra deverá ser coletada após 30 dias e submetida a uma nova testagem para exclusão do diagnóstico.

- Resultado REAGENTE para HIV: realizar confirmação diagnóstica de acordo com recomendações do Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, aprovado pela Portaria Nº 29, de 17 de dezembro de 2013.

- Resultado REAGENTE para Sífilis: uma amostra por punção venosa deverá ser colhida para a realização do Fluxograma Laboratorial da Sífilis.

" O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado à sua história clínica e/ou epidemiológica."

Jundiá, 18 de julho de 2024

Executado por : _____ Liberado por: _____

ANEXO 4 - FORMULÁRIO DE INTERCORRÊNCIAS

Formulário de Notificação de Intercorrência com Teste Rápido			
Dados da Unidade de Saúde (Obrigatório para qualquer notificação)			
Instituição:			
Município:		Selecione a UF:	
Nome completo: <small>(Profissional para contato sobre as informações adicionais sobre a notificação)</small>			
Telefone (DDD+Número):			
E-mail:			
Problema identificado (Obrigatório para qualquer notificação)			
Selecione o tipo de Intercorrência			
Dados do Insumo com Problemas (Obrigatório para qualquer notificação)			
Selecione o teste/fornecedor			
Lote do teste			
Validade do teste			
AVARIA OU FALTA DE INSUMO: Preencher somente essa seção			
Identificar o item (ex: lanceta, solução tampão, sula, coletor, etc)			
Relatar o tipo de avaria e/ou descrever a quantidade de insumo faltante			
TESTE INVÁLIDOS OU RESULTADOS FALSOS: Preencher as seções abaixo para testes inválidos ou resultados falsos			
Informações do profissional executor			
O profissional realiza teste rápido há quanto tempo?			
Selecione qual foi a forma de treinamento para realização de testes rápidos realizado pelo profissional?			
Informações do procedimento do teste			
Data da Realização do Teste?			
Qual coletor foi utilizado para obtenção da amostra?			
Qual foi o tempo de leitura do teste?		Quantas gotas de solução tampão foram adicionadas ao teste?	
Qual a amostra utilizada?		Se soro ou plasma, qual o anticoagulante?	
Preencher essa seção em caso de: SUSPEITA DE RESULTADO FALSO REAGENTE			
Paciente gestante?			
Vacinado nos últimos 3 meses?		Se sim, qual(is) vacina(s)?	
Paciente possui doença autoimune?		Paciente fez tratamento para sífilis?	
Testes complementares			
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Preencher essa seção em caso de: SUSPEITA DE RESULTADO FALSO NÃO REAGENTE			
Tempo decorrido entre a exposição ao risco e a realização do teste:			
Paciente está em tratamento com antirretrovirais?		Paciente está em tratamento para hepatite B?	
Paciente faz ou fez tratamento para hepatite C?		Paciente fez tratamento para sífilis?	
Testes complementares			
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
ANEXAR FOTO SEMPRE QUE POSSÍVEL			
Observações			
Data da Notificação			
Resumo da Investigação			
Conclusão da Reclamação			

Preenchimento pela Empresa Notificada

POP 38 – TESTE RÁPIDO PARA HIV COM AMOSTRA DE SANGUE

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

*Para execução de testes rápidos o profissional deverá, obrigatoriamente, ser capacitado.

1. Conceito

Teste qualitativo utilizado na triagem da infecção pelo HIV I e II, por meio da detecção qualitativa de anticorpos no soro, plasma ou sangue total. Detecta precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento.

2. Finalidade

Padronizar o Teste Rápido para HIV (TR HIV).

3. Executante

Enfermeiro

Obs: Técnicos e Auxiliares de enfermagem capacitados poderão executar o teste, porém o laudo é privativo do enfermeiro e demais profissionais de nível superior habilitado (Parecer COREN-SP 026/2019).

4. Material

Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos

Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão

Manual de instrução

Álcool 70%

Algodão ou gaze não estéril

Cronômetro ou relógio

Caneta esferográfica ou caneta de tinta permanente

Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante

Folha de trabalho - Testes Rápidos (Anexo 1)

Papel absorvente

Laudo TR HIV (Anexo 2) ou Laudo TR Duo HIV/Sífilis (Anexo 3)

5. Descrição do Procedimento

Ler o manual de instrução;

Observar as orientações de acordo com cada laboratório;

Higienização das mãos (POP 24);

Reunir o material;

Chamar o paciente pelo nome completo/social;

Explicar o procedimento ao paciente;

Fazer aconselhamento pré-teste para analisar o comportamento sexual do indivíduo;

Colocar os EPIs;

Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote da caixa* 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. **Considerar o número de lote e validade da caixa externa;**

O kit deve ser mantido em local com controle de temperatura. Uma vez que ele deve ser mantido entre 2 °C e 30 °C. Evitar umidade.

Os Testes Rápidos deverão ser realizados em temperatura ambiente;

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

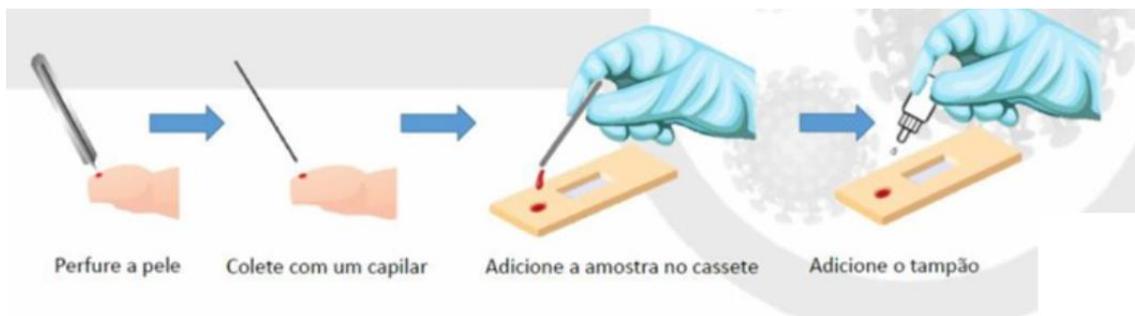
Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;

Escrever as iniciais do nome do paciente, no dispositivo ou placa de teste;

Realizar punção digital;

Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta capilar evitando 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. Realizar nova coleta, caso ocorra a formação de bolhas.

Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar o número de gotas da amostra no poço do dispositivo de teste (verificar o manual do fabricante).



Adicionar a solução tampão no poço específico (verificar o manual do fabricante).

Aguardar o tempo de leitura de acordo com o manual do fabricante.

Fazer a interpretação conforme o manual do fabricante:

a. Se após o tempo determinado aparecer apenas uma linha na área controle (C), a amostra será considerada **NÃO REAGENTE**.

b. Se aparecer uma segunda linha na área teste (T), a amostra será considerada **REAGENTE**.

Obs1: O teste é considerado inválido quando a linha controle (C) não aparecer. Repetir o teste.

Obs2: A linha colorida na área teste (T) poderá apresentar variações na intensidade da cor, porém, mesmo quando a coloração tiver uma intensidade muito fraca, a amostra será considerada **REAGENTE**.

Obs 3: Quando o teste disponível for na modalidade DUO (Sífilis/HIV) a linha colorida sugestiva de infecção prévia por HIV será a “HIV”, que poderá apresentar variações na intensidade da cor, porém, mesmo quando a coloração tiver uma intensidade muito fraca, a amostra será considerada **REAGENTE**.

Obs 4: Quando o T1 para HIV apresentar-se reagente deverá ser realizado o T2 HIV, obrigatoriamente. O T2 deve ser de metodologia diferente do T1, para elucidação diagnóstica. Em caso de discordância entre T1 e T2, recomenda-se repetir os exames conforme fluxograma; caso mantenha a discordância, deve-se indicar a testagem laboratorial. Quando ambos os testes (T1 e T2) apresentarem reagentes, então é confirmada a infecção pelo HIV e o paciente deverá ser encaminhado ao Ambulatório de Infectologia (AMI) para seguimento e acompanhamento.

Emitir o laudo diagnóstico para entrega do resultado ao paciente (privativo do enfermeiro e outro profissional de nível superior habilitado);

Fazer aconselhamento pós-teste, incluindo orientações sobre janela imunológica, ISTs e prevenção combinada.

Em casos reagentes preencher a ficha de notificação compulsória (Portaria GM/MS Nº 217, DE 1º DE MARÇO DE 2023) e enviar aos cuidados da vigilância epidemiológica municipal.

Testes que apresentarem avarias, resultados inválidos ou suspeita de resultados falsos deverá ser preenchido o Formulário de Intercorrências (Anexo 4) e encaminhado ao CTA para avaliação e conduta.

Toda a perda de testes rápidos deve ser sinalizada na folha de trabalho, sendo indicado o quantitativo de TR perdidos.

Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado;

Descartar o material utilizado em recipiente apropriado;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. NOTA TÉCNICA Nº 6/2024-CGIST/.DATHI/SVSA/MS - Distribuição e uso do teste rápido imunocromatográfico (TR) para investigação da infecção pelo HIV e da sífilis, através da detecção simultânea de anticorpos anti-HIV1/2 e anticorpos treponêmicos (TR Duo ou Combo HIV/Sífilis).

CANOAS. Prefeitura de Canoas. Fundação Municipal de Saúde de Canoas. Procedimento Operacional Padrão (POP): POP 30 – Teste Rápidos de HIV de Fluxo Lateral de Enfermagem. Canoas-RS. 2020.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

ANEXO 2 - LAUDO TESTE RÁPIDO - HIV



PREFEITURA DE JUNDIAÍ
UNIDADE DE GESTÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE
PROGRAMA MUNICIPAL DE IST/HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS

Unidade:

Telefone:

Prontuário:

Nome do Paciente:

Data de Nascimento:

TESTE RÁPIDO DIAGNÓSTICO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Amostra : Sangue total por punção digital

Data da coleta da amostra: 18/07/2024

HIV TESTE 1

Nome do produto :

Lote/validade:

Método : Imunocromatografia

Resultado do teste: **Amostra Não Reagente para HIV**

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: Amostra Não Reagente para HIV

Resultado obtido com a utilização do Fluxograma 1 realizado presencialmente em amostra coletada por punção digital, conforme estabelecido pela Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013.

Persistindo a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.

Jundiá, 18 de julho de 2024

Executado por:

Liberado por:

ANEXO 3 - LAUDO TESTE RÁPIDO DUO - SÍFILIS/HIV



PREFEITURA DE JUNDIAÍ
UNIDADE DE GESTÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE
PROGRAMA MUNICIPAL DE IST/HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS

Unidade: _____ Telefone: _____
Prontuário: _____
Nome do Paciente: _____
Data de Nascimento: _____

Amostra : Sangue total por punção digital
Data da coleta da amostra: 18/07/2024

TESTE RÁPIDO DUO HIV/SÍFILIS

Nome do produto : _____
Lote/validade: _____
Método : Imunocromatografia

RESULTADO HIV: Amostra Não Reagente para HIV

RESULTADO SÍFILIS: Amostra Não Reagente para Sífilis

- Resultado obtido de acordo com a Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013, portaria SVS/MS nº 2.012, de 19 de Outubro de 2016 e Nota Técnica Nº 6/2024-CGIST/DATH/SVSA/MS

- Persistindo a suspeita de HIV ou Sífilis, uma amostra deverá ser coletada após 30 dias e submetida a uma nova testagem para exclusão do diagnóstico.

- Resultado REAGENTE para HIV: realizar confirmação diagnóstica de acordo com recomendações do Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, aprovado pela Portaria Nº 29, de 17 de dezembro de 2013.

- Resultado REAGENTE para Sífilis: uma amostra por punção venosa deverá ser colhida para a realização do Fluxograma Laboratorial da Sífilis.

" O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado à sua história clínica e/ou epidemiológica."

Jundiá, 18 de julho de 2024

Executado por : _____

Liberado por: _____

ANEXO 4 - FORMULÁRIO DE INTERCORRÊNCIAS

Formulário de Notificação de Intercorrência com Teste Rápido			
Dados da Unidade de Saúde (Obrigatório para qualquer notificação)			
Instituição:			
Município:		Selecione a UF:	
Nome completo: <small>(Profissional para contato sobre as informações adicionais sobre a notificação)</small>			
Telefone (DDD+Número)			
E-mail			
Problema identificado (Obrigatório para qualquer notificação)			
Selecione o tipo de Intercorrência			
Dados do Insumo com Problemas (Obrigatório para qualquer notificação)			
Selecione o teste/fornecedor			
Lote do teste			
Validade do teste			
AVARIA OU FALTA DE INSUMO: Preencher somente essa seção			
Identificar o item (ex: lanceta, solução tampão, sula, coletor, etc)			
Relatar o tipo de avaria e/ou descrever a quantidade de insumo faltante			
TESTE INVÁLIDOS OU RESULTADOS FALSOS: Preencher as seções abaixo para testes inválidos ou resultados falsos			
Informações do profissional executor			
O profissional realiza teste rápido há quanto tempo?			
Selecione qual foi a forma de treinamento para realização de testes rápidos realizado pelo profissional?			
Informações do procedimento do teste			
Data da Realização do Teste?			
Qual coletor foi utilizado para obtenção da amostra?			
Qual foi o tempo de leitura do teste?		Quantas gotas de solução tampão foram adicionadas ao teste?	
Qual a amostra utilizada?		Se soro ou plasma, qual o anticoagulante?	
Preencher essa seção em caso de: SUSPEITA DE RESULTADO FALSO REAGENTE			
Paciente gestante?			
Vacinado nos últimos 3 meses?		Se sim, qual(is) vacina(s)?	
Paciente possui doença autoimune?		Paciente fez tratamento para sífilis?	
Testes complementares			
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Preencher essa seção em caso de: SUSPEITA DE RESULTADO FALSO NÃO REAGENTE			
Tempo decorrido entre a exposição ao risco e a realização do teste:			
Paciente está em tratamento com antirretrovirais?		Paciente está em tratamento para hepatite B?	
Paciente faz ou fez tratamento para hepatite C?		Paciente fez tratamento para sífilis?	
Testes complementares			
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
Selecione qual o teste realizado:		Data do teste:	Resultado do teste:
ANEXAR FOTO SEMPRE QUE POSSÍVEL			
Observações			
Data da Notificação			
Resumo da Investigação			
Conclusão da Reclamação			
Preenchimento pela Empresa Notificada			

POP 39 – TESTE RÁPIDO SWAB NASOFARINGE

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Determinação rápida e qualitativa para pesquisa de antígeno por meio da metodologia de imunocromatografia em amostras coletadas de nasofaringe e devem ser utilizadas para a identificação da infecção ativa (fase aguda).

2. Finalidade

Padronizar o Teste Rápido para swab nasal.

3. Executante

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem

4. Material

Equipamentos de proteção individual (EPI): gorro descartável, óculos de proteção e protetor facial, máscara N95, avental descartável de mangas compridas, luva de procedimento tipo látex ou vinil. Uso de vestimenta e sapatos adequados. Proibido adorno.

Kit coleta (swab e frasco para solução. Ver manual de instrução)

Álcool 70%

Cronômetro ou relógio

Caneta esferográfica ou caneta de tinta permanente

Descarte adequado dos materiais utilizados para coleta

Laudo do teste rápido

Pedido de exame

5. Descrição do Procedimento

Ler o manual de instrução;

Observar as orientações de acordo com cada laboratório;

Higienização das mãos (POP 24)

Reunir o material

Chamar o paciente pelo nome completo/social

Explicar o procedimento ao paciente

Colocar os EPIs;

Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote da caixa* no prontuário, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste; *Cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote.

Considerar o número de lote e validade da caixa externa;

O kit deve ser mantido em local com controle de temperatura. Uma vez que ele deve ser mantido entre 2 °C e 30 °C. Evitar umidade (ver manual do fabricante)

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;

Escrever as iniciais do nome do paciente, no dispositivo ou placa de teste;

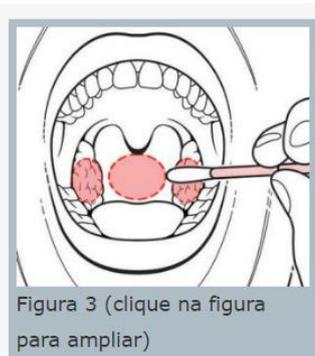
Realizar coleta naso/orofaringe (ver manual do fabricante)

- a. **Coleta nasofaringe:** Introduzir delicadamente o swab em uma das narinas até encontrar resistência na parede posterior da nasofaringe, realizando movimentos rotatórios.

Obs: Introduzir os swabs, conforme laboratório, no tubo identificado.

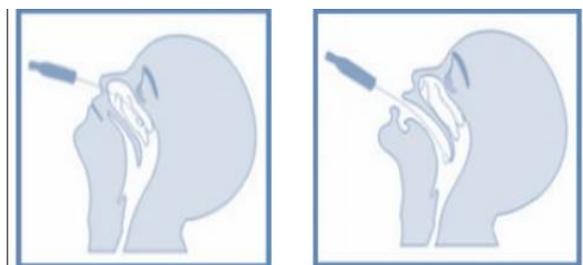
- b. **Coleta orofaringe:** Verificar junto ao paciente se houve alimentação no período de 2 horas, e orientá-lo a possibilidade de regurgitar, porém jejum não é obrigatório;

Obs: Orientar o paciente a abrir a boca e mantê-la aberta durante a coleta e não colocar a língua para fora para evitar ânsia de vômito;



Após abertura da cavidade oral introduzir o swab e coletar o material da parte posterior da orofaringe evitando contato com a língua, dentes e gengivas, minimizando a contaminação. Friccione o swab na parede posterior da faringe e regiões amigdalíneas direita esquerda

Introduzir o swab no mesmo tubo de coleta de nasofaringe.



i) Swab Nasofaringe ii) Swab Orofaringe

Adicionar a solução tampão no poço específico (verificar o manual do fabricante).
Aguardar o tempo de leitura de acordo com o manual do fabricante.

Fazer a interpretação conforme o manual do fabricante:

- a. Se após o tempo determinado aparecer apenas uma linha na área controle (C), a amostra será considerada NÃO REAGENTE.
- b. Se aparecer uma segunda linha na área teste (T), a amostra será considerada REAGENTE.

OBSERVAÇÕES:

- O teste é considerado inválido quando a linha controle (C) não aparecer. Repetir o teste.
- A linha colorida na área teste (T) poderá apresentar variações na intensidade da cor, porém, mesmo quando a coloração tiver uma intensidade muito fraca, a amostra será considerada REAGENTE.

Emitir o laudo diagnóstico para entrega do resultado ao paciente (privativo do enfermeiro e outro profissional de nível superior habilitado);

Fazer aconselhamento pós-teste.

*Em casos reagentes preencher a ficha de notificação compulsória (Portaria GM/MS N° 217, DE 1° DE MARÇO DE 2023) e enviar aos cuidados da vigilância epidemiológica municipal.

Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32)

Descartar o material utilizado em recipiente apropriado;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;

Obs: Sala isolada e arejada. Caso não possível fazer a limpeza terminal da sala/setor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Coleta de material da naso e orofaringe por profissionais de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem). Parecer Coren/SP n° 004/2020. São Paulo: 2020.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023.

POP 40 - TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Consiste na higienização e troca da bolsa coletora de efluentes intestinais ou urinários em pacientes portadores de colostomia, ileostomia ou urostomia. A bolsa busca reter/coletar os efluentes. Manter a higienização do estoma. Proporcionar conforto e bem estar ao paciente. Prevenir possíveis infecções e lesões de pele.

2. Finalidade

Padronizar troca de bolsa de estomia.

3. Executante

Enfermeiro Técnico de Enfermagem/ Auxiliar de Enfermagem

4. Material

EPIs (luvas de procedimento, máscara cirúrgica)

Comadre

Tesoura curva

Gaze ou papel higiênico

Sabão de uso habitual

Bolsa de estomia indicada ao paciente

Escala de medida do estoma

Placa da bolsa se houver (dispositivo de duas peças)

5. Descrição do Procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo, identificando-o usando 2 modos (ex: nome e data de nascimento ou nome completo e nome da mãe)

Explicar procedimento

Reunir o material;

Higienizar as mãos (POP 24)

Promover a privacidade do paciente 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 água e remover cuidadosamente da pele, evitando lesões na pele periestomal e facilitar a remoção da bolsa ou da placa;

Limpar o estoma e região periestomal com gaze, água e sabão, 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 periestomal. Aplicar método de barreira na pele periestomal para proteção da mesma;

Retirar o papel protetor da base adesiva da bolsa ou da placa;

Adaptar à 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 periestomal. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa;

Deixar o paciente confortável;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11);

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023.

REFERÊNCIA COMPLEMENTAR

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Passagem de sonda de aspiração ou Foley no óstio do estoma pelo cuidador familiar. Parecer Coren/SP n° 025/2020. São Paulo: 2020.

POP 41 - TROCA DE SONDA DE GASTROSTOMIA (GTT)

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Gastrostomia é uma abertura feita cirurgicamente no estômago para o meio externo, com finalidade de facilitar a alimentação enteral para o paciente e administração de líquidos ou medicamentos, quando a mesma está impossibilitada por via oral.

A substituição da gastrostomia se dá em casos de rompimento balão, alterações estoma bem como processos infecciosos, obstrução, perda, tempo prolongado e desgaste natural. Em média essa troca acontece a cada 3 meses podendo prorrogar até 1 ano de acordo qualidade e tipo do material adquirido.

Possui o objetivo de proporcionar uma alternativa de via nutricional.

2. Finalidade

Padronizar a troca de sonda de gastrostomia (GTT).

3. Executante

Enfermeiro

4. Material

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

Sonda foley com número ou gastrostomia adequada

Gel de lidocaína 2%

Seringa de 20 ml

Água destilada – ampola

5. Descrição do Procedimento

Reunir o material;

Higienizar as mãos (POP 24);

Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Posicionar o paciente 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 micropor, a fim de evitar que ele se movimente para dentro e para fora. E retirar os EPIs e higienizar as mãos;
Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 24);
Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção;
Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

OBSERVAÇÃO

Razões para substituir um tubo ou dispositivo de gastrostomia: O dispositivo não está funcionando adequadamente (vazando, bloqueando regularmente, sujidade aderida); O dispositivo está deteriorado; O dispositivo está causando complicações no local do estoma; O dispositivo saiu acidentalmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Troca de sonda de gastrostomia ou dispositivo de baixo perfil (DBP) e troca de sonda de jejunostomia: respaldo legal e competência dos profissionais de Enfermagem. Parecer Coren/SP nº 003/2020. São Paulo: 2020.

POP 42 - TROCA DE SONDA DE CISTOSTOMIA

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Consiste em drenar a urina contida na bexiga; por meio da introdução de um cateter tipo Foley de forma percutânea ou pela incisão da parede abdominal anterior até a bexiga.

2. Finalidade

Padronizar a troca de sonda de cistostomia.

3. Executante

Enfermeiro

4. Material

EPIs (luva de procedimento, luva estéril, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção);

Kit sondagem (cuba rim, pinças, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado);

Sonda (ou cateter) foley 2 vias, estéril descartável, calibre adequado (ver última numeração inserida, e/ou prescrição médica);

Bolsa drenagem de urina sistema fechado (Bolsa coletora);

Par de luva estéril;

Par de luva de procedimento

Gaze estéril;

Duas seringas de 20ml sem rosca;

Agulha para aspiração;

2 Ampolas de água destilada;

Lidocaína gel 2%;

PVPI tópico ou clorexidina 2%;

Fita hipoalergênica (20-30 cm de fita de esparadrapo ou fita hipoalérgica para a fixação de gazes periestoma e sonda se necessário);

Biombo (se necessário)

5. Descrição do Procedimento

5.1) Retirada do cateter

Conferir prescrição médica;

Conferir identificação do paciente;

Explicar, orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado;

Preparar o material;

Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal, respeitando a sua privacidade (usar biombo se necessário);

Higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica para as mãos (POP 24);

Paramentar se com EPI;

Calçar as luvas de procedimento;

Remover a fita de fixação da sonda, cuidadosamente;

Desinsuflar totalmente, o balão com auxílio da seringa (observar, anotação no saco coletor da quantidade de água destilada insuflada no balonete);

Remover lentamente, o cateter;

Limpar a área periestoma com gaze limpa;

Retirar as luvas de procedimento;

Desprezar material em lixo contaminado (lixo branco);

5.2) Inserção do cateter:

Higienizar as mãos (POP 24);

Manter paciente em posição confortável e adequada (decúbito dorsal);

Paramentar-se com os EPIs;

Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;

Abrir a ampola de água destilada sobre a mesa (técnica asséptica);

Desprezando o primeiro jato, colocar solução de Clorexidina 0,2% ou PVPI Tópico, nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;

Abrir a bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezar a primeira porção e colocar um pouco em local estéril;

Calçar um par de luvas estéreis;

Com auxílio de uma seringa de 20ml e uma agulha de aspiração, sem contaminar as mãos, aspirar água destilada necessária para insuflar o balonete;

Conectar a sonda foley ao coletor de urina com sistema fechado e manter o conjunto no campo estéril;

Com auxílio da pinça, proceder antissepsia do estoma, com a gaze embebida em clorexidina 2% ou PVPI Tópico;

Colocar o campo fenestrado sobre o estoma;

Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína 2%;

Introduzir a sonda delicadamente no estoma cerca de 20 cm, observar se retorno urinário em sonda e insuflar o balonete com água destilada;

Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;

Retirar o campo fenestrado sem desconectar a bolsa coletora;

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/maca após colocar a data, hora, nome do executante, calibre da sonda e quantidade de água destilada utilizada para insuflar balonete;

Deixar o paciente confortável.

Limpar e secar a área perineal conforme for necessário;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 24);

Fazer anotações de enfermagem (POP 11);

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

OBSERVAÇÕES

Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;

Existem sondas de calibre (6 a 12FR) para crianças e (14 a 24FR) para adultos;

Realizar o curativo do estoma a cada 24 horas;

Não há evidência definitiva na literatura sobre intervalo ótimo para troca da sonda vesical de demora (via uretral ou via suprapúbica) nos pacientes que necessitam do uso da sonda por longo período. Por essa razão, não há recomendação para a troca com intervalo fixo.

Entretanto a troca pode ser realizada nas seguintes situações:

- Quando indicado por alterações clínicas do paciente, como nos episódios de infecção, drenagem inadequada ou incrustações.

- Se o paciente tem um padrão de tempo entre a colocação da sonda e o surgimento de infecção ou de obstrução da sonda, especialmente quando a obstrução é causada por incrustações. Nesses casos, a troca pode ser planejada com intervalos regulares, uma semana antes do provável início das manifestações clínicas. Conforme indicado pelo fabricante da sonda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Manual de Procedimento Operacional Padrão. Maringá-PR, 2023.

POP 43 – TROCA DE CURATIVO

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

O curativo consiste em um meio terapêutico aplicada a uma região do corpo em que há ruptura da integridade de um tecido corpóreo. O procedimento compreende o processo de limpeza e/ou desbridamento, escolha e aplicação de cobertura e/ou tratamento tópico.

Manter a ferida limpa, prevenir infecções e traumas físicos, aliviar a dor, promover isolamento térmico, conforto físico e psicológico, permitir trocas sem traumas, manter a umidade no leito da ferida em proporções adequadas, viabilizando o processo de cicatrização.

2. Finalidade

Padronizar a troca de curativo.

3. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Material

Mesa auxiliar ou bandeja

Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica e/ou uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly

Cabo e lâmina de bisturi (se necessário)

Tesoura

Pacote de gazes esterilizadas e/ou gaze não esterilizada

Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente

Agulha 40x12

Seringa de 20 ml

Clorexidina 2% (se necessário)

Luvas de procedimento

Micropore/ Esparadrapo

Espátula (se necessário)

Soluções, medicamentos e/ou coberturas que serão utilizadas conforme prescrição
EPI 1 (óculos, avental e máscara) se necessário
Papel Toalha
Bacia

5. Descrição do Procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo, identificando-o usando 2 modos (ex: nome e data de nascimento ou nome completo e nome da mãe)

Higienização das mãos (POP 24)

Reunir o material

Explicar o procedimento ao paciente;

Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;

Calçar as luvas de procedimento e outros EPIs necessários;

Observar a cobertura presente antes da remoção;

Remover o curativo 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), tipo de tecido, exsudato, odor, bordas e pele ao redor, atentando-se a presença de sinais de infecção (edema, hiperemia, calor e dor). Solicitando avaliação do enfermeiro/médico se necessário;

Descartar curativo anterior e luvas no lixo apropriado;

Trocar as luvas de procedimento e outros EPIs necessários;

Abrir o pacote de curativo utilizando a técnica asséptica, arrumar, abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;

Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 40X12 (Vide Protocolo de prevenção e tratamento de feridas de Jundiaí);

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 superfície da ferida.

Evitar limpeza mecânica e/ou fricção onde houver tecido de granulação;

Utilizar clorexidina 2% em caso de esfacelo e necrose no leito da ferida;

Na presença de tecido desvitalizado, 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 paciente), semanal ou quinzenalmente conforme orientação enfermeiro/médico.

Aplicar a cobertura prescrita;

Ocluir o curativo, conforme necessidade (cobertura secundária, gazes, compressas algodoada, ataduras e bota de Unna);

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;

Orientar o paciente quanto a periodicidade de troca dos curativos primários/secundários bem como os cuidados e manutenção do curativo e retornos programados no serviço de saúde/domicílio conforme a prescrição do enfermeiro/médico

Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11)

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

OBSERVAÇÕES:

Os curativos crônicos devem ser avaliados pelo Enfermeiro desde o primeiro atendimento, contemplando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com a prescrição do cuidado a ser prestado, 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 paciente e local da realização do curativo. No domicílio recomenda-se a técnica limpa.

Nos serviços de saúde a técnica limpa pode ser utilizada sempre de forma criteriosa e recomenda-se o uso de instrumentais estéreis (pinças).

A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.

Conforme protocolo vigente no município curativos em membros com imobilização do tipo tala gessada, metálica ou gesso serão realizados exclusivamente no ambulatório de ortopedia (Vide Protocolo Prevenção e Tratamento de Feridas PMJ)

Desbridamento, escarificação e fotobiomodulação de baixa frequência (laserterapia) só podem ser realizados por enfermeiros e médicos, devidamente habilitados (Parecer COREN 013/2009; Parecer COREN 009/2018).

A indicação/prescrição dos produtos/coberturas deve ser feita considerando o momento evolutivo da lesão, tipo de tecido, patologia, adesão ao tratamento, recursos disponíveis, materiais padronizados conforme Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas vigente no município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Laser vermelho e infra vermelho. Parecer Coren/SP Câmara Técnica nº 009/2018. São Paulo: 2018.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Realização de desbridamento pelo enfermeiro. Parecer Coren/SP nº 13/2009. São Paulo: 2009.

JUNDIAÍ. Prefeitura Municipal de Jundiaí. Unidade de Gestão e Promoção da Saúde (UGPS). Protocolo Prevenção e Tratamento de Feridas. Jundiaí-SP, 2023.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Realização de curativo pelo técnico de imobilização ortopédica. Parecer Coren-SP nº 2699/2015. São Paulo: 2015.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Utilização do Laser de Baixa Intensidade (LBI) pelo enfermeiro. Parecer Coren-SP nº 009/2014. São Paulo:

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Utilização do Laser de

Baixa Intensidade (LBI) pelo enfermeiro. Parecer Coren-SP n° 009/2014. São Paulo: 2014.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Competência e capacitação para realização de curativo bota de Unna. Parecer Coren-SP n° 007/2013. São Paulo: 2013.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Competência do Enfermeiro para aplicação de laserterapia em mucosite oral e existência de especialização na área. Parecer Coren-SP n° 024/2012. São Paulo: 2012.

POP 44 – VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Consiste em verificar a resposta cardíaca expressa pelo batimento de uma artéria pressionada. Envolve os critérios de frequência, volume e ritmo avaliados por 1 (um) minuto.

2. Finalidade

Padronizar a verificação de frequência cardíaca.

3. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Material

Relógio com marcador de segundos

Estetoscópio (se necessário)

5. Descrição do Procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo/social

Apresentar-se e explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Reunir o material;

Higienizar as mãos (POP 24);

Manter o paciente em posição confortável;

Realizar a assepsia das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool etílico a 70%.

5.1 Verificação de Pulso Apical

Expor a região torácica;

Posicionar o estetoscópio devidamente higienizado com álcool etílico a 70% na região torácica (3º a 5º espaço intercostal à DIREITA)

Auscultar as bulhas cardíacas por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto à fonética, ritmo e frequência)

Quando auscultar os sons cardíacos olhar para o relógio e começar a contar a frequência; começar a contar do zero e em seguida um, dois e assim por diante. Conte por 1 minuto;

Note se a frequência cardíaca está regular ou irregular;

5.2 Verificação de Pulso Arterial

Posicionar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, pressionando levemente contra saliência óssea;

Enumerar as pulsações por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto a volume, ritmo e frequência);

5.3 Ao final do procedimento

Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção em prontuário. Em caso de alterações, comunicar o enfermeiro/ médico imediatamente.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

OBSERVAÇÕES:

Frequência cardíaca: Os locais para aferição do pulso do paciente dependem do seu estado e da situação. Comumente são as artérias: radial, braquial, carótida, femoral, poplítea e pediosa (dorsal do pé). A avaliação do pulso inclui a verificação da frequência (bpm), do ritmo (rítmico ou arritmico) e da amplitude (cheio ou filiforme). Deve-se evitar a verificação do pulso durante situações de estresse para o paciente.

Nomenclatura e valores de referência:

Bradicárdico: < 60 batimentos por minuto (bpm);

Normocárdico: 60 a 100 bpm;

Taquicárdico: >100 bpm.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

CARMAGNANI MIS *et al.* Procedimentos de Enfermagem - Guia prático. São Paulo: Guanabara Koogan; 2019.

Lynn P. Manual de Habilidades de Enfermagem Clínica de Taylor. Porto Alegre: Artmed; 2019.

UFRJ. Universidade Federal do Estado do Rio De Janeiro. Faculdade de Enfermagem. Procedimento operacional padrão: POP.CIH.004: Sinais Vitais. Rio de Janeiro: EBSEH, 2019.

POP 45 – VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Consiste em determinar a resposta pulmonar expressa pelos movimentos respiratórios envolve os critérios de frequência, amplitude/profundidade, ritmo e simetria que devem ser avaliados por 1 (um) minuto.

2. Finalidade

Padronizar a verificação de frequência respiratória.

3. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Material

Relógio com marcador de segundos

Estetoscópio (se necessário)

5. Descrição do Procedimento

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 (POP 24);

Reunir o material e levá-lo para próximo do paciente;

Apresentar-se e explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Manter o paciente em posição confortável;

Colocar a mão no pulso do paciente simulando a verificação do pulso;

Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;

Contar por um minuto e memorizar a frequência respiratória (ciclo respiratório completo que equivale a inspiração e expiração – igual a 1 FR);

Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;

Higienizar as mãos (POP 24).

Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool etílico a 70%;

Comunicar enfermeiro se houver alterações;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 24);
Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção em prontuário;
Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

OBSERVAÇÃO:

Observar os padrões de frequência respiratória

A frequência respiratória corresponde a (ciclo respiratório completo que equivale a inspiração e expiração – igual a 1 FR);

É necessário que o usuário esteja tranquilo e em silêncio e que não perceba que o número de respirações está sendo verificado, pois isso irá interferir no padrão respiratório;

Em criança com fins de evitar alterações por agitação, verificar a FR, preferencialmente, antes de realizar outro procedimento;

Em lactentes observar os movimentos abdominais, pois as respirações são diafragmáticas.

Tabela 1: Variações aceitáveis da Frequência Respiratória (RF).

Idade	Frequência (respiração/min)
Recém-nascidos	30 a 60
Lactentes (6 meses)	30 a 50
Toddler (entre 6 meses e 2 anos)	25 a 32
Criança	20 a 30
Adolescente	16 a 20
Adulto	12 a 20

Fonte: POTTER et al. 2017.

Tabela 2. Alterações do Padrão Respiratório.

Bradipneia: frequência de respiração é regular, mas anormalmente lenta (menos de 12 respirações/minuto).
Taquipneia: frequência de respiração é regular, mas anormalmente rápida (maior que 20 respirações/minuto).
Apneia: as respirações cessam por vários segundos. Cessação persistente resulta em parada respiratória
Hiperpneia: as respirações são trabalhosas, aumentadas em profundidade e aumentadas em frequência (maior que 20 respirações/minuto). Ocorre normalmente durante o exercício físico.

Fonte: POTTER et al. 2017.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

POP 46 – VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA

Emissão: Novembro 2024

Revisão número 03

Validade: 2 anos

1. Conceito

Determinar a temperatura corpórea (da superfície da pele).

2. Finalidade

Padronizar a verificação de temperatura.

3. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Material

Algodão

Álcool a 70%

Termômetro coluna de mercúrio ou digital

5. Descrição do Procedimento

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 (POP 24);

Reunir o material e levá-lo para próximo do paciente;

Apresentar-se e explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Manter o paciente em posição confortável;

Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes com algodão umedecido com álcool etílico a 70%;

Selecionar local apropriado, livre de lesões (preferencialmente região axilar). Se necessário, enxugar a axila do paciente;

Colocar o termômetro na região axilar com o bulbo em contato direto na pele do paciente (comprimir o braço e colocá-lo sobre o tórax);

Retirar o termômetro após emissão do sinal sonoro e realizar a leitura;

Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes com algodão umedecido em álcool etílico a 70% e guarde-o em local apropriado;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 24);

Realizar anotação de enfermagem (POP 11) e registrar a produção. Anotar o procedimento realizado no prontuário do paciente, registrando o valor da T (°C).

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 32).

OBSERVAÇÃO

Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração.

Em crianças observar se vestimenta adequada à estação do ano ou temperatura ambiente ou fatores externos que possam alterar a temperatura.

Alterações abruptas na temperatura devem-se comunicar ao enfermeiro ou ao médico imediatamente;

A Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA- RDC nº145 de 21/03/2017 proíbe em todo o território nacional a fabricação, importação e comercialização, assim como o uso em serviços de saúde dos termômetros de mercúrio;

Não utilizar na axila que houver lesões;

Atentar a privacidade do paciente quando na necessidade da exposição do tórax;

Tabela 1: Variações dos valores de temperatura corporal normal e alterações da temperatura.

Hipotermia: abaixo de 35,5 °C	Afebril ou Normotermia: 35.5°C a 36.9°C	Estado Subfebril: 37,0°C a 37,7°C
Febre: Acima de 37,8°C	Febre Moderada: 38,0°C a 39,0°C. Febre Alta: acima 39,0°C	Febre muito alta: acima 40,0°C

Fonte: Oliveira, 2016.

Tabela 2: Padrões de Febre

Sustentada: Uma temperatura corporal constante continuamente acima de 38°C que tem pouca flutuação.
Intermitente: Picos de febre intercalados com níveis de temperatura habituais (A temperatura volta ao valor aceitável pelo menos uma vez a cada 24 horas).
Remitente: Picos e quedas de febre sem retorno a níveis de temperatura aceitáveis.
Reincidente: Períodos de episódios febris e períodos com valores de temperatura aceitáveis (episódios febris e períodos de normotermia são com frequência mais longos que 24 horas).

Fonte: Oliveira, 2016.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP): Enfermagem. Campinas, SP; 2020.

OLIVEIRA, R. G. de Blackbook – Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.