



PREFEITURAMUNICIPALDESÃO JORGE D'OESTE

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTODEATENÇÃOÀSAÚDE**

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP)

01.UNIDADES DE SAÚDE

RESPONSÁVEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ELABORAÇÃO2025
Aryadne Mendes Restelatto
Valeria Cristina Tisatto
Delia de Oliveira Deon
Carla Regina Basso
Lisei da Costa
Soeli Stermer

AREA 03–ASSISTÊNCIA A SAÚDE

- POP 035- PADRONIZAÇÃO DOS HORÁRIOS DE ATENDIMENTOS
- POP 036 - IDENTIFICAÇÃO DOS SEGURADOS E USUÁRIOS
- POP 037 - ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
- POP 038 - RECEPÇÃO E REGULAÇÃO
- POP 039-AGENDA MÉDICA
- POP 040 – AGENDA ENFERMEIRO
- POP 037 – IDENTIFICAÇÃO DO CADASTRO DOS USUÁRIOS
- POP 038 - ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA A REALIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES
- POP 039 - OS 5 MOMENTOS DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
- POP 040 - VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL
- POP 041 - VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA AXILAR
- POP 042 - VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA
- POP 043-VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA
- POP 044- VERIFICAÇÃO DA SATURAÇÃO
- POP 045-TESTE GLICÊMIA CAPILAR
- POP 046 - MENSURAÇÃO DE PESO
- POP 047 -MENSURAÇÃO DE ALTURA
- POP 048 -MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL
- POP 049 - MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE QUADRIL
- POP 050 - MEDIDA DE PERÍMETRO TORÁCICO
- POP 051 – MEDIDA DE PERÍMETRO CEFÁLICO
- POP 052 – PRÉ CONSULTA
- POP 053–CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- POP 054-ATENDIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- POP 055 - FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES
- POP 056 – CONSULTÓRIO MÉDICO
- POP 057 – SALA DE CURATIVO
- POP 058 – CURATIVO
- POP 059 – SALA DE INALAÇÃO
- POP 060 - **ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA**
- POP 061 - SALA DE PROCEDIMENTOS (SUTURA, ADM DE MEDICAÇÃO ETC.)
- POP 062 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA
- POP 063 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA
- POP 064 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR
- POP 065 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA
- POP 066 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR
- POP 067 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL
- POP 068-SUTURA
- POP 069 - RETIRADA DE PONTOS CIRÚRGICOS
- POP 070 - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
- POP 071 – CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
- POP 072 – TROCA DE CISTOSTOMIA
- POP 073 - COLETA DE TESTE DO PEZINHO
- POP 074 -COLETA DE TESTE DA MAEZINHA
- POP 075 – COLETA DE TESTE RÁPIDO DE HIV, SÍFILIS, HEPATITE B, HEPATITE C
- POP 076 - COLETA DE CITOPATOLÓGICO (PAPANICOLAU)
- POP 077 -COLETA DE SWAB NASO-FARÍNCEO PARA TESTE TERT-PCR
- POP 078–COLETA DE SWAB NASO-FARÍNCEO PARA TESTE ANTÍGENO (TESTE RÁPIDO)
- POP 079 -REALIZAÇÃO DE EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA (ECG)
- POP 080 – TÉCNICA DE SONDAGEM NASOGÁSTRICA

- POP 081 – TÉCNICA DE SONDAGEM NASOENTERAL
- POP 082 – TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA
- POP 083 – LAVAGEM DE OUVIDO
- POP 084 – ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS
- POP 085 – ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA
- POP 086 - ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-035

DATA DE VALIDAÇÃO:
20/02/2025

DATA DE REVISÃO:

PADRONIZAÇÃO DOS HORÁRIOS DE ATENDIMENTOS

EXECUTANTE: Todos os servidores.

Área: Todos os Departamentos de Atenção à Saúde.

Objetivo: Padronizar horário de atendimento.

- **Unidade PSF CENTRAL:**

Atendimento ao público: Segunda a Sexta-Feira das 07h30min às 11h30min / 13h00min às 17h00min

Sala de Vacina: 08h00min às 11h00min / 13h30min às 16h30min

Horário diferenciado nas quartas com início do turno vespertino de atendimento médico das 15h00min e encerramento às 19h00

- **Unidade PSF DA LAPA**

Atendimento ao público: Segunda a Sexta-Feira das 07h30min às 11h30min / 13h00min às 17h00min

Sala de Vacina: 08h00min às 11h00min / 13h30min às 16h30min

Horário diferenciado nas quartas-feiras com início do turno vespertino de atendimento médico das 15h00min e encerramento às 19h00

- **Unidade PSF PARANHOS**

Atendimento ao público: Segunda a Sexta-Feira das 07h30min às 11h30min / 13h00min às 17h00min

Sala de Vacina: 08h00min às 11h00min / 13h30min às 16h30min

Horário diferenciado nas quartas-feiras com início do turno vespertino de atendimento médico das 15h00min e encerramento às 19h00

- **Unidades de Saúde Rurais:**

- **PIO X:**
- **SANTANNA:**
- **IOLOPOLIS:**

- **Odontologia:** Segunda a Sexta-Feira das 07h30min às 11h30min / 13h00min às 17h00min

Horário estendido na odontologia até as 19h00 hrs nas terças-feiras:

- **Farmácia Central:**

Atendimento ao público: Segunda a Sexta-Feira das 08h00min às 12h00min / 13h30min às 17h30min

- **Agendamento:**

Atendimento ao público: Segunda a Sexta-Feira das 08h00min às 12h00min / 13h30min às 17h30min;

- **Almoxarifado:**

Recebimento de insumos: Segunda a Sexta-Feira das 08h00min às 12h00min / 13h30min às 17h30min



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-036

DATA DE VALIDAÇÃO:
20/02/2025

DATA DE REVISÃO:

IDENTIFICAÇÃO DE SEGURADOS E USUÁRIOS

EXECUTANTE: Todos os Profissionais da equipe de saúde.

Área: Assistência a Saúde.

Objetivo: Determinar com segurança a legitimidade do usuário.

Promover a segurança dos usuários é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura (Portaria MS/GMNº 529, de 1º de abril de 2013).

Os marcadores para identificação do seguro do paciente:

- Documento oficial com foto e CPF;
- Cartão nacional do SUS;
- Nome completo;
- Data de Nascimento;
- Nome da mãe.

PROCEDIMENTO PARA RECEPÇÃO DO PACIENTE (para todos os serviços das unidades):

1. Solicitar documentos do paciente (documento oficial com foto, CPF, cartão SUS e comprovante de residência);
2. Conferir os dados (nome completo, data de nascimento, nome da mãe, endereço e telefone de contato);
3. Realizar o registro do paciente para o serviço solicitado (consultas, curativo, vacinas, etc).

Observações: poderá ser aceito como documentos os baixados em sites oficiais e apresentado via celular.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-037

DATA DE VALIDAÇÃO:
20/02/2025

DATA DE REVISÃO:

ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

EXECUTANTE: Todos os Profissionais da equipe de saúde.

Área: Assistência a Saúde.

Objetivo: Acolher o paciente com escuta ativa, visando atender suas necessidades.

Descrição do procedimento:

Recepção:

1. Profissional da recepção acolhe o paciente realiza uma escuta ampliada e humanizada da demanda da procura ao Serviço de Saúde;
2. Identificar se o paciente da área de abrangência;
3. Não é da área de abrangência: orientar o usuário, realizar o atendimento (se necessário) e encaminhamento seguro e com responsabilidade;

É da área de abrangência

4. Identificar se o paciente necessita de atendimento específico da rotina da unidade (Sala de Vacina, Curativo, Farmácia, Sala de Procedimento, Nebulização/ Inalação e Agendamento de Consultas) incluir no sistema e fazer o direcionamento;
5. Identificar se o paciente tem alguma atividade agendada (Demanda Espontânea, Consulta em Programa e Grupos) e fazer os devidos encaminhamentos;
6. Orientar o paciente caso o mesmo necessite de alguma informação específica e/ou sobre as ofertas da unidade (ex: regulação, fila de espera de exames e consultas e encaminhamentos);
7. Se a demanda do paciente não se enquadrar em nenhuma das alternativas anteriores, encaminhar para acolhimento de enfermagem;

Enfermagem:

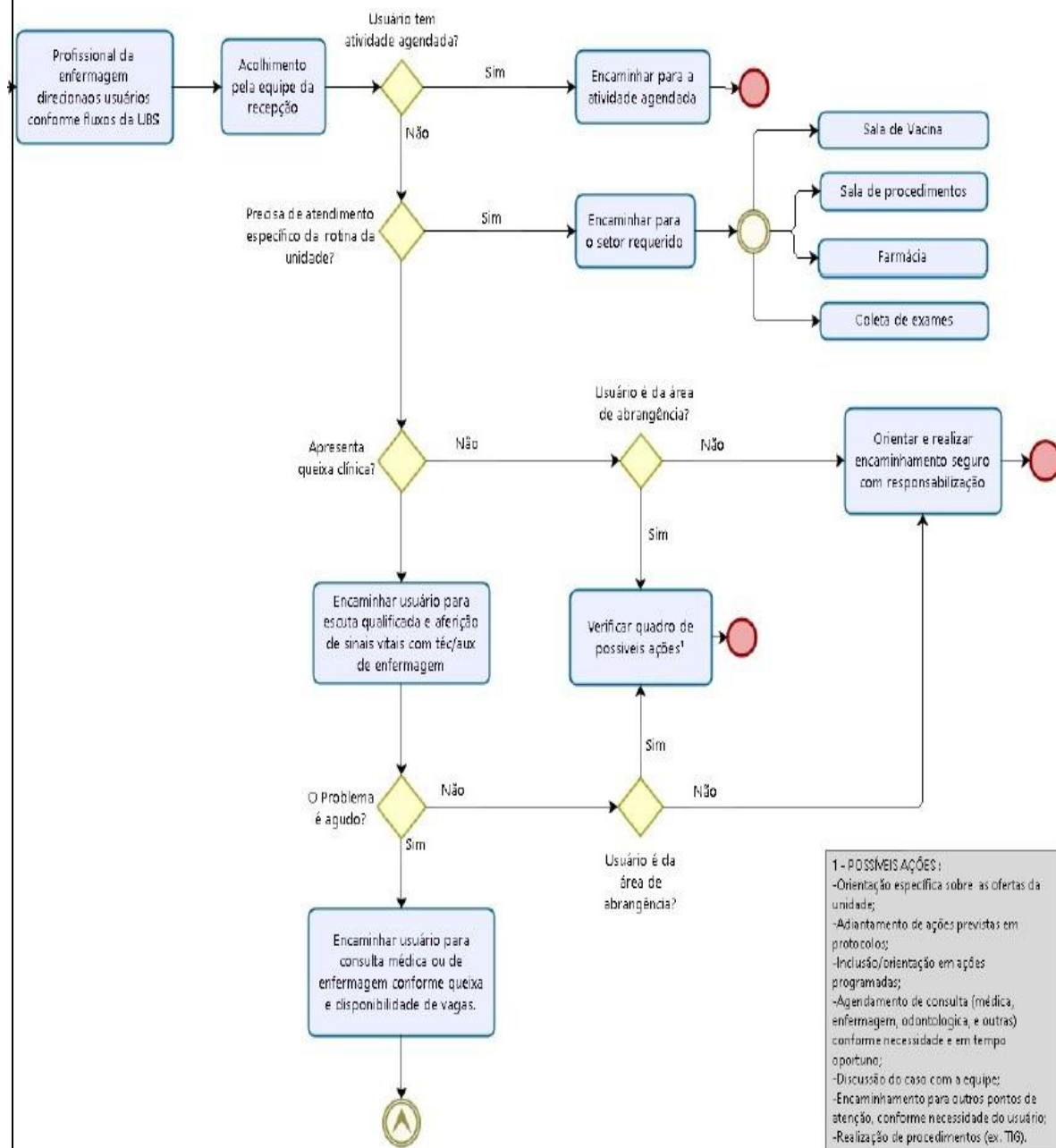
Profissional técnico ou auxiliar de enfermagem identificar se o problema do paciente é uma queixa aguda:

- Sim, é uma queixa aguda: encaminhar para o enfermeiro para atendimento;
- Não é uma queixa aguda: a enfermagem executa a ação (educação em saúde, inclusão em grupos e programas, discussão de caso com a equipe, adiantamento e agendamento de consultas, suspeita de gestação, etc.) e finalizar o atendimento;

Enfermeiro:

- Enfermeiro avalia o paciente e organiza o atendimento conforme grau de complexidade.

FLUXOGRAMA ACOLHIMENTO:





**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-038

DATA DE VALIDAÇÃO:
20/02/2025

DATA DE REVISÃO:

RECEPÇÃO E REGULAÇÃO

EXECUTANTE: Atendentes, auxiliar de serviços gerais, servente limpeza, cargos comissionados;

Área: Assistência a Saúde.

Objetivo: Estabelecer padronização das rotinas e organização do setor.

Descrição do procedimento:

1. Acolher o paciente com cordialidade, conferindo qual sua necessidade para encaminhamento correto;
2. Conferir os marcadores de identificação dos usuários
3. Manter a recepção bem sinalizada de forma clara e de fácil acesso;
4. Realizar novos cadastros e ou manter os já existentes atualizados com todas as informações pertinentes (nome completo, data de nascimento, filiação, endereço, CNS, CPF, RG, certidão de nascimento, endereço, cor, estado civil, vincular a equipe ao qual o paciente pertence e as condições de saúde);
5. Agendamento de consultas, retornos, administrar as agendas (NUTRICIONISTA/ PSICOLOGO/ FISIOTERAPEUTA entre outros profissionais)
6. Realizar a liberação de exames, verificar a guia de exames, nos quais serão liberados diretamente na UBS os exames de baixa complexidade (sangue e raios-X) cujos quais foram emitidos pelo sistema próprio do município ou com prestadores de serviços do SUS. Se na guia for verificado que os exames a serem liberados forem de alta complexidade o recepcionista irá orientar ao paciente procurar o setor de agendamento.
OBS: Agendar de acordo com o cronograma. (OBS: somente no caso de gestantes as mesmas devem ser agendadas de acordo com o laboratório que agendou o primeiro exame)
7. Manter o setor limpo e organizado;
8. Realizar limpeza das superfícies e equipamentos com pano contendo **DESINFETANTE A BASE DE ÁCIDO PERACÉTICO OU ALCOOL 70%**, no início de cada plantão; (mesas, teclado, telefone e utensílios);
9. Repor o material necessário para o uso do dia;
10. Realizar o pedido do material de expediente;

Observação: o paciente poderá entrar em contato telefônico e o profissional que está na recepção deverá atender com respeito, paciência e compreensão a demanda, sendo possível orientar sobre fluxos, atendimentos dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, porém não poderá ser reservada vaga de consulta via telefone.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-039

DATA DE VALIDAÇÃO:
20/02/2025

DATA DE REVISÃO:

AGENDA MÉDICA

EXECUTANTE: Médico

Área: Assistência a Saúde.

Objetivo: Padronização das atividades desenvolvidas pelas UBS.

<i>Agenda Médica</i>					
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
<u>Manhã</u>	12 Consultas	12 Consultas	12 Consultas	12 Consultas	12 Consultas
	02 Vagas Condições Agudas (Critério do Enfermeiro ou Médico)	02 Vagas Condições Agudas (Critério do Enfermeiro ou Médico)	02 Vagas Condições Agudas (Critério do Enfermeiro ou Médico)	02 Vagas Condições Agudas (Critério do Enfermeiro ou Médico)	02 Vagas Condições Agudas (Critério do Enfermeiro ou Médico)
<u>Tarde</u>	Condições Crônicas + idosos 10 consultas	Condições Crônicas + idosos 10 consultas	Saúde materno infantil 08 consultas	Pré Natal 08 consultas	Visita domiciliar (quinzenal)
	02 Vagas Condições Agudas (Critério do Enfermeiro ou Médico)	02 Vagas Condições Agudas (Critério do Enfermeiro ou Médico)	02 Vagas Condições Agudas (Critério do Enfermeiro ou Médico)	02 Vagas Condições Agudas (Critério do Enfermeiro ou Médico)	Grupo Hiperdia

Agenda Médica:

1. Serão estipuladas 12 vagas de consultas no período da manhã de segunda a sexta-feira;
2. Serão estipuladas 02 vagas para Condições Agudas no período da manhã de segunda a sexta-feira, sendo essas a critério de Avaliação do Enfermeiro ou Médico;
3. Serão estipuladas 10 vagas para Condições Crônicas e idosos, duas vezes por semana no período da tarde;
4. Serão estipuladas 08 vagas para Saúde materno infantil, uma vez por semana no período da tarde (nessa agenda além do atendimento à criança será atendido as consultas de pós parto). Consulta de pós parto deve ser realizada até o 7º dia de nascimento do RN;
5. Serão estipuladas 08 vagas para Pré Natal, uma vez por semana no período da tarde;
6. As Visitas domiciliares serão realizadas a cada 15 dias no período da tarde, sendo estipuladas 04 vagas para áreas urbanas e 03 vagas para áreas rurais;
7. Grupo Hiperdia será realizado a cada 15 dias, revezando com a visita domiciliar;
8. Serão estipuladas 02 vagas para Condições Agudas no período da tarde de segunda a sexta-feira, sendo essas a critério de Avaliação do Enfermeiro ou Médico, com exceção da visita domiciliar que o médico estará fora da Unidade de Saúde;

Observações: em dias específicos as unidades de saúde 1 x na semana expandiram o horário até as 19 horas para melhor atendimento de quem trabalha junto ao comércio e não pode sair durante o expediente para atendimento.



Município de
São Jorge D'oeste

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-040

DATA DE VALIDAÇÃO:
20/02/2025

DATA DE REVISÃO:

AGENDA ENFERMEIRO

EXECUTANTE: Enfermeiro

Área: Assistência a Saúde.

Objetivo: Padronização das atividades desenvolvidas pelas UBS.

Agenda Enfermeiro

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
<u>Manhã</u>	Acolhimento	Acolhimento	Saúde materno infantil 06 vagas	SIS Pré-natal: 02 vagas	Saúde da Mulher 08 vagas
<u>Tarde</u>	Acolhimento/Relat órios	Acolhimento	Acolhimento	Pré-natal 06 vagas	VD (15d) Grupo Hiperdia (15d)

Agenda Enfermeiro:

- Serão estipuladas 06 vagas para Saúde materno infantil uma vez por semana (manhã ou tarde);
- Serão estipuladas 08 vagas para Saúde da Mulher, uma vez por semana (manhã ou tarde);
- Serão estipuladas 06 vagas para Pré Natal, uma vez por semana (manhã ou tarde);
- Serão estipuladas 02 vagas para SIS Pré Natal, uma vez por semana (manhã ou tarde);
- Grupo Hiperdia serão realizados a cada 15 dias, revezando com a visita domiciliar;
- As visitas domiciliares serão realizadas a cada 15 dias no período da tarde, sendo estipuladas 04 vagas para áreas urbanas e 03 vagas para áreas rurais;
- Durante um período na semana será destinado para reuniões de equipe (microárea);
- O Enfermeiro também poderá estipular um período na semana para fechamento de relatório e afins.

Observações: As agendas devem ser organizadas conforme a realidade de cada unidade, obedecendo às vagas estipuladas pelo departamento.

Referente à agenda do Enfermeiro:

- **Acolhimento:** Compreende a escuta qualificada e direcionamento dos usuários conforme o fluxo de acolhimento. No período em que o enfermeiro estará no acolhimento este será a referência para equipe

de enfermagem, além de ser o responsável em direcionar/orientar os usuários, mesmo que estejam se jada sua área de abrangência.

- **Saúde da Mulher:** Compreende a coleta de preventivo, solicitação de mamografia conforme protocolo e situações referentes à Saúde da Mulher como queixas ginecológicas, climatério, menopausa, métodos contraceptivos e outros relacionados.
- **SIS Pré-natal:** Vinculação da gestante ao pré natal com anamnese e exame físico completo, com atenção ao histórico familiar e obstétrico. Deverá ser realizado: testes rápidos HIV e SIFILIS, teste da mãezinha, solicitação de exames e prescrição de medicamentos conforme protocolo mãe paranaense, orientações e retorno.
- **Saúde Materno infantil:** Compreende a consulta de rotina que avalia o crescimento e desenvolvimento da criança, além do atendimento de queixas clínicas, atentando para as doenças prevalentes na infância, conforme Linha de Atenção à saúde da criança e do adolescente do Memorando Circular 42/2023 – Orientação quanto ao atendimento da Criança (puericultura) no âmbito da Atenção Primária de Saúde. Nesta agenda também serão atendidas as consultas de pós-parto;
- **Pré-natal:** Compreende o atendimento das consultas de rotina de pré-natal, sendo intercalado como atendimento médico, conforme protocolo Mãe Paranaense.

Grupo de Hiperdia:

Profissionais: Médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, ACS e outros profissionais conforme necessidade.

Periodicidade: A cada 15 dias, revezando com a visita domiciliar ou se a **Unidade não tiver demandas suficiente**

para dois grupos nomês, abrir a agenda médica para condições crônicas e idosos.

Grupo de usuários: hipertensos e diabéticos

Operacional: Realização de triagem pelo profissional enfermeiro ou auxiliar ou técnico de enfermagem, avaliação de SSVV, anamnese, Estratificação de Risco, avaliação da validade da receita, uso e adaptação dos medicamentos prescritos, última data de consulta e questionamentos relacionados.

Possíveis condutas:

Orientações; encaminhamento para avaliação médica imediata para: renovação de receita; avaliação de dados alterados; avaliação de resultado de exames ou qualquer situação que o enfermeiro entender que é necessária conduta médica; Agendamento de consulta médica; Encaminhamento para outros profissionais, como odontologia, psicologia e nutrição; Solicitação de exames; Orientar retorno no grupo; Fornecimento dos medicamentos de uso contínuo.

Atividades de educação em saúde: podem ser realizadas nesses encontros como orientação nutricional, farmacêutica, odontológica, etc...

O grupo será realizado a cada 15 dias: deve ser planejada a divisão de demanda de cada área para os dois encontros, para que não tenha um número muito grande de usuários, impossibilitando a efetivação da triagem de todos os participantes. Usuários de baixo risco não precisam ser convocados mensalmente.

IMPORTANTE: Os atendimentos devem ser registrados como atendimento individual do enfermeiro ou médico, registrando o CIAP ou CID correspondente.

- **Relatório:** Compreende um período semanal destinado aos enfermeiros para realizarem os fechamentos dos diversos relatórios aos quais lhes são atribuídos.
- **Visita domiciliar:** Deve ser realizada pela equipe multiprofissional no período da tarde, são quatro vagas para área urbana e três para área rural, sendo que nesse período a equipe deve se reunir uma hora antes ou depois da visita para

reuniãodeárea,comtodosos servidoresdaequipe médico,enfermeiro,ACS, auxiliar/técnico.

Observações: em dias especificos as unidades de saude 1 x na semana expandiram o horario até as 19 horas para melhor atendimento de quem trabalha junto ao comercio e não pode sair durante o expediente para atendimento



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-041

DATA DE VALIDAÇÃO:
20/02/2025

DATA DE REVISÃO:

IDENTIFICAÇÃO E CADASTRO DOS USUÁRIOS

EXECUTANTE: Agentes Comunitários de Saúde.

Área: Microárea de sua responsabilidade.

Objetivo: Realizar o cadastramento de todos os membros das famílias de sua microárea.

Descrição do procedimento:

- Preencher ficha de cadastramento de todas as famílias de sua área (podendo acessar online pelo tablet ou impressa);
- Realizar o preenchimento de todas as informações da ficha de cadastro;
- Cadastrar no sistema, na aba do E-SUS, todas as famílias;
- Identificar e registrar agravos à saúde dos componentes da família (hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, idosos gestante, entre outros);
- Verificar condições sociais, ambientais e de relacionamento com a comunidade;
- Realizar frequentemente atualizações da ficha de cadastro de sua área, não se esquecendo de fazê-las no sistema;
- Repassar informações para o enfermeiro supervisor e para a equipe.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-042

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA A REALIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES

EXECUTANTE: Todos os profissionais da equipe de saúde.

Área: Área de abrangência da UBS.

Objetivo: Realizar acompanhamento e monitoramento das condições de saúde das famílias.

A visita domiciliar faz parte do processo de trabalho das equipes, destacando o serviço do ACS. Ao entrar na casa de uma família, a equipe não adentra somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história (BRASIL, 2009).

Para ser bem feita, a visita domiciliar deve ser planejada, observando melhor tempo respeitando o tempo das pessoas visitadas. Para auxiliar no dia a dia do seu trabalho, é importante que o profissional tenha um roteiro de visita domiciliar, o que vai ajudar muito no acompanhamento das famílias da sua área de trabalho. A pessoa a ser visitada deve ser informada do motivo e da importância da visita (BRASIL, 2009).

Após a realização da visita, faz-se importante verificar se o objetivo dela foi alcançado e se foram dadas e colhidas as informações necessárias. Toda visita deve ser realizada tendo como base o planejamento da equipe, pautado na identificação das necessidades de cada família. Pode ser que seja identificada uma situação de risco e isso demandará a realização de outras visitas com maior frequência (BRASIL, 2009).

Descrição do procedimento:

- Planejar número de visitas realizadas pela equipe, observando tempo, local, situação a ser analisada, impressos e equipamentos necessários;
- Ao realizar as visitas, os profissionais devem estar sempre utilizando crachá e uniforme;
- Identificar-se ao chegar à família a ser visitada;
- Realizar identificação das necessidades individuais da família;
- Realizar plano de cuidados, individual para a família quando necessário;
- Realizar encaminhamentos para a resolução dos problemas levantados;
- Realizar monitoramento das famílias, através do acompanhamento, verificando se as providências dos encaminhamentos estão sendo realizadas;
- Registrar a visita realizado no sistema.
- Registrar busca ativa realizada no sistema.

Observação: Os ACS devem realizar o monitoramento mensal das famílias trazendo para a equipe as situações encontradas para serem discutidas em reuniões de equipe, para estabelecer plano de ação.



Município de
São Jorge D'oeste

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-039

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

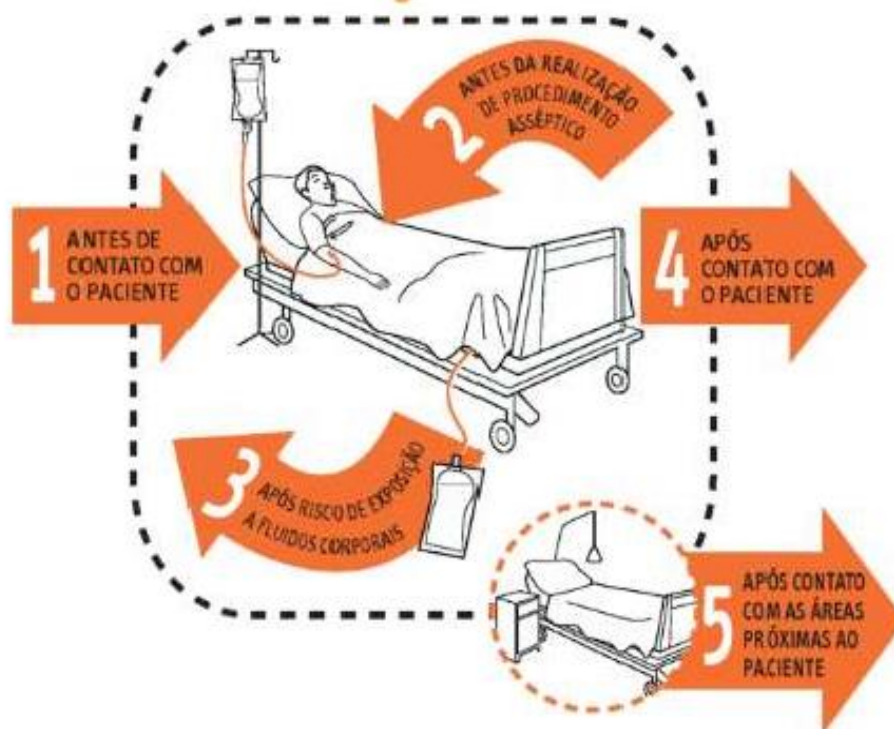
OS 5 MOMENTOS DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

EXECUTANTE: Todos os profissionais da equipe de saúde.

Área: Higienização e antissepsia.

Objetivo: Garantir a segurança do paciente.

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS





**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-040

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL

EXECUTANTE: Profissionais da enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Orientação quanto a técnica de verificação de pressão arterial.

Materiais necessários:

- Algodão embebido em álcool 70%;
- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro (infantil, adulto ou para obesos).

Descrição do Procedimento:

1. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;
2. Reunir material necessário;
3. Explicar ao paciente sobre o procedimento;
4. Colocar o paciente sentado ou deitado, com o braço apoiado, ao nível do coração (se estiver sentado) ou ao longo do corpo (se estiver deitado), livre de compressão;
5. Localizar a artéria braquial por palpação;
6. Colocar o manguito no braço, firmemente, 4 cm acima da fossa cubital, com a palma da mão voltada para cima, observar o posicionamento correto do manguito; medir e posicionar sobre a artéria (o meio do manguito);
7. Não deixar as borrachas se cruzarem devido aos ruídos que produzem;
8. Colocar o mostrador do manômetro aneróide de modo que fique bem visível ou posicionar os olhos no nível da coluna de mercúrio;
9. Palpar o pulso radial, inflar o manguito até o desaparecimento do pulso para estimar o nível da pressão sistólica, desinsuflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente;
10. Colocar o estetoscópio na orelha com olivas auriculares voltadas para frente e o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial na fossa cubital, evitando compressão excessiva;
11. Inflar rapidamente de 10 em 10 mmHg, até 20 a 30 mmHg do ponto de desaparecimento do pulso radial;
12. Abrir válvula, procedendo à deflação na velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo. Após determinada a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg por segundo, evitando a congestão venosa e desconforto do paciente;

13. Determinar a pressão sistólica (máxima) no momento do aparecimento do 1º Som;
14. Determinar a pressão diastólica (mínima) no desaparecimento dos sons (último som);
15. Retirar o ardo manguito rápido e completamente, removê-lo e deixar o paciente confortável;
16. Registrar os valores em prontuário eletrônico ou impresso próprio;
17. Limpar as olivas auriculares e o diafragma com algodão embebido em álcool 70%;
18. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;
19. Colocar o material em ordem.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-041

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA AXILAR

EXECUTANTE: Profissionais da enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Orientação quanto a técnica de verificação de Temperatura axilar

Materiais necessários:

- Algodão com álcool 70%;
- Termômetro.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;
2. Comunicar e explicar o procedimento ao paciente;
3. Desinfetar o termômetro com algodão embebido em álcool;
4. Zerar o termômetro digital;
5. Colocar o termômetro na região axilar do paciente;
6. Pedir ao paciente para comprimir o braço de encontro ao corpo, colocando a mão no ombro oposto;
7. Retirar o termômetro após 5 a 7 minutos, se digital assim que soar o sinal sonoro, se infravermelho ligar o aparelho, verificar se está zerado e encostar entre as sobrancelhas;
8. Proceder à leitura pela parte traseira do termômetro digital;
9. Desinfetar o termômetro com algodão embebido em álcool, daí separar o bulbo ou onde entra em contato com o paciente;
10. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;
11. Anotar o valor obtido em prontuário eletrônico;



**Município de
São Jorge D'Oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-042

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA

EXECUTANTE: Profissionais da enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Orientação quanto a técnica de verificação de frequência cardíaca.

Materiais necessários:

- Algodão com álcool a 70%;
- Relógio de ponteiro;
- Oxímetro de pulso.

Descrição do procedimento manual:

1. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Manter o paciente confortável, deitado ou sentado. O braço apoiado na mesa, com a palma da mão voltada para cima;
4. Colocar os dedos indicador, médio e anelar sobre a artéria, fazendo leve pressão suficiente para sentir a pulsação;
5. Procurar sentir bem o pulso antes de iniciar a contagem;
6. Contar os batimentos durante um minuto;
7. Repetir a contagem em caso de dúvida;
8. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;
9. Anotar em prontuário eletrônico ou em impresso próprio.

Descrição do procedimento por oxímetro:

10. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;
11. Explicar o procedimento ao paciente;
12. Manter o paciente confortável, sentado. Como braço apoiado na mesa, com a palma da mão para baixo;
13. Realizar a leitura e anotar em prontuário eletrônico;
14. Limpar o aparelho com algodão embebido em álcool;

15. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-043

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

EXECUTANTE: Profissionais da enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Orientação quanto à técnica de verificação de frequência respiratória.

Materiais necessários:

- Relógio de ponteiro.

Descrição do Procedimento:

1. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;
2. Manter o paciente sentado ou deitado;
3. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax; os movimentos (inspiração e expiração) contam um movimento respiratório;
4. Colocar a mão no pulso do paciente a fim de disfarçar a observação;
5. Contar os movimentos respiratórios durante um minuto;
6. Anotar em prontuário eletrônico ou em impresso próprio;
7. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-044

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

VERIFICAÇÃO DA SATURAÇÃO

EXECUTANTE: Profissionais da enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Orientação quanto à técnica de verificação de saturação

Materiais necessários:

- Algodão com álcool a 70%,
- Oxímetro de pulso.

Descrição do Procedimento:

1. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;
2. Manter o paciente sentado ou deitado;
3. Ligar o oxímetro;
4. Colocar o oxímetro em polpa digital de qualquer dedo de uma das mãos;
5. Aguardar a leitura;
6. Anotar em prontuário eletrônico ou impresso próprio;
7. Desligar o equipamento;
8. Realizar antissepsia com álcool 70% e oxímetro;
9. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-045

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

TESTE GLICEMIA CAPILAR

EXECUTANTE: Profissionais da enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Orientação quanto a técnica de verificação de glicemia capilar.

Materiais:

- Luvas de procedimento;
- Frasco com fita reagente;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Aparelho de verificação de glicemia capilar;
- Lanceta.

Descrição do procedimento:

1. Explicar ao paciente sobre o procedimento;
2. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;
3. Colocar a fita reagente no aparelho;
4. Calçar as luvas;
5. Fazer antissepsia do local com algodão;
6. Puncionar a lateral do dedo com a lanceta;
7. Colocar uma gota de sangue no local específico da fita;
8. Aguardar o resultado na tela do aparelho;
9. Anotar o resultado em prontuário ou impresso próprio;
10. Desprezar o material contaminado em perfuro cortante;

11. Retirar as luvas;

12. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-046

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

MENSURAÇÃO DE PESO

EXECUTANTE: Profissionais da enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Orientação quanto à técnica de verificação na mensuração de peso.

Materiais:

- Balança;
- Papel toalha.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;
2. Orientar o paciente em relação ao procedimento;
3. Verificar se o paciente tem condições de ficar em pé;
4. Verificar se a balança está calibrada antes do procedimento;
5. Forrar o piso da balança com papel toalha;
6. Orientar o paciente a retirar o excesso de roupa, objetos e sapatos;
7. Auxiliar o paciente a subir na balança, colocando-o no centro, com os pés unidos e os braços soltos ao lado do corpo sem apoio;
8. Mover o indicador de quilos da balança até o marcado peso aproximado do paciente;
9. Mover o indicador de gramas até o equilíbrio da balança;
10. Em caso de balança digital, observar a tela como valor do peso;
11. Ler e anotar o peso no prontuário médico ou em impresso próprio;
12. Auxiliar o paciente a descer da balança;
13. Colocar o mostrador em zero e travar a balança.
14. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;

15. Mensuração do peso do bebê

16. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;
17. Orientar a mãe sobre o procedimento;
18. Solicitar a mãe para tirar toda a roupa da criança;
19. Forrar a balança com toalha de papel;
20. Solicitar para a mãe colocar a criança deitada ou sentada, conforme a idade da criança, sobre a balança;
21. Anotar o peso no prontuário ou em impresso próprio;
22. Solicitar a mãe para retirar a criança da balança e vesti-la;
23. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-047

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

MENSURAÇÃO DA ALTURA

EXECUTANTE: Profissionais da enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Orientação quanto a técnica de mensuração de altura.

Materiais:

- Régua antropométrica.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;
2. Orientar o paciente em relação ao procedimento;
3. Forrar o piso da balança com papel toalha;
4. Solicitar ao paciente que retire o calçado;
5. Posicionar o paciente ereto de costas para o antropômetro com os calcanhares unidos;
6. Travar a régua do antropômetro e medir;
7. Anotar o valor obtido em prontuário eletrônico ou impresso próprio;
8. Retirar o papel da balança;
9. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;
- 10. Mensuração de altura de bebê**
11. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;
12. Orientar a mãe sobre o procedimento;
13. Solicitar para a mãe tirar o calçado da criança;
14. Solicitar para a mãe deitar a criança sobre o colchonete;
15. A mãe deverá segurar a cabeça e apoiar a régua encostada na cabeça da criança;
16. O profissional deve segurar as pernas na altura dos joelhos e encostar a parte inferior da régua nas solas dos pés da criança;
17. Verificar a medida da altura;

18. Anotar o valor em prontuário ou impresso próprio;
19. Solicitar para a mãe colocar sapatos da criança;
20. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP03;



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-048

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

EXECUTANTE: Profissionais da enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Orientação quanto à técnica de medição da circunferência abdominal;

Material:

- Álcool a 70°;
- Algodão;
- EPI's necessários (jaleco, luvas de procedimento, máscara comum);
- Fitamétrica.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos antes do procedimento conforme o POP 03;
2. Separar o material;
3. Orientar o procedimento ao paciente;
4. Fazer desinfecção da fita métrica com algodão umedecido em álcool a 70% e aguardar secagem espontânea;
5. Se criança, posicionar sobre a maca em decúbito dorsal;
6. Se adulto, orientar o paciente a permanecer de pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e os pés separados numa distância de 25-30cm;
7. Solicitar ao paciente que afaste a roupa, de forma que a região da cintura fique despidas. A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto;
8. Posicionar-se lateralmente ao paciente e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca;
9. Segurar o ponto zero da fita métrica em sua mão dominante e, com a outra mão, passar a fita ao redor da cintura, sobre o ponto médio localizado;
10. Ajustar a fita métrica no mesmo nível em todas as partes, em seguida, solicitar que o paciente expire totalmente e realizar a leitura imediata antes que o mesmo inspire novamente;
11. Realizar o registro do procedimento em prontuário;
12. Higienizar as mãos conforme o POP 03;
13. Manter a sala em ordem.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-049

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE QUADRIL

EXECUTANTE: Profissionais da enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Orientação quanto à técnica de medida de circunferência de quadril.

Material:

- Álcool 70°;
- Algodão;
- EPI's necessários (jaleco, luvas de procedimento, máscara comum);
- Fitamétrica.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos antes e após o procedimento conforme o POP 03;
2. Separar o material;
3. Orientar o procedimento ao paciente;
4. Fazer desinfecção da fitamétrica com algodão umedecido em álcool 70% e aguardar secagem espontânea;
5. Orientar o paciente a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com o mínimo de roupas possível;
6. Colocar a fitamétrica ao redor do quadril, na área da maior diâmetro, sem comprimir a pele;
7. Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes;
8. Realizar a leitura da medida do quadril;
9. Realizar o registro do procedimento em prontuário;
10. Higienizar as mãos conforme POP 03;
11. Manter a sala em ordem.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-050

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

MEDIDA DE PERÍMETRO TORÁCICO

EXECUTANTE: Profissionais da enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Orientação quanto à técnica de medição da circunferência de perímetro torácico

Material:

- Álcool a 70°;
- Algodão;
- EPI's necessários (jaleco, luvas de procedimento, máscara comum);
- Fita Métrica.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos antes e após o procedimento conforme o POP 09;
2. Separar o material;
3. Orientar o procedimento ao paciente e/ou mãe;
4. Fazer desinfecção da fita métrica com algodão umedecido em álcool a 70% e aguardar secagem espontânea;
5. Colocar a criança deitada ou sentada de acordo com a idade da criança;
6. Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos;
7. Manter a fita ajustada e nivelada em todas as partes do tórax;
8. Realizar a leitura da medida do tórax;
9. Anotar na ficha clínica, gráfico de desenvolvimento e crescimento o cartão da criança;
10. Realizar o registro do procedimento em prontuário;
11. Higienizar as mãos conforme POP 09;
12. Manter a sala em ordem.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-051

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

MEDIDA DE PERÍMETRO CEFÁLICO

EXECUTANTE: Profissionais da enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Orientação quanto à técnica de medição da circunferência de perímetro torácico

Material:

- Álcool a 70°;
- Algodão;
- EPI's necessários (jaleco, luvas de procedimento, máscara comum);
- Fita Métrica.

Descrição do procedimento:

12. Higienizar as mãos antes e após o procedimento conforme o POP 09;
13. Separar o material;
14. Orientar o procedimento ao paciente e/ou mãe;
15. Fazer desinfecção da fita métrica com algodão umedecido em álcool a 70% e aguardar secagem espontânea;
16. Colocar a criança deitada ou sentada de acordo com a idade da criança;
17. Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos;
18. Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax;
19. Realizar a leitura da medida do tórax;
20. Anotar na ficha clínica, gráfico de desenvolvimento e crescimento o cartão da criança;
21. Realizar o registro do procedimento em prontuário;
22. Higienizar as mãos conforme POP 09;
13. Manter sala em ordem.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-051

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

MEDIDA DE PERÍMETRO CEFÁLICO

EXECUTANTE: Profissionais da enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Orientação quanto à técnica de medição da circunferência de perímetro torácico

Material:

- Álcool a 70°;
- Algodão;
- EPI's necessários (jaleco, luvas de procedimento, máscara comum);
- Fita Métrica.

Descrição do procedimento:

23. Higienizar as mãos antes e após o procedimento conforme o POP 09;
24. Separar o material;
25. Orientar o procedimento ao paciente e/ou mãe;
26. Fazer desinfecção da fita métrica com algodão umedecido em álcool a 70% e aguardar secagem espontânea;
27. Colocar a criança deitada ou sentada de acordo com a idade da criança;
28. Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos;
29. Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax;
30. Realizar a leitura da medida do tórax;
31. Anotar na ficha clínica, gráfico de desenvolvimento e crescimento o cartão da criança;
32. Realizar o registro do procedimento em prontuário;
33. Higienizar as mãos conforme POP 09;
14. Manter sala em ordem.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-052

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

PRÉ CONSULTA

EXECUTANTE: Profissionais da enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: As atividades desenvolvidas na pré-consulta, também chamada consulta de preparo, devem anteceder, quando e onde possível, as consultas médicas de demanda espontânea dos Programas de Hipertensão e Diabetes. A pré-consulta também favorece a detecção de casos suspeitos que devem ser encaminhados para a confirmação e, posterior inscrição nos Programas, além de servir como foco de divulgação das atividades da Unidade.

Material necessário:

- Esfigmomanômetro e estetoscópio,
- Termômetro
- Balança antropométrica
- Algodão com álcool 70%

Passos:

1. Lavar as mãos antes do procedimento;
2. Orientar o usuário quanto ao procedimento;
3. Questionar o motivo por que procurou a UBS;
4. Registrar no prontuário os dados da aferição de: peso e estatura, pulso e respiração, temperatura corporal, pressão arterial, além de outros dados que estejam programados para o caso.
5. Encaminhar o usuário para aguardar o atendimento.
6. Manter a sala em ordem e guardar o material.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-053

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

EXECUTANTE: Enfermeiro e médico;

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Determinar prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade;

Introdução

O Conselho Federal de Medicina, na Resolução 1451/95, define URGÊNCIA como

“ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”; EMERGÊNCIA como “constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida, ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato.

Critérios de Classificação

Deverá ser considerada a apresentação usual da doença, sinais de alerta, situação / queixa, intuição e experiência: paciente se apresenta doente? Intuição, entretanto, não será usada para diminuir prioridade, só para aumentar. Outros dados: sinais vitais, saturação de O₂, escalas de dor e Escala de Coma de Glasgow (ECG), glicemia, etc.

Horário: Diariamente das 07:30 às 17h. Haverá uma sala própria para realização do Acolhimento com a Classificação do Risco. Após estes horários e finais de semana e feriados, a classificação será realizada no Pronto Atendimento na Sala de Emergência.

Classificação:

Vermelho	Emergência - será atendido imediatamente na sala de emergência. Deve ser atendido imediatamente;
Amarelo	Urgência - será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação. Deverá ser atendido imediatamente após os VERMELHOS podendo esperar por até 1 hora. Caso o fluxo de paciente exceda a capacidade de Atendimento este período poderá ser aumentado, mas sempre realizando reavaliações periódicas;
Verde	Sem risco de morte imediato - somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO e AMARELO podendo esperar por até 2 horas. Caso o fluxo de paciente exceda a capacidade de Atendimento este período poderá ser aumentado, mas sempre realizando reavaliações periódicas;
Azul	Quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social - deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde / Unidade de Saúde da Família ou atendido pelo Serviço Social. Se desejar poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO, AMARELO e VERDE podendo esperar por até 4 horas. Caso o fluxo de paciente exceda a capacidade de Atendimento este período poderá ser aumentado, mas sempre realizando reavaliações periódicas;

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

Situação/queixa

Prioridade Vermelha

Pacientes que necessitam de atendimento imediato.

Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG <

12. Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com

problemas respiratórios. Trauma Cranioencefálico grave – ECG. Estado mental alterado ou em coma ECG, histórico de uso de drogas, comprometimentos da coluna vertebral, desconforto respiratório grave, Dor no peito associada à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso). Perfurações no peito, abdome e cabeça. Crises convulsivas (inclusive pós-crise). Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12.

Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória. Tentativas de suicídio. Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia). Parada cardiorrespiratória. Alterações de sinais vitais em paciente sintomático: Pulso > 140 ou < 45 PA diastólica < 130 mmHg PA sistólica < 80 mmHg FR > 34 ou Hemorragias não controláveis. Infecções graves – febre, exantema petequeial ou púrpura, alteração do nível de consciência. Há muitas condições e sinais perigosos de alerta, chamadas Bandeiras Vermelhas, que deverão ser levados em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente: Acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h. Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões. Perda de consciência, mesmo

quem momentânea, após acidente. Negação violenta das óbvias injúrias graves, compensamentos de fugas e alterações de discurso e, ocasionalmente, com respostas inapropriadas. Fraturas da 1.ª e 2.ª costela. Fraturas 9.ª, 10.ª, 11.ª costela ou mais de três costelas. Possível aspiração. Possível contusão pulmonar. Óbitos no local da ocorrência

Prioridade Amarela

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

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais. Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, paraestésias, alterações do campo visual, dislalia, afasia. Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15). Diminuição do nível de consciência. Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental. História de Convulsão/pós-ictal-convulsão nas últimas 24 horas. Dor torácica intensa. Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes). Crise asmática. Diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia. Desmaios. Estados de pânico, overdose. Alterações de sinais vitais em paciente sintomático: FC < 50 ou > 140 PA sistólica < 90 ou > 240 PA diastólica >

130 T < 35 ou. 40 História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC > 120. Epistaxe com alteração de sinais vitais. Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre). Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais; gravidez confirmada ou suspeita. Náuseas/Vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais. Desmaios. Febre alta (39/40°C). Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa. Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15. Vítimas de abuso sexual. Imunodeprimidos com febre

Prioridade Verde

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

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

Prioridade Azul

Demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima. Queixas crônicas sem alterações agudas. Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-054

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

ATENDIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

EXECUTANTE: Profissionais da enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Contribuir para que os pacientes sejam diferenciados de acordo com sua necessidade de atendimento, melhorando a qualidade e a agilidade do serviço prestado.

N ^a	Ação (O que?).	Atribuição (Quem?)		Informações Complementares (Como?)
01	Execute os procedimentos de rotina da sala de classificação de risco (sala de emergência)	Equipe de Enfermagem		
02	Faça a ficha de atendimento	Técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem ou apoio administrativo		
03	Inicie o atendimento dos pacientes	Equipe de Enfermagem		POP 52
04	Verifique os sinais vitais	Equipe de Enfermagem		POP 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47.
05	Realize anamnese e exame físico direcionando conforme queixa	Enfermeiro		Registrar os dados coletados em prontuário manual ou eletrônico.
06	Necessidade de verificar glicemia capilar?	Sim 07	Não 08	Enfermeiro
07	Verifique glicemia capilar	Técnico/Auxiliar de Enfermagem		POP 45
08	Conclua a classificação de risco	Técnico de enfermagem e Enfermeiro		
09	Encaminhe o paciente conforme classificação de risco.	Técnico de Enfermagem		

Disposições Gerais

Verificação de Glicemia:

Caso o paciente apresente Histórico de Diabetes Mellitus ou quaisquer sinais e

sintomas como: sudorese excessiva, pele “fria e pegajosa”, hálito cetônico, prostração, confusão mental e/ou vertigem; deverá ser verificada a glicemia do paciente.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-055

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

EXECUTANTE: Todos os profissionais envolvidos no cuidado

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Realizar os devidos encaminhamentos de pacientes para UBS's de referência em caso de ausência de atendimento médico nas UBS's localizadas no interior do município, assim, não sobrecarregando a demanda, otimizando o atendimento.

Passos

- 1) Realizar classificação de risco com base nas queixas e sinais vitais do paciente;
- 2) Preencher o encaminhamento (e manexo) obedecendo ao fluxo estabelecido;
- 3) Acionar o transporte conforme necessidade avaliada;
- 4) Após as 17h todos e fins de semana e feriados os pacientes serão atendidos no Pronto atendimento passando por classificação de risco;

Os encaminhamentos de referência e contra-referência devem ser preenchidos preferencialmente pelo médico, mas de acordo com a realidade local outros profissionais podem estar realizando os encaminhamentos como Enfermeiros ou técnicos de enfermagem;

Assinatura e carimbo do profissional solicitante	
Referência	
Data	
Hora	
Contra-referência	
Motivo do encaminhamento	

Paciente	_____	Idade	_____
Vitais:PA	_____	SaO2	_____
		HGT	_____
		FC	_____

 Município de São Jorge D'oeste	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO: POP-056	DATA DE VALIDAÇÃO:	DATA DE REVISÃO:
CONSULTÓRIO MÉDICO		
EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem		
Área: Assistência à Saúde.		
Objetivo: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento dos consultórios;.		
Passos: 1. Organizar a sala; 2. Realizar limpeza concorrente a cada início do plantão; 3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal; 4. Checar o funcionamento dos equipamentos da sala: balança, negatoscópio chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro; 5. Encaminhar espelhos de ostoscópios para desinfecção;; 6. Trocar a motoliasse semanalmente; 7. Repor materiais e impressos próprios e específicos		



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-057

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

SALA DE CURATIVO

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de curativo

Passos

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente a limpeza concorrente e semanalmente a limpeza terminal;
4. Trocar as almofolias semanalmente colocando novas soluções, previamente limpos e identificados com data de validade. As almofolias devem ser preenchidas com 50% do volume;
5. Verificar a data de validade dos materiais esterilizados;
6. Repor materiais necessários, conforme rotina da unidade;
7. Realizar os curativos conforme prescrição médica e/ou do enfermeiro;
8. Executar a rotina de troca de curativo (conforme orientação do manual de normas técnicas);
9. Colocar o material utilizado em solução com água e sabão, encaminhando-o ao expurgo ao término do plantão;
10. Após a realização de curativos contaminados solicitar ao zelador limpeza concorrente e descontaminação se necessário;
11. Desprezar o resíduo em recipiente adequado



**Município de
São Jorge D'Este**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-058

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

CURATIVO

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAL:

- Pacote de curativo (pinça Kelly, pinça dente de rato, pinça anatômica e ou pinça mosquito).
- Soro fisiológico (0,9%), água tratada ou fervida. 3. Agulha 40/12 ou 25/8.
- Seringa 20ml.
- Gaze, chumaço.
- Luva de procedimento ou estéreis, se necessário.
- Cuba estéril ou bacia plástica.
- Cobertura ou produto tópicos prescritos (cremes, pomadas, hidrocolóides, etc.).
- Esparadrapo, fita adesiva e "micropore" ou similar.
- Faixa crepe de 8 ou 15 cm (atadura).
- Tesoura (Mayo e Iris).
- Cabo de bisturi e lâmina de bisturi.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Receber o paciente de maneira cordial.
2. Explicar o procedimento a ser realizado.
3. Manter o paciente em posição confortável.

4. Manter a postura correta durante o curativo.
5. Lavar as mãos.
6. Preparar o material para a realização do curativo.
7. Avaliar a ferida.
8. Realizar o curativo utilizando técnica segundo a classificação da ferida:

Lesões fechadas:

Incisões simples:

1. Remover a cobertura anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a na borda do campo.
2. Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica.
3. Umedecer a gaze com soro fisiológico
4. Proceder à limpeza da incisão de dentro para fora, sem voltar ao início da lesão.
5. Secar a incisão de cima para baixo
6. Ocluir com gaze, chumaço ou outro curativo prescrito.
7. Fixar com micropore.
8. Trocar o curativo a cada 24 horas ou sempre que estiver saturado (úmido).
9. Manter a incisão aberta se estiver limpa e seca no período de 24 a 48 horas após o procedimento cirúrgico.

Incisão composta subtotal:

1. Remover a cobertura anterior.
2. Lavar todos os pontos subtotais, introduzindo soro fisiológico no interior de cada ponto, com auxílio de seringa e agulha, colocando gaze do lado oposto para reter a solução.
3. Proceder à limpeza como descrita para lesões simples. Proteger a área central com gaze seca ou chumaço.
4. Fixar com micropore.
5. Manter o curativo ocluído enquanto houver exsudação.
6. Realizar troca a cada 24 horas ou sempre que estiver saturado.

Lesões abertas:

1. Remover a cobertura anterior, de forma não traumática.
2. Irrigar abundantemente com soro fisiológico, quando a cobertura primária for de gaze.
3. Realizar a limpeza com técnica adequada (asséptica ou limpa)
4. Manter o leito da úlcera úmido.
5. Manter a área ao redor da úlcera sempre seca, evitando a maceração e facilitando a fixação da cobertura;.
6. Lavar as mãos.
7. Realizar a notação de enfermagem, assinar e carimbar
8. Registrar o procedimento no sistema.
9. Manter a sala em ordem.

Observações:

- Prescrição do curativo é privativa do enfermeiro e do médico.

- A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita através de irrigação com jato de soro fisiológico morno, com seringa de 20 ml e agulha 40x12 ou 25x8, ou ainda frascos de soro perfurados de diferentes maneiras.
- Proteger sempre as úlceras com gazes, compressas, antes de aplicar uma atadura.
- Não apertar demais a atadura, devido ao risco de gangrena, por falta de circulação.
- Iniciar o enfaixamento sempre, no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro.
- Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada.
- Trocar o curativo com gaze a cada 24 horas ou quando estiver úmido, sujo ou solto.
- A recomendação atual, para realização do curativo consiste em manter a ferida limpa, úmida e coberta, exceto incisões fechadas e locais de inserção de cateteres e introdutores efixados externos.



**Município de
São Jorge D'Oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-059

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

SALA DE INALAÇÃO

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento da sala de inalação

Passos:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente a limpeza concorrente e semanalmente a limpeza terminal;
4. Checar o funcionamento do compressor, chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro; proceder a sangria do sistema ao final de cada dia;
5. Preparar material necessário para o plantão, trocar o soro fisiológico utilizado no procedimento a cada 24 horas;
6. Executar os procedimentos conforme prescrição médica e/ou do enfermeiro, anotando no verso na própria receita com letra legível a data, horário, nome e COREN, preenchendo o boletim de produção;
7. Lavar criteriosamente os inaladores logo após o uso com água e sabão os materiais, retirando os resíduos, em seguida enxaguar-los em água corrente e colocá-los sobre um pano limpo;
8. Secar o material com pano limpo;
9. Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro a necessidade de reposição;

10. Colocar o material seco em imersão no hipoclorito à 1% -em caixa fechada -por 30 minutos, registrando em formulário o horário de início do processo;
11. Enxaguar o material em água corrente, secar e armazenar em local fechado e limpo;
12. Manter a sala limpa, organizada e abastecida, verificando diariamente a validade dos medicamentos;
13. Ao final do expediente retirar os extensores e proceder à limpeza e desinfecção conforme rotina das máscaras de inalação, desprezar o hipoclorito de sódio e lavar a caixa;
14. Anotar a validade do hipoclorito.

 Município de São Jorge D' oeste	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO: POP-060	DATA DE VALIDAÇÃO: 20/02/2025	DATA DE REVISÃO:
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA		
EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Enfermeiro.		
Área: Assistência à Saúde.		
Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem		
MATERIAIS: • Ampola/frasco de SF0,9% ou água destilada; • Aparelho nebulizador, cilindro de Oxigênio ou rede de ar comprimido; • EPI's (jaleco, luvas de procedimento, máscara descartável, sapato fechado); • Extensor; • Máscara facial; • Medicamento prescrito (se houver). DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Lavar as mãos com técnica adequada. 2. Preparar a medicação prescrita no copo nebulizador, observando a dose, via, nome do paciente, data; 3. Explicar o procedimento ao paciente.		

4. Ligar o copo nebulizador à extensão de látex acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio, conforme prescrição.
5. Regular o fluxo (5 a 10 litros/min).
6. Orientar o paciente a manter a respiração nasal durante a inalação do medicamento.
7. Ao término, oferecer papel toalha para o paciente secar a umidade do rosto.
8. Colocar o copo e a máscara de nebulização para lavagem e desinfecção.
9. Lavar as mãos.
10. Anotar, assinar e carimbar no prontuário/receituário, comunicando o médico prescritor, caso haja necessidade de avaliação após o procedimento.
11. Registrar o procedimento no sistema.
12. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

 Município de São Jorge D'oeste	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO: POP-061	DATA DE VALIDAÇÃO:	DATA DE REVISÃO:
SALA DE PROCEDIMENTOS (SUTURA, ADM DE MEDICAÇÃO ETC.)		
EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, enfermeiros e médicos;		
Área: Assistência à Saúde.		
Objetivo: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de procedimentos.		

Passos:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com **DESINFETANTE BASE DE ÁCIDO PERACÉTICO** no início de cada plantão, utilizando EPI. E semanalmente limpeza terminal;
3. Conferir e repor materiais de uso diário (seringas, agulhas, álcool, algodão, medicamentos, etc);
4. Verificar diariamente o nível da caixa de perfurocortante, atentando-se para fechá-la quando atingido dois terços da sua capacidade;
5. Montar nova caixa e acondicioná-la em suporte adequado quando necessário;
6. Executar os procedimentos conforme prescrição médica e/ou do enfermeiro, checando na própria receita;
7. Realizar os procedimentos solicitados e anotações no prontuário eletrônico;
8. Manter a sala limpa, organizada e abastecida;
9. Higienizar as mãos

 Município de São Jorge D'oeste	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO: POP-062	DATA DE VALIDAÇÃO:	DATA DE REVISÃO:
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA		
EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, enfermeiros;		
Área: Assistência à Saúde.		

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

Materiais:

1. Seringa;
2. Agulha 40x12;
3. Agulha 25x6 ou 25x7;
4. Algodão;
5. Álcool;
6. Garrote;
7. Fita crepe para identificação;
8. Luva de procedimento;
9. Medicamento prescrito;
10. Dispositivo de infusão intravenosa (Abocath/scalpe) de numeração adequada;
11. Equipamento macrogotas necessário;
12. Esparrapado/micropore;
13. Soro/água destilada;
14. Caixa de material perfurocortante.

Descrição do procedimento:

15. Higienizar as mãos conforme POP 09;
16. Conferir medicação prescrita: data, nome da medicação, dose, via de administração e nome do paciente;
17. Pegar medicação (frasco/ampola), observando o nome, validade, alteração de cor e presença de resíduos;
18. Escolher seringa de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrado;
19. Fazer assepsia no frasco/ampola com auxílio do algodão e álcool 70%;
20. Abrir seringa e conectar a agulha 40x12, ou maior calibre disponível;
21. Preparar medicação, conforme a técnica de rotina;
22. Posicionar o usuário adequadamente e expor a área a ser punccionada;
23. Explicar e orientar ao paciente/acompanhantes sobre o procedimento;
24. Calçar luvas;
25. Selecionar a veia para punção e garrotear o braço do paciente;
26. Realizar antisepsia do local escolhido com álcool antisséptico a 70% e algodão, em movimento espiral centrífugo, por três vezes. Aguardar a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção;
27. Posicionar a agulha com o bisel voltado para cima, ou Scalp ou Abocath e proceder à punção venosa. Ao retornar o sangue, soltar o garrote;
28. Administrar a medicação lentamente, atentar para as reações apresentadas pelo paciente;
29. Retirar a agulha (acionar dispositivo de segurança caso tenha) e a seringa, ou Scalp ou Abocath pressionar o algodão no local da punção;
30. Desprezar dispositivos intravenosos, agulhas e seringa e lixo de perfurocortante (não desconectar seringa da agulha ou dispositivo intravenoso e não encapar a agulha se não houver dispositivo de segurança);

31. Lavar as mãos;
32. Realizar a notação de enfermagem, assinar e carimbar;
33. Registrar procedimento no sistema eletrônico;
34. Manter ambiente de trabalho em ordem.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-063

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, enfermeiros;

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

Materiais:

- Seringa 1ml;
- Agulha 10x5 ou 13x4,5;
- Solução prescrita;
- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Óculos de proteção (individual).

Descrição do procedimento:

1. Verificar prescrição: nome da medicação, data de validade, dose, via de administração e nome do paciente;
2. Higienizar as mãos;
3. Preparar solução conforme técnica especificada da medicação (bula);
4. Orientar o paciente sobre o procedimento;
5. Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura) a face anterior do antebraço ou local mais utilizado;
6. Calçar as luvas de procedimento (sempre que necessário);
7. Fazer a antissepsia da pele com água e sabão caso seja necessário. O álcool 70% não é indicado, pois pode interferir na reação da droga;
8. Segurar firmemente com a mão local, distendendo a pele como polegar e indicador;
9. Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bico voltado para cima ou lateralizado, até que o mesmo desapareça;
10. Injetar a solução lentamente, como polegar na extremidade do dedo indicador, até introduzir toda a dose;
11. Retirar o polegar da extremidade do dedo indicador e a agulha da pele;
12. Não friccionar o local;
13. Imediatamente após a injeção, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo cascavel laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente;
14. Não utilizar curativo, pomada ou solução no local;
15. Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;

16. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
17. Realizar a notação de enfermagem, assinar e carimbar;
18. Registrar procedimento em sistema eletrônico;
19. Manter ambiente de trabalho em ordem.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-064

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, enfermeiros;

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

Materiais:

1. Seringa (conforme volume a ser injetado – Max. 5 ml);
2. Agulha 40x12 aspiração;
3. Agulha (comprimento/calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado);
4. Algodão;
5. Álcool 70%;
6. Bandeja
7. Medicação prescrita;
8. Luvas de procedimento (sempre que necessário).

Descrição do procedimento:

9. Acolher o paciente e/ou acompanhante;
10. Verificar prescrição: nome do paciente, da medicação, data de validade, dose, via de administração;
11. Conferir os treze certos: Conferir os treze certos: Prescrição correta, Paciente certo, Medicamento certo, Validade certa, Forma / apresentação certa, Dose certa, Compatibilidade certa, Orientação ao paciente, Via de administração certa, Horário certo, Tempo de administração certo, Ação certa, Registro certo;
12. Lavar as mãos com técnica adequada;
13. Preparar solução conforme técnica especificada da medicação (bula);
14. Orientar o paciente sobre o procedimento;
15. Aspirar o conteúdo do frasco utilizando agulha 40X12;
16. Trocar a agulha de acordo com a característica do paciente e da medicação;
17. Retirar o ar da seringa;
18. Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento.
19. Escolher local da administração;
20. Calçar as luvas de procedimento (se necessário);
21. Palpar o músculo (medição do local);

22. Fazer antissepsia da pele com algodão/ álcool % 70. A antissepsia deve ser realizada em movimento espiralcentrífugo, por3x;
23. Segurar a seringa com a mão dominante;
24. Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar;
25. Introduzir a agulha com bisel lateralizado ou para cima com ângulo adequado à escolha do músculo;
26. Soltar o músculo e aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar a agulha do local, desprezar todo o material e reiniciar o procedimento);
27. Injetar o líquido lentamente
28. Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;
29. Fazer leve compressão no local;
30. Descartar material perfurocortante na caixa de perfurocortante;
31. Desprezar os resíduos em lixos correspondentes;
32. Retirar as luvas (se utilizada)
33. Lavar as mãos;
34. Checar e registrar o procedimento em prescrição;
35. Caso haja intercorrência comunicar enfermeiro e/ou médico;
36. Registrar o procedimento em prontuário eletrônico;
37. Manter ambiente de trabalho em ordem.

TÉCNICA DE APLICAÇÃO:

A administração de medicamento IM de maneira segura, depende da avaliação adequada da musculatura considerando a característica e irritabilidade da droga, volume compatível com o tamanho da musculatura escolhida, distância em relação aos nervos importantes, espessura do tecido adiposo e depositar o medicamento na musculatura profunda.

Observações:

A. LOCAIS DE APLICAÇÃO:

O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. Na seleção do local deve-se considerar:

- Distância em relação aos nervos importantes;
- Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;
- Espessura do tecido adiposo;
- Idade do paciente;
- Irritabilidade da droga;
- Atividade do paciente;
- O volume máximo para injeção IM é de 5ml. Volume acima de 5 ml, fracionar e aplicar em locais diferentes;
- Obisela da agulha deve ser posicionada de forma lateral, minimizando as agressões às fibras musculares, minimizando a dor durante o procedimento e as complicações.

Dorso-glútea(DG):

1. Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento da musculatura. A posição de 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;
2. Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz imaginária, a partir da espinha ilíaca pósterio-superior até o trocântero do fêmur;
3. Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária;
4. Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e, excepcionalmente, em crianças com mais de 02 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

Ventro-glútea(VG):

1. Paciente pode estar em decúbito dorsal ou lateral, ou em pé;
2. Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;
3. Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior direita;
4. Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca;
5. Espalmar a mão sobre a base do grande trocântero do fêmur e formar como indicador em triângulo;
6. Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Músculo Vasto Lateral da Coxa:

1. Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;
2. Traçar um retângulo delimitado pela linha média anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15 cm do grande trocântero do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura;
3. Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos.

Deltóide:

1. Paciente poderá ficar sentado ou em decúbito lateral;
2. Localizar o músculo deltóide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicação no centro do triângulo imaginário.
3. Injeções de mais de 3 ml não devem ser aplicadas no deltoide;
4. O uso do músculo deltoide é contra indicado em usuários com complicações vasculares dos membros superiores, usuários com parestesia ou paralisia dos braços, e aquelas que sofreram mastectomia.

MUSCULOS INDICADOS PARA ADMINISTRAÇÃO E VOLUME PERMITIDO EM ADULTO

- Região anterolateral da coxa (vastolateral) até 4 ml;
- Região dorsoglútea (quadrante superior externo): recomendando 4 ml, não ultrapassar volume máxima 5 ml; Volume acima de 5 ml, fracionar e aplicar em locais diferentes;
- Região ventroglútea (hochstetter) até 4 ml;
- Região deltoidea 4 cm abaixo do acrômio até 2 ml.

B- ESCOLHA CORRETA DO ÂNGULO:

- Vasto lateral da coxa – ângulo 45° em direção podálica;
- Deltóide – ângulo 90°;
- Ventroglúteo – angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca;
- Dorso glúteo – ângulo 90°.

C- ESCOLHA DA AGULHA:

	Espessura Subcutânea	Solução Aquosa	Solução Oleosa ou Suspensão
Adulto	Magro	25x6/7	25x8/9
	Normal	30x6/7	25x8/9
	Obeso	40x6/7	40x8/9
Criança	Magro	20x6/7	20x8
	Normal	25x6/7	25x8
	Obeso	30x6/7	30x8

Recomendações para administração intramuscular em crianças:

	Deltóide	Ventroglútea	Dorsoglútea	Vasto lateral
Inserção da agulha	90°	90°	90°	90° ou 45° em direção podálica
Volume máximo	1 ml	De 0,5 a 2 ml	2 ml	De 0,5 até 2 ml
Idade indicada	A partir da adolescência	Desde lactentes	Acima de 3 anos ou em cças que andam a mais de 1 ano	Desde lactentes
Agulha	Soluções aquosas calibres: 7,6 ou 5,5 Soluções oleosas calibre: 8 Comprimento: 20, 25 mm ou 30 mm se obesos			
Posição da criança	Deitado ou sentado	Decúbito lateral com membro inferior flexionado	Decúbito ventral ou lateral	Decúbito dorsal horizontal ou sentado
Observações	Contraindicado em crianças com pouca massa muscular		Contraindicado em crianças que não andam; Risco de lesão do nervo ciático	O ângulo de inserção da agulha dependerá do comprimento desta e da massa muscular da criança.

Fonte: Fonseca, 2013, p. 248.

Fonte: Nota Técnica COREN/PR nº 01/2017)



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-065

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, enfermeiros;

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

Materiais:

1. Seringa de 1 ou 3ml.
2. Agulha 10x5, 20x6.
3. Álcool 70%.
4. Algodão.
5. Bandeja.

Descrição do procedimento:

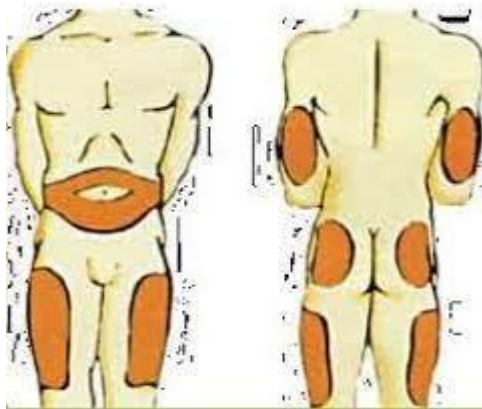
1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente.
2. Lavar as mãos.
3. Preparar medicação, conforme técnica descrita.
4. Orientar pacientes sobre o procedimento.
5. Escolher o local da administração.
6. Fazer antissepsia da pele com algodão/álcool 70%, decima para baixo.
7. Firmar com o dedo polegar e indicador o local da administração.
8. Introduzir a agulha com o bico voltado para cima num ângulo de 90°.
9. Aspirar, observando se atingiu algum vaso sanguíneo.
10. Injetar o líquido lentamente.
11. Retirar a seringa/agulha num movimento único e firme.
12. Fazer leve compressão no local com algodão.
13. Desprezar material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
16. Registrar procedimento em planilha de produção.
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÕES:

Na administração de insulina não realizar massagem após aplicação, para evitar a absorção rápida.

Locais de aplicação:

- Região deltóide no terço proximal. Face superior externa do braço.
- Face anterior da coxa.
- Face anterior do antebraço.





**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-066

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, enfermeiros;

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

Materiais:

- Colírio ou pomada oftalmológica;
- Gaze;
- Luva de procedimento (sempre que necessário).

Descrição do procedimento:

Apresentação: Colírio

1. Verificar prescrição: nome do paciente, nome da medicação, data de validade, dose, via de administração;
2. Separar medicação prescrita;
3. Conferir os treze certos: **Conferir os treze certos: Prescrição correta, Paciente certo, Medicamento certo, Validade certa, Forma/apresentação certa, Dose certa, Compatibilidade certa, Orientação ao paciente, Via de administração certa, Horário certo, Tempo de administração certo, Ação certa, Registro certo;**
4. Lavar as mãos
5. Orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para trás;
6. Calçar as luvas (se necessário);
7. Afastar o pálpebra inferior como auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente;
8. Pedir para o paciente olhar para cima e pingar a medicação no centro da membrana conjuntiva, sem tocar o frasco na conjuntiva do usuário;
9. Orientar o paciente a fechar a pálpebra;
10. Retirar as luvas;
11. Lavar as mãos;
12. Anotar data, nome, horário de execução do procedimento;
13. Checar e registrar o procedimento realizado em prescrição
14. Caso haja intercorrências, comunicar enfermeiro ou médico;
15. Registrar o procedimento em prontuário eletrônico;
16. Manter o ambiente limpo e organizado.

Apresentação: Pomada

1. Verificar prescrição: nome de paciente; nome da medicação, data de validade, dose, via de administração;
2. Separar a medicação prescrita;
Conferir os treze certos: **Conferir os treze certos: Prescrição correta, Paciente certo, Medicamento certo, Validade certa, Forma/apresentação certa, Dose certa, Compatibilidade certa, Orientação ao paciente, Via de administração certa, Horário certo, Tempo de administração certo, Ação certa, Registro certo;**
4. Lavar as mãos;
5. Orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para trás;
6. Calçar as luvas (se necessário);
7. Como auxílio da gaze, afastar a pálpebra inferior, apoiando a mão na face do paciente e colocar como próprio tubo a pomada;
8. Pedir para o paciente fechar os olhos;
9. Proceder com leve fricção sobre a pálpebra inferior;
10. Retirar as luvas;
11. Lavar as mãos;
12. Anotar data, nome, horário de execução do procedimento;
13. Checar e registrar o procedimento realizado em prescrição e anotar intercorrências;
14. Caso haja intercorrências comunicar enfermeiro e/ou médico;
15. Registrar o procedimento em prontuário eletrônico;
16. Manter ambiente limpo e organizado.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-067

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, enfermeiros;

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS:

- Copo descartável/graduado.
- Medicação.
- Contagotas.
- Bandeja.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e apresentação.
2. Lavar as mãos.
3. Separar a medicação evitando tocar as mãos nos comprimidos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar.
4. Em caso de líquido agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado, ou contagotas.
5. Explicar o procedimento ao paciente.
6. Oferecer a medicação.
7. Certificar-se que o medicamento foi deglutido.
8. Lavar as mãos.
9. Realizar a anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
10. Anotar na planilha de produção.
11. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-068

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

SUTURA

EXECUTANTE: Médico;

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos médicos.

Materiais:

- Luvas de procedimento;
- Soro Fisiológico;
- Gaze estéril;
- Micropore;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Lidocaína como anestésico local;
- Seringa e agulha (aplicação intradérmica);
- Kit de sutura: (Pinça Anatômica, Pinça anatômica de dentes de rato, Pinça Kelly reta, Portaagulha Mayo-Hegar, Tesoura, Cabo para bisturi).

Descrição do procedimento:

1. Explicar ao paciente o procedimento que será realizado;
2. Proceder à limpeza da lesão com soro fisiológico;
3. Secar toda a pele ao redor da lesão;
4. Realizar curativo mais adequado para o tipo de ferida;
5. Registrar procedimento em prontuário eletrônico.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-069

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

RETIRADA DE PONTOS CIRÚRGICOS

EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem;

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos médicos.

Materiais:

1. Tesoura cirúrgica e lâmina de bisturi;
2. Pinça anatômica;
3. Gaze estéril;
4. Agulha 40x12;
5. Soro fisiológico;
6. Luva de procedimento ou luva estéril;
7. Equipamentos de proteção individual (se necessário);
8. Biombo (se necessário).

Descrição do procedimento:

1. Conferir a prescrição;
2. Realizar higienização das mãos;
3. Separar os materiais para o procedimento em mesa auxiliar ou superfície fixa;
4. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
5. Promover privacidade, utilizando biombo, se necessário;
6. Calçar as luvas de procedimento;
7. Colocar equipamentos de proteção individual;
8. Posicionar o paciente adequadamente, expondo apenas a área dos pontos cirúrgicos;
9. Abrirem a gaze e o curativo com técnica asséptica;
10. Na ausência de pacote de curativos: abrir a luva estéril, a gaze estéril e a lâmina de bisturi estéril;
11. Retirar o curativo anterior (se houver), remover com cuidado;
12. Observar a ferida cirúrgica, identificando a presença de afastamento, secreção, inflamação, sinais de infecção e pontos inclusos.
13. Irrigar a área com soro fisiológico, fazendo-o através da tampa siliconada do frasco com uma agulha de calibre 40x12;
14. Realizar limpeza da ferida cirúrgica com auxílio de uma pinça cirúrgica utilizando gaze estéril embebida com soro

fisiológico ou calçar luva estéril e com a mão dominante fazer uma trouxa com gaze estéril. Repetir este procedimento quantas vezes for necessário;

15. Secar a ferida com gaze como auxílio da pinça cirúrgica, ou com luva estéril fazendo uma trouxa de gaze estéril seca;
16. Separar uma gaze e deixá-la próxima a ferida cirúrgica, tendo como finalidade colocar os fios retirados;
17. Utilizando a outra pinça cirúrgica, em sua ausência, a luva estéril, prender o nó da primeira sutura, a fim de expor uma pequena porção do fio de sutura que estava abaixo do nível da pele;
18. Cortar o fio com a ponta da tesoura curvada de sutura contra a pele, ou caso não esteja disponível utilizar uma lâmina de bisturi e cortar abaixo do nó cirúrgico, próximo a pele e puxá-lo (o fio deverá ser cortado de um só lado);
19. Retirar o fio como auxílio da pinça;
20. Colocar os fios retirados sobre a gaze;
21. Após a remoção dos pontos da incisão cirúrgica, deve-se realizar uma nova limpeza da ferida de forma delicada com a 2ª pinça utilizada, ou em sua ausência, a luva estéril;
22. Utilizar a trouxa de gaze estéril embebida com soro fisiológico; secar a incisão cirúrgica com gaze seca;
23. Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
24. Realizar higienização das mãos com água, sabão e álcool 70%;
25. Realizar as anotações necessárias e o lançamento do procedimento no prontuário eletrônico.

Observações:

- Na ocasião da retirada de ponto, deve-se avaliar a ferida cirúrgica de forma individualizada, principalmente nos seguintes aspectos: tipo de procedimento cirúrgico (extensão e localização), ferida cirúrgica (ausência de inflamação, secreção e infecção) e condições gerais do paciente;
- Nas situações em que a ferida cirúrgica apresentar sinais de: infecção, hemorragia, deiscência e evisceração entre outros, o enfermeiro deve sempre registrar no prontuário do paciente a respectiva avaliação e informar ao cirurgião para que o mesmo decida como proceder, se inviabiliza ou opta pela retirada de pontos de forma alternada (nos casos da sutura com pontos interrompidos);
- Em geral para uma ferida cirúrgica suficientemente cicatrizada, os fios de sutura são removidos em 7 a 10 dias após a sua inserção, ou conforme a avaliação médica. Porém não é conveniente fixar prazos exatos, uma vez que o processo de cicatrização obedece a fatores individualizados: nutrição, obesidade, oxigenação, diabetes, infecção, uso de corticosteroides, quimioterápicos e irradiação;
- Se durante o procedimento ocorrer a complicação de deiscência da ferida cirúrgica, deve-se parar a remoção dos pontos, proteger a área com curativo compressivo embebido em soro fisiológico, fazer um curativo compressivo e contatar imediatamente o médico;
- Se for necessário realizar o registro fotográfico da ferida ou do paciente, solicitar por escrito a autorização. Na consulta de pós-operatório é de rotina o médico cirurgião realizar o procedimento, nas demais situações cabe a equipe de enfermagem.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-070

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

EXECUTANTE: Enfermeiro

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

Materiais:

- Kit de cateterismo estéril (cuba-rim, bandeja, cúpula redonda, pinça pean, campo fenestrado);
- Gaze estéril;
- Seringa de 20 ml sem luer lock (acrescentar 01 seringa se procedimento em homem);
- Sonda Foley de calibre adequado com idade e indicação (ver última numeração inserida);
- 20 ml de água destilada;
- Xilocaína gel 2% estéril;
- Agulha 40x12mm;
- PVPI e clorexidina aquosa 0,2%;
- Coletor sistema fechado;
- Luva estéril;
- Micropore/Esparadrapo;
- Material para higiene íntima;
- Luva de procedimentos;
- Biombo e foco de luz (se necessário);

Descrição do procedimento:

Pacientes do sexo feminino:

1. Acolher a paciente e/ou acompanhante;
2. Verificar a prescrição do procedimento no prontuário ou solicitar ao paciente;
3. Preparar o cliente, explicando sobre o procedimento;

4. Providenciar o material necessário;
5. Lavar as mãos conforme
6. Realizar higiene íntima;
7. Colocar o binofo de luz (se necessário);
8. Colocar o paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados;
9. Abrir o pacote de cateterismo (atendendo às condições ambientais do cliente);
10. Dispor sobre o pacote (parte estéril) do cateterismo aberto, os materiais estéreis (cateter, coletor, gases, seringa, agulha);
11. Dispor a xilocaína sobre uma gaze;
12. Colocar solução antisséptica na cúpula;
13. Calçar as luvas estéreis
14. Montar a seringa com a agulha, solicitar ajuda de um colega e aspirar a água destilada e posicionar os materiais;
15. Testar o balão do cateter, insuflar com água destilada (volume conforme indicação do fabricante); **16.** Adaptar o cateter ao coletor sistema fechado e fechar as presilhas de drenagem da bolsa coletora; **17.** Dobrar as gazes e colocá-las na cúpula;
16. Montar a pinça com gaze, embebi-la na solução antisséptica, procedendo à antissepsia;
17. Realizar a antissepsia da região do meato uretral para a região pubiana dos pequenos lábios (sentido ântero-posterior, movimento único);
18. Colocar o campo fenestrado;
19. Lubrificar o cateter com a gaze embebida em xilocaína;
20. Separar, com a mão não-dominante, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado, mantendo-os afastados até que o cateterismo termine;
21. Com a mão dominante introduzir o cateter lentamente pela uretra;
22. Constatar a saída da urina até a bolsa coletora e injetar água destilada para insuflar o balão (volume conforme indicação do fabricante);
23. Testar se o cateter está fixo, puxar o cateter delicadamente até apresentar resistência.
24. Retirar o campo;
25. **27.** Realizar a limpeza da solução antisséptica;
26. Fixar com tira de micropore/esparadrapo a extensão do coletor em região interna da coxa do cliente, sem tracionar, posicionar a bolsa coletora adequadamente;
27. Retirar os materiais utilizados, deixando o cliente confortável e o ambiente em ordem;
28. Encaminhar o material para o expurgo;
29. Lavar as mãos conforme
30. Anotar na bolsa coletora o data do procedimento, número da sonda e assinar;
31. Realizar anotação de enfermagem em prontuário eletrônico: hora, número e tipo de cateter, volume e aspecto

da urina drenada, volume da água destilada injetado no balão e intercorrências se houver.

Pacientes do sexo masculino:

1. Acolher o paciente e/ou acompanhante;
2. Verificar a prescrição do procedimento no prontuário ou solicitar ao paciente;
3. Preparar o cliente, explicando sobre o procedimento;
4. Providenciar o material necessário;
5. Preparar o ambiente;
6. Lavar as mãos conforme POP 09;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Realizar higiene íntima;
9. Posicionar o cliente em Decúbito Dorsal Horizontal;
10. Abrir o pacote de cateterismo (atendendo às condições ambientais do cliente);
11. Dispor sobre o pacote (parte estéril) do cateterismo aberto, os materiais estéreis (cateter, coletor, gaze, seringa, agulha);
12. Colocar solução antisséptica na cúpula;
13. Calçar luvas estéreis;
14. retirar o êmbolo da seringa, vedar o bico com o dedo indicador, solicitando que outra pessoa coloque na seringa a lidocaína (10ml) com técnica asséptica, e readaptar o êmbolo ao corpo da seringa;
15. Solicitar também ajuda para aspirar a água destilada;
16. Realizar teste do balão, insuflando-o com a água destilada (volume conforme indicação do fabricante);
17. Adaptar o cateter ao coletor sistema fechado;
18. Montar a pinça com a gaze, embeber na solução antisséptica;
19. Realizar antissepsia da pinça e gaze embebida em antisséptico, na seguinte ordem:
20. Região inguinal distal, região inguinal proximal, monte púbico, bolsa escrotal;
21. Segurar o corpo do pênis com a mão não-dominante e auxílio de uma gaze e realizar antissepsia da base do pênis e glande. Retrair o prepúcio e realizar antissepsia da glande e meato uretral (toda a técnica é realizada em sentido único e a gaze utilizada em cada etapa deve ser desprezada);
22. Posicionar o campo fenestrado, compressa ou gaze estéril;
23. Segurar o pênis perpendicular ao corpo do paciente;
24. Injetar o lubrificante lentamente na uretra com auxílio da seringa, ocluindo por 2 a 3 minutos o meato urinário para não ocorrer retorno da solução;
25. Introduzir o cateter pela uretra com movimentos circulares, com o pênis elevado perpendicularmente e baixar o pênis lentamente para facilitar a passagem até a bifurcação em Y;
26. Constatar o retorno da urina e injetar água destilada para insuflar o balonete (volume conforme indicação do fabricante);
27. Retirar o campo fenestrado;
28. Traçar delicadamente o cateter até obter resistência;

29. Retire o excesso de anestésico e antisséptico da região com gaze;
30. Reposicione o prepúcio, recobrimo a glande;
31. Fixar o cateter na região superior da coxa ou região supra púbica, com o pênis voltado para cima em direção ao tórax, sem tração;
32. Prenda o saco coletor adequadamente;
33. Retire o material descartado no lixo apropriado;
34. Deixe o cliente confortável;
35. Retire as luvas;
36. Lave as mãos conforme POP 09;
37. Anote na bolsa coletora a data do procedimento; número da sonda e assinar;
38. **34.** Realizar anotação de enfermagem em prontuário eletrônico: hora, número e tipo de cateter, volume e aspecto da urina drenada, volume da água destilada injetada no balão e intercorrências se houver.

Observações:

O cateterismo vesical deve ser realizado em privacidade e sem exposição do paciente, para que sinta confortável e respeitado durante o procedimento. Considere-se também que a presença do profissional de nível médio é imprescindível para a segurança do procedimento tanto para o paciente, pois prepara o material e auxilia no posicionamento adequado, quanto para o profissional que executa, por ser um procedimento que exige exposição de partes íntimas, o apoio de um profissional de nível médio pode evitar futuras suspeitas de abuso ou assédio sexual¹.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-071

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

EXECUTANTE: Enfermeiro;

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

Neste procedimento o cateter não permanece muito tempo no paciente, sendo usado para coletar amostra estéril de urina ou para esvaziar a bexiga do paciente em casos de retenção urinária.

Para o cateterismo vesical de alívio utiliza-se o cateter de Nelaton com numeração e calibre variados. Não é utilizado o coletor sistema fechado.

A descrição do procedimento é a mesma do cateterismo vesical de demora (POP 69), e o cateter é retirado após o esvaziamento da bexiga.

Após o procedimento realizar evolução do enfermeiro em prontuário eletrônico: hora, número e tipo de cateter, volume e aspecto da urina drenada, e intercorrências se houver



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-072

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

TROCA DE CISTOSTOMIA

EXECUTANTE: Enfermeiros..

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

Materiais:

- Luva Estéril;
- Cateter vesical compatível com a idade e indicação;
- PVPI ou solução antisséptica;
- Compressas de gaze estéril;
- Xilocaína gel 2% estéril;
- Coletor de urina de sistema fechado;
- Seringa de 20ml;
- Ampolas de água destilada;
- Campo fenestrado;
- Kit de cateterismo estéril (cuba-rim, bandeja, cúpula redonda, pinça pean, campo fenestrado).

Descrição do procedimento:

1. Explicar o procedimento para o paciente/família/cuidador e posicionar o paciente confortavelmente;
2. Higienizar as mãos;
3. Abrir o kit de cateterismo usando a técnica asséptica;
4. Colocar o paciente em posição de decúbito dorsal;
5. Calçar as luvas estéreis;
6. Realizar antissepsia da região com solução antisséptica e gaze estéril com movimentos únicos: horizontalmente, do centro à periferia da ostomia;
7. Realizar o teste do balão, insuflando-o com água destilada (volume conforme indicação do fabricante);
8. Adaptar o cateter ao coletor de sistema fechado e fechar as presilhas de drenagem da bolsa coletora;
9. Lubrificar bem o cateter vesical de demora com anestésico tópico prescrito;
10. Introduzir o cateter pré-conectado ao coletor de drenagem de sistema fechado, utilizando técnica asséptica;
11. Constatar o retorno da urina e injetar água destilada para insuflar o balão (volume conforme indicação do fabricante);
12. Fixar o cateter;
13. Secar a área em torno do paciente confortavelmente;
14. Higienizar as mãos;

15. Realizar anotação de enfermagem em prontuário eletrônico: hora, número e tipo de cateter, volume e aspecto da urina drenada, volume da água destilada injetada no balão e intercorrências se houver



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-073

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

COLETA DE TESTE DO PEZINHO

EXECUTANTE: Enfermeiro; Técnico e auxiliares.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAL:

1. Luvas de procedimento.
2. Álcool 70%.
3. Gazeou algodão.
4. Lanceta com ponta triangular.
5. Cartão específico para coleta.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Recepcionar a família, orientando-a sobre o exame.
2. Preencher os formulários, livros de registro e cartão de coleta, checando todas as informações com a família.
3. Solicitar à mãe que permaneça em pé e segura a criança na posição vertical.
4. Lavar as mãos.
5. Envolver o pé e o tornozelo da criança, com o dedo indicador e o polegar, mantendo-o fletido, deixando exposto apenas o calcanhar.
6. Massagear o calcanhar do bebê suavemente.
7. Fazer antissepsia no local, com algodão e álcool 70%.
8. Secar o excesso de álcool.
9. Puncionar o local, com movimento firme e contínuo (sentido quase perpendicular à superfície da pele).
10. Desprezar a primeira gota, limpando-a com algodão ou gaze seco.
11. Encostar levemente o verso do papel de filtro, na direção do círculo, a partir da segunda gota, fazendo leves movimentos circulares.
12. Repetir o procedimento até preencher os quatro círculos.
13. Ao término da coleta deitar a criança no colo ou na maca, comprimir o local com algodão ou gaze.
14. Desprezar a lanceta no lixo para perfuro-cortante;
15. Colocar a amostra para a secagem por período de 3 a 4 horas.
16. Lavar as mãos.
17. Realizar a notação de enfermagem, assinar e carimbar.
18. Registrar o procedimento;
19. Manter a sala em ordem.

Observações:

- Não realizar coleta em salas frias/ ou com arrefrigerado.
- Não há necessidade de jejum da criança.
- Iniciar a coleta somente após checar se todos os dados foram preenchidos corretamente.
- Manter o calcanhar do RN sempre abaixo do nível do coração para facilitar o fluxo.
- A punção é exclusivamente nas laterais da região plantar, não no calcanhar, para não correr o risco de atingir o osso.

- Durante a coleta, deixar o sangue fluir naturalmente, de maneira homogênea, impregnando os dois lados do papel filtro.
- Caso não obtenha uma mancha adequada de sangue, aguardar a formação de uma nova gota, colocando-a próxima a primeira gota.
- Nunca preencha os espaços vazios com pequenas gotas para completar a área total, pois proporciona sobreposição do sangue e interfere no exame.
- Caso necessário faça uma nova punção para obter uma gota adequada, que deverá ser próxima da primeira, nunca no mesmo local, utilizando a nova lanceta.
- A secagem da amostra deve ser realizada com o cartão na horizontal, nunca a exposto ao sol.
- Após secas, as amostras devem ser acondicionadas em um único envelope, e estes colocados dentro de uma caixa (isopor ou plástico), que devem permanecer na parte inferior da geladeira (no máximo por 3 dias) até que sejam enviadas ao correio

 Município de São Jorge D' oeste	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO: POP-074	DATA DE VALIDAÇÃO:	DATA DE REVISÃO:
COLETA DE TESTE DA MAEZINHA		
EXECUTANTE: Enfermeiro;		
Área: Assistência à Saúde.		
Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem		

MATERIAIS:

1. Luvas de procedimento.
2. Álcool a 70%.
3. Gaze ou algodão.
4. Lanceta com ponta triangular.
5. Cartão específico para a coleta.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Recepcionar a gestante, orientando-a sobre o exame.

2. Preencher os formulários, livros de registros e cartão de coleta, checando todas as informações com a gestante.
3. Lavar as mãos.
4. Envolver o dedo com o indicador e o polegar, mantendo o dedo da gestante fletido, deixando exposta apenas a polpa lateral.
5. Fazer antissepsia no local, com algodão e álcool a 70%.
6. Secar o excesso de álcool.
7. Puncionar o local, com movimento firme.
8. Encostar levemente o verso do papel de filtro, na direção do círculo, fazendo leves movimentos circulares.
9. Repetir o procedimento até preencher os dois círculos.
10. Ao término da coleta comprimir o local com algodão ou gaze.
11. Desprezar a lanceta no lixo para perfurocortante.
12. Colocar a amostra para a secagem por período de 3 a 4 horas.
13. Lavar as mãos.
14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
15. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico.
16. Encaminhar o teste, dentro de envelope selado, com identificação da unidade, para a pessoa responsável na SMS.
17. Manter a sala em ordem.

Observações:

1. A secagem da amostra deve ser realizada com os cartões na horizontal, nunca as expondo ao sol.
2. Encaminhar o para a SMS, para postagem à FEPE pelo correio;



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-075

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

COLETA TESTE RÁPIDO DE HIV, SÍFILIS, HEPATITE B, HEPATITE C

EXECUTANTE: Enfermeiros habilitados para testagem rápida;

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Confirmar ou descartar a suspeita de infecção e realizar o aconselhamento

Materiais:

- Luvas de procedimento;
- Álcool 70%;
- Algodão;
- Cronômetro ou relógio;
- Mesa impermeável para testagem (caso não tenha bancada na sala);
- Kits de testagem para HIV, Sífilis, Hepatite B, Hepatite C;
- Tampões, Pipetas coletadoras, Lancetas;
- Papel toalha;
- EPIs (Avental ou jalecos, Óculos de proteção);
- Termo de consentimento;
- Formulários para emissão de laudo diagnóstico.

Descrição do procedimento:

1. Explicar ao paciente o procedimento;
2. Solicitar a assinatura do termo de consentimento;
3. Higienizar as mãos;
4. Separar os componentes necessários do kit de teste rápido;
5. Verificar a integridade de todos os componentes;
6. Coletar a amostra por punção digital, perfurando a extremidade do dedo com a lanceta;
7. Encostar a alça ou pipeta coletora na gota de sangue a ser testado, permitindo a coleta da gota, conforme orientação prévia para cada kit;
8. Aplicar a gota de sangue no poço 1, mantendo a pipeta ou frasco na posição vertical e conforme orientação prévia para cada kit;
9. Aplicar o tampão no tempo certo, conforme orientação prévia para cada kit;
10. Marcar o cronômetro ou relógio, o tempo necessário para a reação, conforme orientação prévia para cada kit;
11. Observar o aparecimento de uma linha Controle (C), indicando que o suporte de teste está funcionando;
12. Caso a linha controle não seja visualizada, invalidar o teste e repetir o procedimento desde o início usando um novo suporte de teste;
13. O aparecimento de uma linha teste (T), indicando um resultado **REAGENTE**;
14. A ausência da linha teste (T) indica um resultado **NÃO REAGENTE**;
15. A intensidade da linha na área de teste (T) varia de clara a muito escura conforme a concentração de anticorpos específicos;
16. Após a leitura do teste, anotar o resultado nos formulários específicos e registro em prontuário eletrônico;
17. Descartar todo o material utilizado nos lixos adequados;
18. Orientar o paciente sobre o resultado e realizar o aconselhamento;
19. De acordo com o resultado seguir o protocolo do fluxo indicado, sendo necessário fazer os encaminhamentos para o serviço especializado, solicitar exames complementares e agendar retorno com o resultado dos exames.

Observações:

- O teste e a solução tampão devem ser armazenados em temperatura ambiente entre 5°C e 30°C. Ultrapassando 30°C, deve-se armazenar em geladeira entre 2 a 8°C;
- Nenhum componente do kit pode ser congelado nem utilizado após a data de validade;
- Não misturar a solução tampão de kits diferentes, mesmo que de mesma marca e lote;
- Trate todas as amostras como material potencialmente infectante, portanto, as normas universais de biossegurança devem ser adotadas, incluindo o uso de equipamentos de proteção individual (jaleco, óculos e luvas).

O teste rápido deve ser realizado somente por profissionais capacitados em treinamento específico para a realização do teste rápido.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-076

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

COLETA DE CITOPATOLÓGICO (PAPANICOLAU)

EXECUTANTE: Enfermeiro, Médico;

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem;

MATERIAL

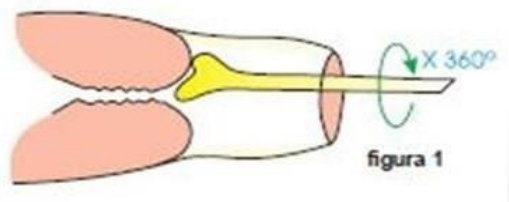
- Camisola/Avental
- Lençol 4.3 Escova endocervical
- Espátula de Ayre
- Espéculo descartável P, M ou G
- Lâmina de vidro com uma extremidade fosca para identificação e bordas lapidadas
- Lápis preto nº 2 para identificação da lâmina
- Luvas de procedimento
- Papel lençol
- Caixa para acondicionar as lâminas
- Fixador (álcool 95%)
- Pinça Cheron, se necessário
- Gaze, se necessário
- Solução fisiológica 0,9%, se necessário;

PROCEDIMENTO

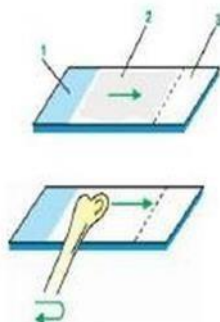
1. Acolher a usuária e realizar a adequada anamnese;
2. Ao fazer a identificação, checar nome, data de nascimento, endereço. Observar que o nome que consta no prontuário eletrônico deve ser idêntico ao nome do Cartão Nacional de Saúde (CNS/Receita Federal). Atualizar os dados, se necessário; Orientar a mulher quanto ao procedimento;
3. Mostrar os materiais que serão utilizados;
4. Verifica se a lâmina está limpa. Se necessário, limpá-la com gaze seca antes de realizar a identificação;
5. Identificar a lâmina na extremidade fosca com iniciais do nome (letra maiúscula de forma separada por ponto), com lápis preto nº 2, CNES da unidade na borda superior, iniciais do nome completo e o número do prontuário na borda inferior.

CNES
Iniciais
Nome
Nº da
Lamina.

6. Entregar camisola/avental a usuária e encaminhá-la ao banheiro/local reservado, solicitando-a que retire toda a roupa, vista o avental com a abertura para frente e esvazie a bexiga;
7. Higienizar as mãos, conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
8. Colocar papel lençol sobre a mesa ginecológica;
9. Solicitar que a usuária se sente na mesa ginecológica;
10. Realizar exame clínico das mamas conforme procedimento operacional;
11. Solicitar que a usuária se deite sobre a mesa ginecológica (posição adequada) para a coleta do exame citopatológico, cobrindo-a com lençol;
12. Realizar o exame da vulva e períneo, inspecionando para identificar possíveis alterações, verificar a presença de lesões, verrugas ou feridas e orientar sobre a prevenção de ISTs;
13. Selecionar o espéculo de tamanho adequado;
14. Abrir a embalagem do espéculo e separar demais materiais, dispondo-os na mesa auxiliar;
15. Ligar o foco da luz, posicionando-o de modo adequado;
16. Calçar as luvas de procedimento;
17. Introduzir o espéculo, na posição vertical, ligeiramente inclinado (15°). Caso necessário, proceda à lubrificação do canal vaginal com SF 0, 9%, introduzido no interior do espéculo. Faça uma rotação de 90° mantendo o espéculo em posição transversa de modo que a fenda do espéculo fique na posição horizontal, com regulador de abertura para baixo;
18. Abra o espéculo lentamente e com delicadeza;
19. Caso a visualização do colo não seja possível, solicitar que a usuária tussa ou faça pequena força com o períneo;
20. Inspeccionar as paredes vaginais e colo. Verificar se o colo uterino é normal, ausente ou não visualizado, se está alterado (ectopia, pólio endocervical e prolapso) e se há leucorreia (aspecto da secreção, volume e cheiro) para posteriormente registrar na Requisição de Exame Citopatológico;
21. Se ao visualizar o colo uterino houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente, preferencialmente com a extremidade da espátula Ayres envolta em gaze ou com uma gaze montada em uma pinça Cheron, sem esfregar, para não perder a qualidade da amostra;
22. Caso apresente sangramento, realizar a compressão com gaze por alguns instantes, proceder a limpeza e prosseguir com a coleta. Caso não seja possível conter o sangramento, o exame deverá ser reagendado;
23. Encaixar a ponta mais longa da espátula de Ayre no orifício do colo, apoiando-a com firmeza, e com movimento rotativo único de 360° ao redor de todo o orifício; Mesmo procedimento para mulheres com DIU;



24. Estender o material ectocervical, dispondo-o no sentido horizontal, ocupando 2/3 iniciais da parte transparente da lâmina, utilizando as duas laterais da espátula. A amostra deve ser depositada em sentido único e não sobrepor as amostras.



25. Introduzir delicadamente a escova endocervical até cobertura das cerdas, no canal cervical realizando movimento circular em 360°;



26. Estender o material ocupando o 1/3 restante da lâmina, rolando a escova decima para baixo, em sentido único, contrário ao sentido utilizado para coleta do material endocervical.
27. Fixar o esfregaço imediatamente após a coleta com álcool 95%;
28. Colocar cuidadosamente a lâmina no recipiente de acondicionamento;
29. Fechar, retirar o espécime e desprezar no lixo apropriado;
30. Realizar o exame da vulva e períneo, inspecionando para identificar possíveis alterações, verificar a presença de lesões, verrugas ou feridas e orientar sobre a prevenção de ISTs;
31. Retirar as luvas;
32. Higienizar as mãos conforme procedimento padrão de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos; Desligar o foco de luz;
33. Auxiliar a usuária a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;
34. Orientar a usuária a agendar o retorno conforme a rotina da Unidade de Saúde;
35. Realizar a solicitação de exame no SISCAN. Preencher corretamente os dados nos formulários para requisição de exame, pois dados incompletos ou ausentes podem comprometer a análise do material e rejeição da lâmina pelo prestador;
36. Registrar o procedimento conforme processo de enfermagem e médico no sistema. Inserir em lançamentos de procedimento.

OBSERVAÇÃO

Recomendação para as 48 horas que antecedem a coleta:

- Não utilizar medicações intravaginais;
- Não utilizar duchas vaginais;
- Não manter relações sexuais, nem mesmo com uso de preservativo;
- Não ter realizado exame como: USG TV, toque vaginal;
- Não estar menstruada;
- Aguardar o 5º dia após o término da menstruação para a realização da coleta;
- **Realizar a coleta anualmente;**



**Município de
São Jorge D'Oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-077

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

COLETA DE SWAB NASOFARÍNGEO PARA TESTE RT-PCR

EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico auxiliar de enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem;

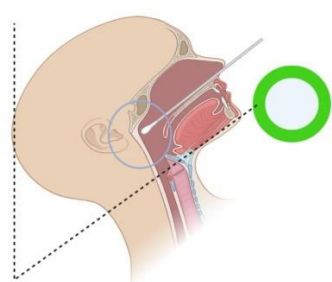
Material necessário para coleta de swab nasofaríngeo:

1. EPIs: avental, gorro, óculos, luvas e máscara tipo respirador para partícula N95 ou PFF2;
2. Um swab de rayon ou nylon;
3. Meio de transporte viral – MTV.

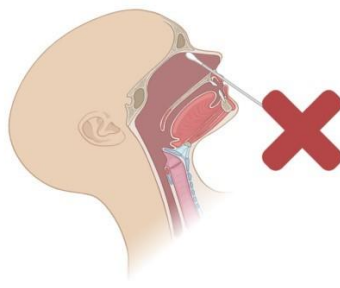
Importante:

- A técnica de coleta de amostras por meio de swab nasofaríngeo deve ser realizada exclusivamente com swab de rayon ou nylon;
- O swab deve ser estéril e com alças de plásticos, não devendo ser usado com hastes de madeira e alginato de cálcio;
- Não deve ser utilizado swab de algodão, pois mesmo interferem nas metodologias moleculares utilizadas.

Coleta de swab de nasofaringe



Direção correta para coleta de nasofaringe



Coleta inadequada

Fonte: Manual de Coleta e envio de amostras biológicas ao LACEN/PR - Revisão 10 (2020).

Passos para coleta de material de swabs de nasofaringe:

1. Explicar o procedimento ao paciente;
2. Solicitar que o paciente abaixe a máscara;
3. Examinar a fossa nasal do paciente como intuito de verificar a presença de secreções e a posição do corneto inferior e médio. A inspeção é feita solicitando que o paciente incline a cabeça para trás em um ângulo de aproximadamente 45 graus e com o auxílio do polegar deve-se deslocar a ponta do nariz para cima. Pedir para o paciente assoar (limpar) o nariz caso haja secreções;

Importante: objetivando o swab é coletar um esfregaço de células e não secreções nasais.

4. Ainda com a cabeça do paciente inclinada (45 graus) introduzir o swab na cavidade nasal do paciente (cerca de 5 cm),

paralelo ao assoalho nasal, até encontrar resistência na parede posterior da nasofaringe. Manter o swab em contato com a nasofaringe por 10 segundos, realizando movimentos rotatórios lentos, 5 para um lado e 5 para o outro lado;

5. Utilizando o mesmo swab, realizar o mesmo procedimento para a orofaringe;

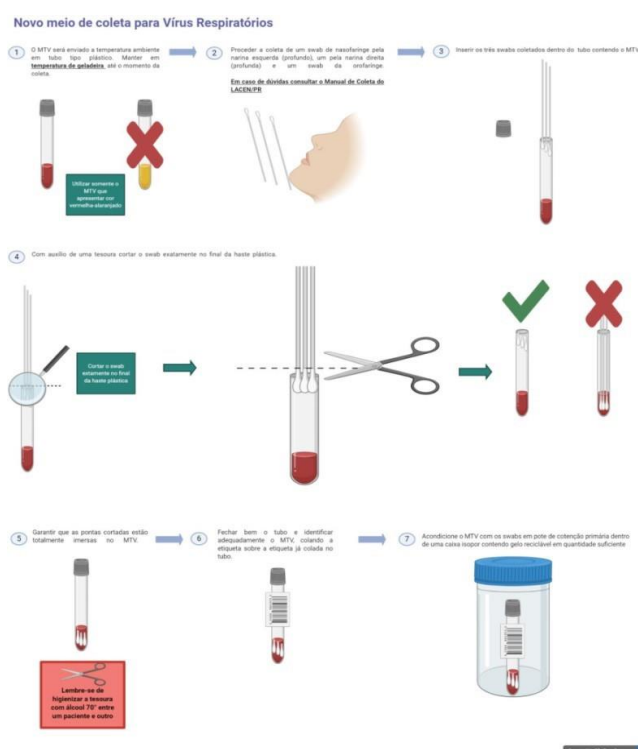
6. Solicitar para que o paciente recoloca a máscara;

7. Mergulhar o swab em frasco com MTV e efetuar o corte do excesso da haste o mais próximo possível da ponta de rayon ou nylon;

8. Tampar o frasco contendo o swab e identificar com a etiqueta do GAL com código de barras de maneira que seja possível visualizar o swab dentro do tubo;

9. Realizar a desinfecção da superfície com álcool 70%, após a finalização do corte do swab;

10. Descartar o material utilizado corretamente como resíduo do GRUPO A1



Fonte: Manual de Coleta e envio de amostras biológicas ao LACEN/PR - Revisão 10 (2020).

Importante:

- Os tubos ou os coletores plásticos descartáveis, também chamados “bronquinhos”, contendo as amostras devem ser protegidos de vazamentos: acondicionar em recipientes plásticos com tampa de rosca. Colocar na posição vertical em recipientes que garantam esta posição até a chegada ao LACEN/PR;
- O material genético viral é extremamente lábil e, portanto, facilmente degradado pelo manuseio inadequado ou pela demora em seu processamento.
- Observação:** De acordo com o Parecer da Câmara Técnica 018/2020/CTAS/COFEN o enfermeiro, em relação à COVID-19, tem competência técnica e legal para a solicitação de exames, coleta de materiais biológicos para a realização de testes, interpretação dos resultados, emissão de laudo, encaminhamentos, agendamentos e outros que necessitem de sua supervisão ou orientação, tais como capacitação e treinamento da equipe de enfermagem para desenvolvimento das atividades pertinentes citadas.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-078

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

COLETA DE SWAB NASOFARÍNGEO PARA TESTE ANTÍGENO (TESTE RÁPIDO)

EXECUTANTE: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

A execução do teste pode ser realizada por profissional de nível superior e/ou de nível médio, conforme protocolo/fluxo institucional vigente e sob supervisão. A emissão do laudo com os resultados do teste devem ser emitidos por profissional de nível superior

Área: Unidade de Saúde

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem;

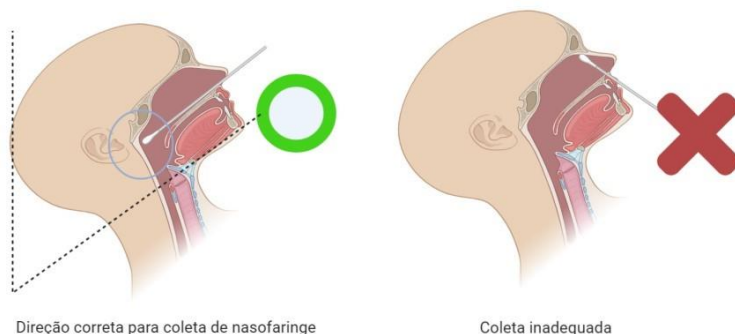
Material necessário para a coleta de swab nasofaríngeo:

1. EPIs: avental, gorro, óculos, luvas e máscara tipo respirador para partícula N95 ou PFF2.
2. Um swab de rayon ou nylon;
3. Kit de teste para Covid19.

Importante:

4. A técnica de coleta de amostras por meio de swab nasofaríngeo deve ser realizada exclusivamente com swab de rayon ou nylon;
5. O swab deve ser estéril e com alças de plásticos, não devendo ser usado com hastes de madeira e alginato de cálcio;
6. Não deve ser utilizado swab de algodão, pois isso mesmo interfere nas metodologias moleculares utilizadas.

Coleta de swab de nasofaringe



Fonte: Manual de Coleta e envio de amostras biológicas ao LACEN/PR - Revisão 10 (2020).

Passos para coleta de material de swabs de nasofaringe:

1. Explicar o procedimento ao paciente;
2. Solicitar para que o paciente abaixe a máscara;
3. Examinar a fossa nasal do paciente como intuito de verificar a presença de secreções e posição do corneto inferior e médio. A inspeção é feita solicitando que o paciente incline a cabeça para trás em um ângulo de aproximadamente 45 graus e com o auxílio do polegar deve-se deslocar a ponta do nariz para cima. Pedir para o paciente assoar (limpar) o nariz caso haja secreção

Importante: o objetivo do swab é coletar umesfregaço de células e não secreções nasais.

4. Ainda com a cabeça do paciente inclinada (45 graus) introduzir o swab na cavidade nasal do paciente (cerca de 5 cm), paralelo ao assoalho nasal, até encontrar resistência na parede posterior da nasofaringe. Manter o swab em contato com a nasofaringe por 10 segundos, realizando movimentos rotatórios lentos, 5 para um lado e 5 para o outro lado;
5. Solicite que o paciente recolocue a máscara;
6. Prossiga com o processamento do teste de acordo com as orientações do fabricante;
7. Observe o aparecimento de uma linha Controle (C), indicando que o suporte do teste está funcionando;
8. Caso a linha Controle não seja visualizada, invalide o teste e repita o procedimento desde o início usando um novo suporte de teste;
9. O aparecimento de uma linha Teste (T), indicando um resultado REAGENTE;
10. A ausência da linha teste indica um resultado NÃO REAGENTE
11. A intensidade da linha na área de TESTE (T) varia de clara a muito escura conforme a concentração de anticorpos específicos
12. Após a leitura do teste, anote o resultado nos formulários específicos e registre no prontuário eletrônico
13. Descarte todo o material utilizado corretamente como resíduos do GRUPO A1;

Importante: Para todo teste utilizado deve ser registrada a notificação do caso suspeito (independente do resultado positivo ou negativo).

Observação: De acordo com o Parecer da Câmara Técnica 018/2020/CTAS/COFEN o enfermeiro, em relação à COVID-19, tem competência técnica e legal para a solicitação de exames, coleta de materiais biológicos para a realização de testes, interpretação dos resultados, emissão de laudo, encaminhamentos, agendamentos e outros que necessitem de sua supervisão ou orientação, tais como capacitação e treinamento da equipe de enfermagem para desenvolvimento das atividades pertinentes citadas acima.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-079

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

REALIZAÇÃO DE EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA (ECG)

EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico auxiliar de enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem;

Materiais:

- Aparelho de eletrocardiograma;
- Eletrodos;
- Álcool 70%;
- Tesoura, se necessário;
- Gel lubrificante, se necessário.

Descrição do procedimento:

7. Verificar funcionamento do equipamento;
8. Orientar paciente sobre o exame;
9. Solicitar que retire vestimenta ficando desnudo o tórax;
10. Higienizar as mãos;
11. Posicionar paciente em decúbito dorsal em maca;
12. Posicionar eletrodos no tórax, conforme descrito no equipamento;
13. Realizar corte dos pelos com a tesoura em locais de colocação de eletrodos, caso estes não se fixem na pele;
14. Utilizar gel lubrificante se necessário em pouca quantidade;
15. Solicitar ao paciente que não se movimente e não fale durante o exame;
16. Retirar eletrodos ao término do exame;
17. Auxiliar o paciente a levantar da maca e se vestir, se necessário;
18. Higienizar as mãos;
19. Orientar sobre o resultado do exame;
20. Registrar procedimento em prontuário eletrônico;
21. Manter a sala em ordem.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-080

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

TÉCNICA DE SONDAGEM NASOGÁSTRICA

EXECUTANTE: Enfermeiro.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem;

MATERIAIS:

- Cateter nasogástrico de tamanho adequado;
- Papel toalha;
- Cuba-rim;
- Esparadrapo, micropore ou cadaço;
- Estetoscópio;
- Luva de procedimento;
- Seringa de 20ml;
- Copo com água;
- Gaze não estéril;
- Gel lubrificante hidrossolúvel ou anestésico tópico (lidocaína gel a 2%).
- Tesoura;
- Lixo;
- Coletor de sistema aberto (caso a finalidade do procedimento seja a drenagem);
- Cotonetes.

Descrição do procedimento:

1. Verificar a prescrição;
2. Higienizar as mãos;
3. Reunir o material necessário;
4. Comunicar e explicar sobre o procedimento ao paciente;
5. Elevar a cabeceira da cama (posição Fowler – 45°); se for contraindicado, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;
6. Cobrir o tórax com papel toalha;
7. Higienizar as mãos;
8. Cortar o esparadrapo para fixação e usar uma tira para marcar o cateter;
9. Medir o cateter da ponta do nariz até o lóbulo da orelha, descer até o processo xifóide e fazer uma marca com uma tira de esparadrapo;

10. Colocar as luvas de procedimento;
11. Limpar as narinas com cotonete ou gaze se necessário;
12. Lubrificar a ponta da sonda;
13. Introduzir o cateter lentamente através da narina, até o marcado para o drapeado, solicitando que o paciente ajude deglutindo e respirando profundamente, enquanto o cateter é introduzido;
14. Aspirar 20 ml de ar na seringa, injetar no cateter e auscultar na região epigástrica para verificar presença de ar;
15. Fixar o cateter sem comprimir a narina, manter o cateter fechado ou aberto, conforme prescrição médica, para cateter aberto conectar o coletor de sistema aberto e mantê-lo fixo abaixo do nível do estômago para facilitar a drenagem;
16. Posicionar o paciente confortavelmente;
17. Reunir todo o material, deixando o ambiente em ordem;
18. Higienizar as mãos;
19. Registrar no prontuário do paciente o procedimento.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-081

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

TÉCNICA DE SONDAGEM NASOENTERAL

EXECUTANTE: Enfermeiro.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem;

Materiais necessários:

- Sonda enteral de Poliuretano ou de silicone de calibre apropriado;
- Seringa 20ml, bico slip;
- Gaze;
- Fita adesiva hipoalergênica ou dispositivo de fixação específico;
- Lanterna de bolso;
- Abaixador de língua;
- Tesoura;
- Estetoscópio;
- Luvas de procedimento;
- Gel lubrificante hidrossolúvel ou anestésico tópico (lidocaína gel a 2%).

Descrição do procedimento:

1. Verificar a prescrição médica e confirmar a indicação da SNE;
2. Higienizar as mãos;
3. Reunir o material e levar ao local do procedimento;
4. Explicar o procedimento e a finalidade da SNE ao paciente/familiar/responsável, assim como a importância da colaboração;
5. Manter a privacidade do paciente (caso o procedimento seja realizado no serviço de saúde);
6. Calçar as luvas de procedimento;
7. Inspeccionar as narinas quanto à presença de obstrução e/ou desvio de septo;
8. Posicionar o paciente com a cabeça elevada a 45°;
9. Medir a extensão da sonda seguindo a medida da ponta do nariz até o lóbulo da orelha e desta até a ponta do processo xifóide;
10. Somar 10 a 20 cm após o apêndice xifóide e marcar o local com a fita hipoalergênica;
11. Lubrificar a ponta da sonda (de 5 cm a 10 cm);
12. Calçar o par de luvas de procedimento;
13. Depois de selecionar a narina apropriada e caso não seja contra-indicado, pedir ao paciente que flexione a cabeça para trás, apoiando-a no travesseiro;
14. Com delicadeza, inserir a sonda na narina, ao mesmo tempo que a direciona para cima e para trás, acompanhando o

assoalho nasal;

15. Alcançada a faringe, pedir para o paciente encostar o queixo no peito, caso não tenha contraindicação;
16. Quando possível, solicitar que o paciente deglute enquanto a sonda é introduzida;
17. Parar a progressão da sonda quando o paciente respirar e avançar a sonda até a marca realizada com a fita hipoalergênica;
18. Caso o paciente apresente ânsia de vômito e tosse durante o procedimento, parar de empurrar a sonda e conferir a sua colocação com o abaixador de língua e a lanterna. Caso a sonda esteja dobrada ou enrolada na boca, endireitá-la e tentar empurrá-la novamente. Não forçar a inserção da sonda;
19. Interromper o procedimento, caso o paciente apresente sinais de angústia respiratória (como falta de ar, tosse, cianose e incapacidade de falar). Neste caso, retirar a sonda imediatamente e reintroduzi-la posteriormente;
20. Após introduzir a sonda até a marca, retirar o fio guia e verificar o posicionamento da extremidade distal da sonda;
21. Com a lanterna e o abaixador de língua, verificar a presença da sonda na orofaringe;
22. Com a seringa, injetar de 10 a 20 ml de ar através da sonda e auscultar, como estetoscópio, a região epigástrica;
23. Aspirar a sonda com a seringa e avaliar o retorno do resíduo gástrico, analisando o aspecto visual do aspirado;
24. Ajustar a sonda na posição correta e fixá-la com a fita hipoalergênica sobre o nariz do paciente;
25. Recolher o material;
26. Recompôr o ambiente;
27. Retirar as luvas e desprezá-las em local apropriado;
28. Colocar o paciente em posição confortável;
29. Higienizar as mãos;
30. Realizar o registro do atendimento no prontuário eletrônico.

Contraindicações: Paciente com suspeita de trauma de face e crânio



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-082

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA

EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico auxiliar de enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem;

Materiais:

- Luvas de procedimento;
- Bolsa indicada ao paciente;
- Placa;
- Compressas de gaze ou papel higiênico.

Descrição do procedimento:

1. Receber o paciente com atenção;
2. Manter o paciente relaxado em posição confortável, mantendo privacidade;
3. Higienizar as mãos;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Remover a bolsa, tracionando levemente a pele para baixo, enquanto levanta a placa;
6. Descartar a bolsa suja e a placa em saco plástico, guardar o clamp para reutilização;
7. Limpar a pele, utilizando papel higiênico ou compressa de gaze, para remover as fezes;
8. Higienizar e secar a pele por completo, depois de limpar. É normal que o estoma sangre discretamente durante a limpeza e secagem;
9. Aplicar a placa, utilizando guia de medição ou padrão para determinar o tamanho do estoma;
10. Marcar o tamanho correto sobre a parte posterior da placa e cortar conforme o tamanho do estoma (é aceitável cortar cerca de 0,5 cm maior que o tamanho do estoma);
11. Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal;
12. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa de acordo com as orientações do fabricante;
13. Aplicar o fechamento na parte posterior da bolsa como o clamp;
14. Retire as luvas;
15. Lave as mãos;
16. Registrar o procedimento;
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

Observação:

- Abolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes;
- Orientar o paciente para eliminar o gás através da abertura do clamp.
- A troca da placa + bolsa de ostomia é de acordo com o descolamento e integridade do sistema, se estiver extravazando conteúdo é momento de trocar.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-083

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

LAVAGEM DE OUVIDO

EXECUTANTE: Médico

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos médicos;

Materiais:

- Campo;
- Toalha limpa ou compressa;
- Otoscópio com tococone (calibre médio);
- Seringa de 20 ml ou maior;
- Cubo redondo;
- Cubo rim;
- Luvas de procedimento;
- Tesoura;
- Scalp (butterfly) calibroso (pelo menos calibre 19);
- Frasco de soro fisiológico.

Descrição do procedimento:

1. Separar o material;
2. Aquecer o soro fisiológico;
3. Auxiliar o médico conforme solicitação



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-084

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS

EXECUTANTE: Enfermeiro, técnico auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem;

Materiais:

- Aspirador que pode ser fixado na saída de vácuo ou portátil;
- Frasco coletor e extensão de borracha;
- Sonda de aspiração com ou sem dispositivo para controlar a sucção;
- Frasco com água destilada;
- Luva estéril;
- Forro impermeável ou umatoalha;
- EPIs (Máscara, óculos protetores, luva, avental de manga longa);
- Kit de nebulização se necessário, conforme prescrição médica;
- Gaze;
- Ambú;
- Seringa de 3 ou 5 ml com água destilada;
- Cotonetes (se necessário).

Descrição do procedimento:

1. Propiciar tranquilidade e promover a cooperação do cliente;
2. Informar o cliente sobre o procedimento;
3. Reunir o material necessário em uma bandeja;
4. Lavar as mãos conforme POP 09;
5. Posicionar o cliente em posição semi-fowler;
6. Colocar a toalha ou forro sobre o tórax do cliente;
7. Testar e ajustar o aspirador para a pressão apropriada;
 - 80 a 120 mmHg, para adultos;
 - 80 a 110 mmHg para crianças;
 - 0 a 95 mmHg para lactantes;
8. Colocar EPIs (máscara, óculos protetores e avental);
9. Abrir a embalagem do cateter de aspiração sem contaminar, conectá-lo na extensão de borracha;
10. Abrir o frasco de água destilada;

11. Manter todo o cateter na embalagem estéril;
12. Calçar primeiro alívio de procedimento na mão não dominante e depois alívio estéril na mão dominante;
14. Umedecer o cateter com água destilada mergulhando no frasco e verificar o funcionamento da pressão. Calcular a distância do lóbulo da orelha até a narina, inserir delicadamente o cateter com a sucção desligada, deslizar o cateter sem forçar através da base de uma narina, em direção à traquéia, aspirar a nasofaringe. Ou inserir o cateter pelo lado da boca, em direção à traquéia para aspirar com o polegar e, com suavidade, girar o cateter à medida que está sendo retirado. Não permitir que a aspiração continue por mais de 10 a 15 segundos de cada vez, se possível, coincidir o momento da pressão negativa com o tempo expiratório do cliente;
15. Irrigar o cateter com a água destilada e repetir o procedimento com o intervalo de no mínimo 20 a 30 segundos se uma aspiração adicional for necessária e de acordo com a tolerância do cliente;
16. As narinas devem ser alternadas quando uma aspiração repetida for requerida;
17. Desligar o aspirador e desconectar o cateter da extensão;
18. Retirar as luvas envolvendo o cateter em seu interior e desprezá-las;
19. Proteger a extremidade da extensão;
20. Quando o procedimento estiver concluído, acomodar o cliente, remover todo material e guardar em local definido pela unidade;
21. Registrar o horário, procedimento realizado, quantidade e aspecto da secreção, tolerância do cliente e as possíveis intercorrências em prontuário médico



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-085

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA

EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem e Enfermeiros

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem;

Materiais:

- Aspirador que pode ser fixado na saída de vácuo ou portátil;
- Frasco coletor e extensão de borracha;
- Cateter de aspiração com ou sem dispositivo para controlar a sucção;
- Frasco com água destilada;
- Luva estéril;
- Forro impermeável ou manta;
- EPIs (Máscara, óculos protetores, luva, avental de manga longa);
- Kit de nebulização se necessário, conforme prescrição médica;
- Gaze estéril
- Cadarço ou tira de velcro
- Ambú;
- Seringa de 3 ou 5 ml com água destilada;
- Cotonetes (se necessário).

Descrição do procedimento:

Seguir a metodologia da aspiração de vias aéreas superiores, atentando às observações a seguir:

1. Introduzir o cateter na traqueostomia cerca de 15 cm e a seguir, retirá-lo com movimento rotatório, pressionando a extensão de modo intermitente para que não exerça pressão negativa contínua. Observar aspecto das secreções;
2. Quando as secreções estiverem espessas, pode-se instilar 2 a 3 ml de água destilada na traquéia, tendo o cuidado de aspirar imediatamente depois. Esse procedimento ajuda a fluidificar as secreções, estimula o reflexo da tosse e facilita a remoção de secreções;
3. Não se deve fazer aspirações desnecessárias, pois isso pode desencadear bronco espasmos e causar traumatismo mecânico à mucosa traqueal;
4. Após a aspiração pela traqueostomia, pode-se introduzir o mesmo cateter nas narinas ou na boca para aspiração de secreções orofaríngeas. Nunca proceder ao contrário;
5. Usar luvas de procedimento para manipular o frasco de aspirador e desprezar as secreções. Higienizar e desinfetar o frasco;
6. Trocar o curativo no mínimo uma vez ao dia, e sempre que se apresentar com secreções. Utilizar gaze dobrada, sem

cortá-la, evitando que fios soltos penetrem na abertura;

7. Trocar o cadarço ao fazer o curativo sempre que necessário.

8. Registrar o horário, o procedimento, a quantidade e o aspecto da secreção, e as possíveis intercorrências em prontuário



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-086

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO TERAPIA POR CATETER NASAL

EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem, auxiliares e Enfermeiros

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem;

Materiais:

- Cateter nasal (nº 6 a 8);
- Umidificador de oxigênio;
- Extensão de borracha estéril;
- Fluxômetro de oxigênio;
- Torpedão de O₂;
- Espáradrapo;
- Água destilada;
- Soro fisiológico;
- Luvas de procedimento;
- Identificação para o frasco de umidificador;
- Gaze;
- Cotonetes, se necessário.

Descrição do procedimento:

1. Checar a prescrição médica;
2. Higienizar as mãos;
3. Colocar água destilada no frasco do umidificador até o nível indicado;
4. Orientar o paciente sobre o procedimento;
5. Elevar a cabeceira da maca;
6. Conectar o umidificador ao torpedão de oxigênio através do fluxômetro;
7. Conectar a extensão de borracha ao umidificador, mantendo a outra extremidade protegida;
8. Calçar luvas;
9. Limpar as narinas do paciente com gaze umedecida em soro fisiológico ou cotonetes;
10. Medir externamente a distância entre a ponta do nariz e o lóbulo da orelha e marcar a medida com espáradrapo;
11. Introduzir o cateter suavemente e com firmeza em uma das narinas até o ponto marcado no espáradrapo;
12. Fixar o cateter no nariz com espáradrapo;
13. Abrir o fluxômetro na quantidade de oxigênio de acordo com a prescrição médica;
14. Conectar o cateter nasal à extensão de borracha;

15. Recolher o material e deixar o paciente confortável;
16. Higienizar as mãos;
17. Registrar o procedimento no prontuário do paciente.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-087

DATA DE VALIDAÇÃO:
20/02/2025

DATA DE REVISÃO:

PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO (NORIPURUM) EV

EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem, auxiliares e Enfermeiros

Área: Assistência à Saúde.

Objetivo: Preparar e administrar o medicamento com a técnica correta, a fim de garantir a segurança do paciente e eficácia medicamentosa.

Materiais:

- Bandeja limpa e desinfetada;
- Ampola do medicamento Sacarato de Hidróxido Férreo (Noripurum) EV, 100mg/5ml;
- Equipo simples e/ou com injetor lateral (se necessário) e/ou com bureta (se necessário) e/ou Extensor (em caso de dispositivo flexível);
- Dispositivo intravenoso compatível com o acesso venoso, podendo ser cateter agulhado (scalp) ou cateter flexível (jelco/abocath);
- Esparadrapo ou rótulo para identificação;
- 01 suporte de soro;
- 01 seringa de 5, 10 ou 20 ml;
- 01 frasco de SF 0,9% conforme prescrição médica;
- Agulha de maior calibre para aspiração, preferencialmente 40x12;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Garrote;
- Luvas de procedimentos;
- Esparadrapo ou micropore;
- Recipiente para descarte de resíduos perfuro-cortante;

Descrição do procedimento:

1. Verificar a prescrição do medicamento, a dose a ser usada é calculada individualmente e prescrita pelo médico;
2. Inicialmente certifique-se de que o usuário não tenha alergia ao medicamento prescrito, se já fez uso dessa medicação anteriormente ou se é a primeira vez que utilizará;
3. Reunir os materiais necessários para o procedimento na bandeja;
4. Lavar as mãos conforme técnica de higienização das mãos;
5. Separar o medicamento conferindo os 11 certos;
- 6.
7. Observar o medicamento. Em caso de validade expirada ou ampola com alterações físicas perceptíveis (sedimento), devolver o medicamento ao usuário e não realizar o procedimento, realizando as orientações ao paciente e registro das

observações em prontuário;

8. Realizar a primeira verificação da pressão arterial;
9. Calçar as luvas procedimento;
10. Fazer assepsia nas ampolas com algodão embebido em álcool 70%;
11. Realizar primeira inspeção aos vasos sanguíneos de melhor acesso venoso;
12. Conectar equipo ao SF 0,9% e preencher equipo com SF 0,9% retirando todo ar (Não é necessário equipo fotossensível, contudo evitar acomodar o paciente em ambiente com incidência de luz solar direta);
13. Aspirar o conteúdo da ampola de Noripurum com agulha de maior calibre e diluir a medicação conforme quadro abaixo:

Concentração	100mg	200mg	300mg	400mg	500mg
Diluição em SF 0,9%	100ml	200ml	300ml	400ml	500ml
Tempo de infusão	2h	2h	2h	3h30min	3h30min

14. Sacarato de Hidróxido Férrico (Noripurum) EV é administrado exclusivamente em solução de SF 0,9%;
15. A administração do medicamento deve ser realizada imediatamente após a diluição;
16. Acomodar o paciente deitado ou sentado;
17. Inspeccionar vasos sanguíneos de melhor acesso venoso;
18. Garrotear;
19. Realizar anti-sepsia com algodão e álcool 70% no local de acesso, no sentido distal-proximal em uma única vez;
20. Puncionar acesso venoso com bisel voltado para cima em ângulo de 45°;
21. Soltar o garrote;
22. Confirmar punção e permeabilidade;
23. Infundir medicação em no mínimo 2 horas, sendo lentamente nos primeiros 20 minutos. O tempo mínimo deverá ser rigorosamente respeitado.
24. Para dose a partir de 400mg infundir em 3 horas e meia;
25. Monitorar a Pressão Arterial antes, durante e ao término da administração do medicamento;

Orientações Gerais:

- Respeitar o limite da dose máxima por aplicação, que é de 200 mg e da dose máxima semanal de 500 mg)
- Respeitar o intervalo entre as aplicações, que é de pelo menos 24 horas;
- A medicação deve ser administrada na sua unidade de origem, excessões em fins de semana que poderá ser administrada junto ao pronto atendimento do Município.
- Só sera administrado nas residencias se o paciente estiver acamado devido a fraturas ou algo mais grave que impossibilite o mesmo de vir ate a unidade basica de saude.
- NUNCA administrar Noripurum endovenoso por via intramuscular;
- Após a infusão, orientar compressa com gelo no local da punção, a fim de evitar manchas na pele;

Indicações:

- Perda sanguínea excessiva (Trato GastroIntestinal, hemodiálise Crônica), má; absorção intestinal de Ferro oral(Ressecções, bypass, doença celíaca, gastropastia), falha de terapia oral (efeitos indesejáveis e baixa aderência), anemia ferropriva;

Efeitos Adversos:

- Hipotensão, cefaléia, náusea, febre, flebite, deturbação passageira do paladar, sensação de calor, urticária, reação anafilática, extravasamento (fora do vaso sanguíneo) no local da injeção pode causar dor, inflamação, necrose do tecido e manchas na pele;

Contra indicação:

- Gestantes no primeiro trimestre, alérgicos a medicamentos à base de ferro (conforme orientação do fabricante).

REFERÊNCIAS:

CANÇADO, Rodolfo D; LOBO, Clarisse; FRIEDRICH, João Ricardo. Tratamento da anemia ferropriva com ferro por via parenteral. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2010; 32(Supl. 2):121- 128.

FELÍCIO, Felipe. Manual para o uso Racional de Sangue. 2011. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Prof. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Disponível em: . Acesso em: 22 jun. 2016.

FLATO, Uri Adrian Prync; PETISCO, Gustavo Mascari; SANTOS, Fernanda Bezerra dos. Punção venosa guiada por ultra-som em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva, São Paulo, v. 2, n. 21, p.190-196, maio 2009.

LUCIANO, Tatiane Felicia dos Santos; REZENDE, Adriana Cristina Camargos de. POP 25/14 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA. 2011. Disponível em: . Acesso em: 22 jun. 2016.

NORIPURUM : Sacarato de hidróxido férrico. São Paulo: Altana Pharma AG. Resp. técnico: Wagner Moi – CRF- SP nº 14828

 Município de São Jorge D'oeste		PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
NÚMERO: POP-088		DATA DE VALIDAÇÃO: 08/07/2025	DATA DE REVISÃO:		
FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DE GESTANTES RISCO INTERMEDIÁRIO E ALTO RISCO					
EXECUTANTE: Enfermeiros e Médicos					
Área: Assistência à Saúde.					
Objetivo: Padronizar um atendimento multiprofissional para as gestantes risco intermediário e alto risco.					
OBJETIVO • Articular todas as Unidades da Rede de Atenção à Saúde assegurando o atendimento contínuo e de qualidade em situações eletivas ou de emergência durante o pré-natal, parto, puerpério e para o recém-nascido. • Garantir o atendimento especializado quando indicado; • Padronizar o fluxo de encaminhamento das gestantes de risco intermediário e alto risco pertencentes aos vinte e sete municípios da 8ª Regional de Saúde, consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste – CONSUD. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO A importância da estratificação do risco na gestação consiste em otimizar os recursos em saúde e organizar a oferta de serviços e exames, a fim de diminuir a chance de suboferta a quem precisa de maior cuidado e sobre oferta para quem apresenta menor risco. Conforme a Comissão Intergestores Regional da 8ª Região de Saúde, reunida no dia 18 de dezembro de 2024, no uso de suas atribuições aprova o fluxo de atendimento e Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC): Linha de Cuidado Materno Infantil. Os quadros a seguir trazem a estratificação do risco na gestação: Quadro 1 <table><tr><th>RISCO HABITUAL</th></tr><tr><td> Características individuais e socioeconômicas e familiares: • Idade entre 16 e 39 anos • Obesidade Grau I e Grau II (IMC < 40); • Aceitação da gestação História reprodutiva anterior • Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual: • Ameaça de aborto; • Hipotireoidismo; • Tabagismo (Fagerström < 8 pontos); • Etilismo sem indicativo de dependência (TACE < 2 pontos) ; • Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl); • Depressão e ansiedade leve ; </td></tr></table>				RISCO HABITUAL	Características individuais e socioeconômicas e familiares: • Idade entre 16 e 39 anos • Obesidade Grau I e Grau II (IMC < 40); • Aceitação da gestação História reprodutiva anterior • Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual: • Ameaça de aborto; • Hipotireoidismo; • Tabagismo (Fagerström < 8 pontos); • Etilismo sem indicativo de dependência (TACE < 2 pontos) ; • Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl); • Depressão e ansiedade leve ;
RISCO HABITUAL					
Características individuais e socioeconômicas e familiares: • Idade entre 16 e 39 anos • Obesidade Grau I e Grau II (IMC < 40); • Aceitação da gestação História reprodutiva anterior • Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual: • Ameaça de aborto; • Hipotireoidismo; • Tabagismo (Fagerström < 8 pontos); • Etilismo sem indicativo de dependência (TACE < 2 pontos) ; • Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl); • Depressão e ansiedade leve ;					

•Sífilis (exceto sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita)

Quadro 2

RISCO INTERMEDIÁRIO

Características individuais e socioeconômicas e familiares:

- Idade < 15 anos ou > 40 anos;
- Baixa escolaridade (< de 3 anos de estudo)
- Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes;
- Gestante negra (preta ou parda);
- Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagerström: 8 a 10 pontos);
- Etilismo com indicativo de dependência (TACE: 2 pontos ou mais)

História reprodutiva anterior

- Histórico de óbito fetal (natimorto) e/ou infantil em gestação anterior;
- Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos);
- Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior;
- Cirurgia bariátrica prévia estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades.

Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual

- Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9 g/dl);

Quadro 3

ALTO RISCO

Condições clínicas prévias à gestação:

- Dependencia de drogas ilícitas
- Hipertensão arterial crônica
- Diabetes mellitus 1 e 2
- Hipertireodismo
- Antecedente de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar)
- Cardiopatias
- Pneumopatias graves
- Nefropatias graves
- Hepatopatias
- Hematopatias.
- Trombofilia
- Doenças neurológicas
- Hemofilia
- Trombose
- Doenças autoimunes
- Ginecopatias (Alterações de citopatológico, Histórico de conização a frio ou cirurgia de alta frequência (CAF) com retirada de canal, Alterações de mamografia – BIRADS $\geq$ 4, Cirurgia uterina prévia fora da gestação , Mal formações uterinas.)
- Neoplasias

•Obesidade mórbida/Baixo peso(IMC > 40 Kg/m² prévio a gestação. Ou IMC abaixo de 18,5) •Cirurgia Bariátrica •Transtornos mentais graves •Retardo de desenvolvimento neuropsicomotor
História reprodutiva anterior: •História de 3 ou mais cesáreas anteriores ou intervalo interpartal menor de 2 anos •Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos) •Isoimunização Rh em gestação anterior •Reprodução assistida. •Pré-eclâmpsia grave;
Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual •Gestação Gemelar •Diabetes gestacional •Gestação resultante de estupro •Hipertensão gestacional transitória sem alteração de proteinúria • Pré- eclâmpsia •Infecção urinária de repetição: ≥3 episódios de ITU • Pielonefrite na atual gestação •Anemia falciforme •Traco falciforme •Anemia grave (hemoglobina menor que 8g/gl) •Doenças infecciosas: COVID, Hepatite C, HBASG Reagente, (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes, Zika vírus), Dengue, Arboviroses (Febre Amarela, Zika, Chikungunya,Oropouche), HIV, HTLV , Hepatite C, Hepatite B - HbsAg reagente, Coronavirus. •Desvios do crescimento intrauterino: CIUR (mesmo suspeito, se ultrassom não disponível), macrosomia ou desvios da quantidade de líquido amniótico •Mal formação fetal •Placenta prévia (Placenta prévia em gestantes com IG superior a 22 sem) •Placenta Acreta/ Placenta bilobulada/ inserção vilamentosa do cordão/Placenta em “raquete”: Placenta sucenturiada, Placenta circunvalada, Placenta circunmarginada •Senescência Placentária •Sangramento de origem uterina (Sangramento de origem uterina após a 20ª semana de gestação) •Trabalho de Parto Prematuro •Amniorrexe prematura pré termo •Polidrâmnio (ILA maior que 18 maior bolsão •Oligodrâmnio (ILA menor que 8 ou menor bolsão menor que 2.) •Incompetência Istmo Cervical

AGENDAMENTO

As pacientes estratificadas pela APS com os critérios acima descritos, deverão ser encaminhada com os documentos pessoais (CPF, RG, Comprovante de residencia) bem como com o formulário de compartilhamento do cuidado conforme anexo em linha de cuidado materno infantil, frizando a qual risco a paciente pertence, para o setor de agendamento do município o qual irá programar as consultas junto ao ambulatório de risco intermediario e alto risco atraves do sistema CARE Paraná.

OBSERVAÇÕES:

As cotas de agendamento serão distribuídas proporcionalmente com base na estimativa de gestantes por município, no entanto a prioridade de consultas será discutida por equipe técnica tornando prioritário o paciente o qual apresentar o quadro clínico mas crítico, se acaso falta de vagas no mês.

REFERÊNCIAS:

LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL SAÚDE DA GESTANTE 2025 - CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO SUDOESTE.

ÁREA04
SEGURANÇA DO PACIENTE



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-117

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

HIGIENE DAS MÃOS

EXECUTANTE: Todos os profissionais que estejam vinculados a um estabelecimento de saúde que prestam assistência junto ao paciente

Área: Segurança do paciente

Objetivo: Reduzir a carga microbiana das mãos; Promover a proteção e segurança ao cliente e aos profissionais, padronizar as ações para higienização de mãos. Prevenir as infecções relacionadas com a assistência à saúde.

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

A higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. A higienização das mãos NÃO PODE ser substituída pelo uso de luvas.

A OMS e a ANVISA orientam que a higienização das mãos deve ocorrer prioritariamente em 5 momentos:

- Antes de contato com o paciente;
- Antes da realização de procedimentos assépticos;
- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Após contato com o paciente;
- Após contato com as áreas próximas ao paciente.

INTRODUÇÃO: Em 1846, Ignaz Semmelweis, médico húngaro, reportou a redução no número de mortes maternas por infecção puerperal após a implantação da prática de higienização das mãos em um hospital em Viena. Desde então, esse procedimento tem sido recomendado como medida primária no controle da disseminação de agentes infecciosos. A legislação brasileira, por meio da Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998, e da RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, estabelece, respectivamente, as ações mínimas a serem desenvolvidas com vistas à redução da incidência das infecções relacionadas à assistência à saúde e as normas e projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Esses

instrumentos normativos reforçam o papel da higienização das mãos como ação mais importante na prevenção e controle das infecções em serviços de saúde.

MATERIAIS

- Pia apropriada, com torneira de acionamento e fechamento manual e/ou automática;
- Porta papel com toalha descartável;
- Dispensador com sabonete líquido;
- Recipiente para descarte de resíduos comuns com a tampa acionada por pedal.

METODOLOGIA

- Retirar adornos (pulseiras, relógios e anéis);
- Abrir a torneira e ajustar a água para um volume adequado;
- Manter as mãos numa altura mais baixa que os cotovelos, molhar com cuidado as mãos;
- Aplicar o sabonete líquido, uma quantidade suficiente para cobrir as superfícies das mãos;
- Friccionar primeiro as palmas das mãos uma contra a outra;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai-e-vem e vice-versa;
- Esfregar o polegar esquerdo com auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos de modo que a água corra no sentido do punho para as pontas dos dedos;
- Secar as mãos com papel toalha, começando pela palma de uma das mãos, dorso da mão e por último punho. No caso de torneira com abertura manual, utilize o papel toalha para fechar.
- Desprezar o papel toalha na lixeira para resíduos comuns.

Observações

ATENÇÃO: Realizar higienização simples das mãos sempre:

- Que estiver com as mãos visivelmente sujas;
- Antes e após usar o banheiro;
- Após assoar o nariz;
- Após contato com sangue e outros fluidos corporais

- Após o uso de luvas;
- Ao iniciar e terminar o turno de trabalho;
- Antes de manipulação e preparo de medicamentos e alimentos





**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-118

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE

EXECUTANTE: Todos os profissionais que estejam vinculados a um estabelecimento de saúde que prestam assistência junto ao paciente

Área: Segurança do paciente

Objetivo: Identificar o paciente de forma segura, por meio do uso de três identificadores, assegurando a destinação correta do serviço ou tratamento solicitado, reduzindo a ocorrência de incidentes que resultem em danos ao mesmo.

INTRODUÇÃO: A Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com a Joint Commission International (JCI), estabeleceu seis metas internacionais de segurança do paciente, visando a promoção de melhorias na assistência ao paciente em situações consideradas como sendo de maior risco. Todas as instituições de saúde do mundo adotam as metas, a fim de oferecer um ambiente cada vez mais seguro aos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde. **De acordo com o *International Classification for Patient Safety*, Segurança do Paciente é a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”.**

Assim, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional”. **As metas estabelecidas são:**

- Identificar corretamente o paciente
- Melhorar a efetividade da comunicação
- Melhorar a segurança das medicações de alta vigilância
- Garantir cirurgias seguras
- Reduzir o risco de infecções associadas ao cuidado em saúde
- Reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas;

Nesse contexto, a Atenção Primária em saúde (APS) bem como o pronto atendimento possuem especificidades quanto à segurança do cuidado, que precisam ser identificadas e adequadamente abordadas, a fim de melhorar suas estruturas e processos, de forma a oferecer uma assistência segura aos usuários. Para isso, também é necessário construir uma cultura de segurança do paciente, em que profissionais e serviços compartilhem práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano e promoção do cuidado seguro. É preciso que medidas de segurança sejam sistematicamente inseridas em todos os processos de cuidado.

A identificação correta do paciente é um dos primeiros cuidados para uma assistência segura. Devemos sempre confirmar a identificação do paciente antes de realizar consultas, exames, procedimentos e tratamentos, para que o mesmo receba o atendimento correto.

Para identificação correta do usuário serão exigidos **03 parâmetros diferentes - NOME, DATA DE NASCIMENTO, NOME DA MÃE**. Todos os profissionais deverão verificar esses 03 parâmetros, confirmando as informações fornecidas pelo usuário em seu cadastro no sistema de informação da Autarquia Municipal de Saúde de São Jorge d'Oeste;

OBSERVAÇÕES:

- ✓ Identificação correta e confirmação dos dados de identificação do usuário devem ocorrer em todas as ações realizadas dentro da UBS;
- ✓ Padronização da UBS dos três indicadores: **Nome do usuário, Data de Nascimento e Nome da Mãe**
- ✓ Em todos os atendimentos é obrigatório a solicitação do CNS

Assim, “por mais “incomodado” que o usuário se sinta, é necessário que em todos os atendimentos que o mesmo receba na UBS, da recepção até a um atendimento especializado, tais informações sejam constantemente confirmadas” (SESAPR, 2018).

4. MATERIAIS

- Sistema
- Documento oficial com foto (RG, Carteira de motorista, passaporte)
- Cartão Nacional do SUS (CNS)
- EPI, se necessário (Mascara descartável, Jaleco).

5. PROCEDIMENTOS PARA IDENTIFICAÇÃO E SEGURADO PACIENTE:

- ✓ Usuário é recebido na recepção e informado o atendimento que busca;
- ✓ - Recepção acolhe e solicita o CNSe documento oficial com foto, para checagem;
- ✓ - Solicita que aguardem na sala de espera, até serem chamados para o acolhimento, consulta ou procedimento;
- ✓ - Profissional que realizará o atendimento (conforme escala da UBS), acolhe o usuário

esolicitaos3marcadoresdeidentificaçãosegura,quesão:**nome,datadenascimento e nome da mãe**

- ✓ Profissionalrealizaoatendimentooouprocedimento,conformerotinadaUBS.

 Município de São Jorge D'oeste		PROCEDIMENTOOPERACIONALPADRÃO	
NÚMERO:POP-119	DATADEVALIDAÇÃO:	DATADEREVISÃO:	
MELHORAR A COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAUDE			
EXECUTANTE: Todos os profissionais que estejam vinculados a um estabelecimentos de saude que prestam assistencia junto ao paciente			
Àrea: Segurança do paciente			
Objetivo: Prevenir eventos adversos decorrentes de falhas nos processos de comunicação entre os profissionaisde saúde;			

1. INTRODUÇÃO: Segundo o dicionário Aurélio, comunicação é a derivação feminina do verbo comunicar, pôr em comunicação, participar, fazer, saber, pegar, transmitir. Estar em comunicação. Corresponder-se. Propagar-se. Transmitir-se. Um dos desafios para garantir a segurança do paciente no ambiente da saúde é enfatizar a comunicação efetiva como meta a ser atingida pela equipe interdisciplinar, como também, proporcionar um ambiente de trabalho harmonioso com assistência livre de danos. Nesse sentido, a comunicação é fundamental para um bom desenvolvimento do trabalho, pois é o elo de interação que fortalece o vínculo entre a equipe interdisciplinar e o cliente (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Estudos mostram que a comunicação e o trabalho em equipe na saúde são determinantes na qualidade da assistência ao paciente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um em cada dez pacientes no mundo é vítima de erros e eventos adversos relacionados à assistência aos pacientes que levaram a investigar e propor soluções para prevenção dos danos. A comunicação entre a equipe interdisciplinar de saúde é determinante na qualidade e segurança da prestação de cuidados aos indivíduos. Falha de comunicação tem sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados. (ARAUJO et al., 2017; DUARTE; BOECK, 2015).

A comunicação é a troca de informação envolvendo emissor e receptor, que decodifica uma determinada mensagem. Vários fatores podem influenciar na comunicação em instituições de saúde: complexidade do cuidado, diversidade na formação profissional, efeito da hierarquia, número inadequado de profissionais, limitações inerentes ao desempenho humano como fadiga, estresse, distrações e capacidade limitada de realizar tarefas múltiplas. Vale ressaltar que erros não devem ser associados à falta de treinamento técnico e falhas pessoais discutidos pontualmente. Mesmo profissionais mais experientes cometem erros. (CASTELLS, 2009; FERREIRA, 2010; WOLTON, 2010, FIGARO, 2014).

Diante disso, percebe-se que é possível adotar comportamentos e habilidades necessárias para implementar a comunicação e a mudança na cultura organizacional em segurança do paciente nas Unidades de Saúde. Assim, este Protocolo tem o intuito de auxiliar os profissionais de saúde a reconhecer os momentos críticos existentes na comunicação entre as equipes de saúde e sistematizar.

MATERIAIS

- Prontuários
- Livros de registros
- Quadros e/ou painéis de informação.

METODOLOGIA

Abaixo será descrito os principais momentos de comunicação da equipe, e as orientações para se evitar os erros de comunicação;

REGISTROS EM PRONTUÁRIO

- Verificar a identificação do paciente nos formulários onde estão sendo realizados os registros se pertence ao paciente correto;
- Colocar data e horário antes de iniciar o registro da informação;
- Registrar as informações em local adequado, com letras legíveis e sem rasuras;
- Fazer uso apenas de abreviaturas e siglas padronizadas;
- Realizar o registro de modo completo e objetivo, desprovido de impressões pessoais;
- Registrar todos os procedimentos os quais o paciente foi submetido.
- Colocar a identificação do profissional ao final de cada registro, com carimbo e assinatura;
- A gravidade do paciente e a complexidade dos cuidados favorecem a ocorrência de erros de omissão ou de distorção da comunicação entre os profissionais, comprometendo, assim, a segurança do paciente;
- O paciente tem o direito de conhecer os registros realizados em seu prontuário clínico;
- As informações referentes às condições clínicas do paciente são restritas a ele próprio, aos funcionários envolvidos e aos que são autorizados pelo paciente ou legalmente estabelecidos;
- Não é permitida prescrição verbal, exceto em situações de emergência;
- Nesses casos no momento em que se faz uma ordem verbal, devemos nos certificar de que a informação foi compreendida e registrada corretamente por quem recebeu. Para isso, o profissional que recebeu a ordem, em primeiro lugar, deve “ler de volta” (read back) a informação completa e após confirmação, realizar o procedimento e comunicar o que realizou a intervenção;

- Utilizar estratégias que facilitem a compreensão das mensagens. A técnica ou metodologia SBAR(Situação, Background, Avaliação e Recomendação) é um modo padronizado e simples de comunicar informações importantes, de forma clara e concisa. Pode ser utilizada em várias situações como, por exemplo, **transferência do paciente das unidades básicas de saúde para o pronto atendimento do município.** Na técnica SBAR, Situação corresponde ao enunciado conciso do problema; Background, à informação pertinente e breve acerca da situação/problema; Avaliação, à análise e opções de resolução/encaminhamento e Recomendação à ação necessária recomendada.



NÚMERO:POP-120	DATADEVALIDAÇÃO:	DATADEREVISÃO:
MELHORAR A SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E NA ADM DE MEDICAÇÃO		
EXECUTANTE: Todos os profissionais que estejam vinculados a um estabelecimentos de saude que prestam assistencia junto ao paciente		
Área: Segurança do paciente		
Objetivo: Atender a Meta Internacional de Segurança do Paciente, visando Melhorar a Segurança na Administração de Medicamentos, alem de padronizar os procedimentos de administração de medicamentos, a fim de reduzir a ocorrência de eventos adversos que possam comprometer a saúde e a vida dos pacientes atendidos.		
INTRODUÇÃO:Em todo o mundo, os eventos adversos no processo de assistência à saúde são frequentes. Em resposta a esse preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde – OMS lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que conclama todos os países-membros a adotarem medidas para assegurar a qualidade e segurança da assistência prestada nas unidades de saúde. Estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América, acarretando importantes custos tangíveis e intangíveis. No Brasil ainda não estão disponíveis estatísticas de óbitos relacionados a erros de medicação. Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente. MATERIAIS • Prescrição médica atualizada; • EPI, se necessário (Mascara descartavel, Jaleco, Luvas, óculos). • Prontuário eletrônico; • Materiais de expediente (canetas) METODOLOGIA 1. As prescrições devem ter boas características (ser completa; ser legível; sem rasuras; com o mínimo possível de		

abreviaturas);

2. As prescrições devem conter:

- Dados do paciente: nome completo do paciente; idade, número do prontuário ou registro do atendimento e para crianças o peso.
- Nome do medicamento, concentração, forma farmacêutica, via de administração, dose e diluente: tipo e volume (para administrações parenterais), posologia, velocidade de infusão (para soluções intravenosas) e duração da terapia.
- Data.
- Assinatura e carimbo do prescritor, contendo o registro profissional.

3. Para uma administração segura são necessárias medidas de segurança desde o momento que se recebe a medicação da farmácia, conferindo data de validade; observando se há alguma alteração do medicamento (seja ela na embalagem, na cor do medicamento ou textura);

4. Ao administrar, antes deve-se conferir o nome do paciente, medicamento, apresentação, dose, via, horário, posologia, preparo, tempo de administração, ação/resposta da medicação;

5. Acolher um paciente por vez;

6. Manter a porta da sala fechada para minimizar ruídos ou outros fatores que podem reduzir a atenção;

7. Após administração o profissional deve realizar a checagem da medicação no prontuário físico e lançar o procedimento no sistema do Município;

8. Implementar a prática dos “11 certos” da terapia medicamentosa:

1º CERTO: Paciente Certo: Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento;

2º CERTO: Medicamento Certo: Conferir o nome do medicamento, o aprazamento, a diluição e o tempo de infusão de acordo com a prescrição médica. Conferir se o paciente é alérgico ao medicamento;

3º CERTO: Dose Certa: Conferir a dose prescrita para cada medicamento. Doses escritas com “zero”, “vírgula” e “ponto” devem receber atenção redobrada;

4º CERTO: Aspecto da medicação Certa: Observar o aspecto da medicação, coloração, precipitação e violação da embalagem;

5º CERTO: Validade Certa: Conferir data de validade de cada medicação a ser administrada;

6º CERTO: Via Certa: Identificar e confirmar se a via de administração prescrita é tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento;

7º CERTO: Hora Certa: Preparar a medicação de modo a garantir que sua administração seja feita sempre no horário correto para garantir adequada resposta terapêutica. Atentar-se para os termos: “ACM”, “se necessário” e “agora” e quando prescritos deverão ser acompanhados da dose, posologia e condições de uso;

8º CERTO: Compatibilidade medicamentosa Certa: Observar a possibilidade de ocorrer interação medicamentosa e/ou alimentar entre as drogas administradas;

9º CERTO: Orientação Certa: Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperando e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização;

10º CERTO: Direito de recusa de medicação: O paciente tem o direito de recusar o uso da medicação;

11º CERTO: Registro Certo: Checar na prescrição medicamentosa o horário da administração de cada dose e relatar, na anotação de enfermagem, a hora e o item administrado, bem como o efeito desejado, adiamentos, cancelamentos, desabastecimentos e eventos adversos apresentados.

Práticas seguras:

Solicitar que o paciente verbalize seu nome completo e conferir com a prescrição e prontuário. Se nome comum, solicitar data de nascimento e/ou nome da mãe;

Conferir se o medicamento que tem em mãos é o mesmo prescrito. Se dúvidas entre princípio ativo e nome fantasia consultar prescritor ou base de dados eletrônica oficial (laboratório ou ANVISA);

Questionar se o paciente é alérgico a alguma medicação, em caso afirmativo registrar em prontuário;

Associação de medicamentos: atenção a compatibilidade medicamentosa e alergia do paciente;

Verificar se via prescrita é a tecnicamente correta e avaliar via antes da administração;

Esclarecer possíveis dúvidas sobre a prescrição e medicação antes do preparo;

Verificar validade da medicação; quando injetável deve ser observado o frasco ampola e o diluente;

Lavar as mãos com água e sabão corretamente e preparar medicação em bancada limpa. Na falta de água pode ser utilizado álcool gel 70%, informar paciente;

Utilizar materiais e técnicas assépticas para preparar e administrar medicamentos por via intravenosa e para outras que exijam esse tipo de técnica;

Preparar a medicação na presença do paciente;

Não administrar medicações com orientações vagas como “se necessário”, “conforme ordem ou a critério médico” se o prescritor não estiver na unidade;

Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente;

Registrar intercorrências ou recusa se houver;

Orientar paciente sobre medicação e via de administração esclarecendo dúvidas se houver;

Checar se a forma farmacêutica e via de administração estão apropriadas a condição clínica do paciente;

Registrar no prontuário e informar ao enfermeiro e prescritor (se presente na unidade) todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperando para o medicamento;

Realizar dupla checagem por dois profissionais quando necessário cálculo de diluição ou medicamentos potencialmente perigosos;

Registrar adequadamente omissão ou recusa de dose e comunicar o enfermeiro;

Manter registro adequado dos frascos de medicamentos preparados e abertos que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo/abertura e validade);

Administrar medicamento por ordem verbal somente em caso de emergência, utilizado método de dupla checagem para administração com registro por escrito da ordem verbal e prescritor;

Registrar adequadamente a administração do medicamento prescrito para evitar duplicidade da administração por outro profissional;

Comunicar ao paciente qual medicação está sendo administrado e qual sua ação no momento da administração.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-121

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

PREVENÇÃO DE QUEDAS

EXECUTANTE: Todos os profissionais que estejam vinculados a um estabelecimento de saúde que prestam assistência junto ao paciente

Área: Segurança do paciente

Objetivo: Reduzir a ocorrência de queda dos pacientes nos pontos de assistência e o dano delas decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco individualizada, a garantia do cuidado multiprofissional e do ambiente seguro, a promoção da educação do paciente, familiares e profissionais.

INTRODUÇÃO:

Queda é definida como um evento em que a pessoa, inadvertidamente, cai no chão ou em outro nível abaixo daquele em que se encontrava antes da ocorrência deste evento (REGISTERED NURSE'S ASSOCIATION OF ONTARIO, 2002; BRASIL, 2006; WHO, 2007).

A queda do paciente, por ser uma ocorrência indesejável e danosa, deve ser um evento previsível. Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes/dia (ANVISA, 2013).

Além disso, a ocorrência do evento pode provocar aumento nos dias de internação e comprometer o quadro clínico e a recuperação do indivíduo impactando negativamente nos custos em saúde. Estima-se que, nos Estados Unidos, os custos médicos relacionados a este incidente totalizam 34 bilhões de dólares ao ano (STEVENS, 2015).

Assim, torna-se fundamental a avaliação dos pacientes e a identificação do risco potencial para ocorrência de quedas através de uma classificação adotada pelas unidades de saúde a fim de que os profissionais envolvidos realizem diagnósticos e executem o planejamento de ações preventivas.

MATERIAIS

- Grades nas macas de fácil manuseio e trava nas rodas;
- Cadeiras com grade de segurança e trava;
- Banheiros com corrimão;
- Corredores com corrimão;

- Escadas com corrimão.
- Placas de sinalização

Fatores de risco Sociodemográfico

Crianças, Idade ≥ 65 anos, Sexo feminino – maior expectativa de vida, maior propensão às quedas e osteoporose.

Psico Cognitivos Declínio cognitivo, condições de saúde/ doenças crônicas, AVE prévio, tontura, hipotensão postural, baixo índice de massa corpóreo, anemia, história prévia de quedas, necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, comprometimento sensorial, comprometimento visual, equilíbrio corporal, marcha e mobilidade alterada entre outros.

Uso de Medicamentos: benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, diuréticos, laxativos, número de medicações (polifarmácia).

METODOLOGIA

- Avaliar os riscos de queda para pacientes que circulam dentro da UBS;
- Identificar riscos físicos e ambientais de quedas para os pacientes dentro dos serviços da Unidade de Saúde e externamente;
- Manter a área de circulação e corredores livre de móveis e utensílios;
- Manter um familiar junto ao paciente quando o mesmo necessitar ficar em observação em maca.
- Realizar exame físico, de preferência, nas macas que possuem grades laterais de proteção;
- Manter os consultórios, banheiros, corredores e escadas em plenas condições para circulação segura de profissionais, pacientes e familiares, de forma a prevenir quedas;
- Manter banheiro com acessibilidade; • Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar todas as pessoas que circulam na Unidade de Saúde;
- Em dias chuvosos e/ou quando estiver sendo realizada limpeza terminal, utilizar placa de sinalização com o texto: “Piso Molhado”;
- Registrar em prontuário todas as intervenções ocorridas;
- Realizar monitoramento das notificações de quedas e avaliação das causas;
- Notificar as quedas e suas causas à coordenação da Unidade de Saúde.



**Município de
São Jorge D'oeste**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-122

DATA DE VALIDAÇÃO:

DATA DE REVISÃO:

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

EXECUTANTE: Todos os profissionais que estejam vinculados a um estabelecimento de saúde que prestam assistência junto ao paciente

Área: Segurança do paciente

Objetivo: Promover a prevenção ou tratamento de lesões ocasionadas por pressão.

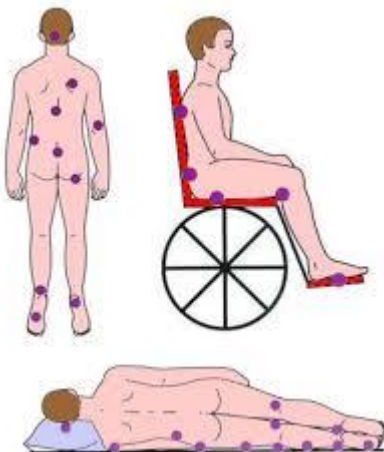
DEFINIÇÃO:

A lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou nos tecidos moles abaixo dela, geralmente ocorre devido à compressão prolongada ou fricção de uma área com proeminência óssea contra uma superfície rígida. Também pode estar relacionada ao uso de dispositivo médico ou de outro artefato. Diversos fatores contribuem para formação das lesões: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, imobilização, perda de sensibilidade, perda de função motora, incontinência urinária ou fecal, presença de espasmos musculares, deficiências nutricionais, anemias, índice de massa corporal muito alto ou muito baixo, doenças circulatórias, doença arterial periférica, imunodeficiência ou uso de corticosteróide, tabagismo, entre outros.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Orientar verbalmente ou por escrito o acompanhante, familiar ou cuidador as seguintes medidas de prevenção para lesão por pressão:

- A pele deve ser examinada diariamente, aproveite o horário do banho. Se apresentar início da pele avermelhada, não deixe o paciente sentar ou deitar em cima da região afetada;
- A figura a seguir apresenta as principais áreas que podem ocorrer lesões:



- Sempre que úmida ou suja a pele deve-se higienizar e secar com movimentos suaves;
- Se a pessoa não tiver controle da urina e/ou da evacuação, utilize fraldas descartáveis ou absorventes. Importante trocar a fralda e a roupa sempre que molhada;

- Evite o uso de lenços umedecidos, o ideal é utilizar água e sabão neutro na higiene;
- Pomadas contra assaduras também ajudam a formar uma barreira contra a umidade na pele, use camadas finas na pele limpa;
- Hidrate a pele do paciente com cremes hidratantes;
- Evite massagens nas regiões de saliências ósseas quando observar vermelhidão, manchas roxas ou bolhas, pois, isto indica o início da lesão e a massagem pode causar mais danos;
- Proteja as regiões que apresentam vermelhidão e evite pressionar e apoiar o peso corporal nesses locais;
- Mude o paciente de posição de duas em duas horas, de forma que fique sempre confortável;
- Durante o reposicionamento do corpo, não se esqueça de proteger cabeça e orelhas do paciente;
- Proteja as áreas do corpo que tenham saliências ósseas (por exemplo os joelhos e tornozelos) evitando que façam pressão direta com colchão, cadeiras ou outras partes do corpo. Pode-se usar travesseiros ou almofadas de espuma;
- Quando deitado, os calcanhares devem ser mantidos levantados (pode ser usado travesseiro debaixo da panturrilha/barriga da perna);
- Evite que a pessoa fique sentada por muito tempo em qualquer cadeira ou cadeira de rodas. Pacientes que são capazes devem ser ensinados a levantar o seu peso a cada quinze minutos, aqueles que não conseguem devem ser levantados por outra pessoa ou levados de volta para a cama; se possível usar uma almofada de ar, água ou gel;
- Se possível, coloque um colchão tipo “de ar” ou viscoelástico, na cama;
- Se utilizar cama hospitalar, a cabeceira da cama não deve ficar muito tempo na posição elevada, para não aumentar a pressão nas nádegas;
- Manter os lençóis limpos, sem dobras e sem restos alimentares;
- As pessoas emagrecidas, que não estão se alimentando bem, precisam de avaliação nutricional;
- Sempre estimular o consumo de líquidos, para mantê-lo hidratado;
- Se fizer uso de sondas ou outro dispositivo médico, realize a fixação em posições alternadas, conforme orientação da equipe de saúde;
- Para tratamento da lesão é preciso uma avaliação do profissional.. Até ter uma orientação lave somente com soro fisiológico ou água, não use sabão, sabonete, álcool, pomadas ou remédio cicatrizante. Cubra a lesão com uma gaze;
- Não aplicar dispositivos de aquecimento (Ex: sacos de água quente, almofadas térmicas, sistemas integrados de aquecimento das superfícies de apoio) diretamente sobre superfícies cutâneas ou lesões por pressão;
- Estimular e/ou apoiar a saída do paciente do leito e a deambulação precoce, sempre sua condição clínica permita e/ou recomendado por profissional de saúde