

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

1. APRESENTAÇÃO


O presente instrumento trata-se de uma revisão do Protocolo Operacional Padrão, criado em 2018, no âmbito desta Secretaria Municipal de Saúde De Nova Fátima.

Vem com o propósito de padronizar as ações dos profissionais e sistematizar a assistência a ser prestada ao usuário, além de, fornecer subsídios para implementação desta assistência nas Unidades Básicas de Saúde deste município.

Este instrumento deverá ser utilizado pelos profissionais que atuam na rede para consulta, buscando a melhor forma de executar os procedimentos do cotidiano na assistência. O POP (Procedimento Operacional Padrão) é um documento relacionado ao gerenciamento dos processos de trabalho nas Unidades de Saúde e são procedimentos escritos de forma clara e objetiva que estabelecem instruções seqüenciais para a realização de ações rotineiras e específicas e visam a garantia da uniformidade, eficiência e coordenação efetiva de atividades realizadas, além de instrumento para a Sistematização de Assistência de Enfermagem, Sendo assim, esperamos que este Manual colabore com a organização do processo de trabalho e norteie a prática estimulando o raciocínio, a tomada de decisão e as intervenções de forma humanizada, além de contribuir para avanços na assistência ao usuário nos diferentes serviços da rede municipal de saúde.

O documento estará disponíveis a todos aqueles que tenham interesse em contribuir para o aprimoramento e fundamentações dos procedimentos a serem adotados nas práticas dos profissionais de saúde da rede municipal.

2 – ACOLHIMENTO

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 01	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Todos os profissionais das Unidades de Atenção Primária à Saúde.		
ACOLHIMENTO			
<p>CONCEITO:</p> <p>O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética /estética / política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. Como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetividade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.</p> <p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humanizar o atendimento e classificar, mediante as queixas dos usuários que demandam as Unidades Básicas de Saúde, visando identificar suas necessidades de atendimento mediato ou imediato. - Melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando-se a forma tradicional de entrada por filas e a ordem de chegada; - Humanizar as relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar os usuários em seus problemas e suas demandas; - Mudar o objeto (da doença para o sujeito); - Realizar abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania; - Aperfeiçoar o trabalho em equipe com a integração e a complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional, buscando-se orientar o 			

atendimento dos usuários nos serviços de saúde pelos riscos apresentados, pela complexidade do problema, pelo acúmulo de conhecimentos, saberes e de tecnologias exigidas para a solução;

- Aumentar a responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles;

- Operacionalizar uma clínica ampliada que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, bem como a construção de vínculo terapêutico para aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde.

ORIENTAÇÃO:

1. A sistemática do acolhimento pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde, e a avaliação da necessidade do usuário em função de seu risco e sua vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada. Dessa maneira, exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.

2. Garantir um atendimento com escuta qualificada e com contra referência efetiva e resolutiva.

3. Que usuários com atividades agendadas (consultas, por exemplo) ou da rotina da unidade (vacina, por exemplo) devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção;

4. Que situações imprevistas são inerentes à vida e, nesse caso, requerem certa organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, tanto para compreendê-las quanto para intervir sobre elas;

5. Que os servidores deverão escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) com capacidade de analisá-las (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários.


RECURSOS NECESSÁRIOS:

- Álcool a 70%;
- Algodão;
- Equipamentos para verificação das queixas, sinais e sintomas (Estetoscópio e esfigmomanômetro, glicosímetro e fita glicêmica, termômetro, oxímetro, abaixador de língua etc.);
- EPI, se necessário (jaleco/avental, máscara cirúrgica, touca, óculos de proteção, luvas de procedimento, sapato fechado etc.).

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Atender o paciente em um ambiente privativo, com ambiência permitindo o diálogo e a resolutividade do problema;
2. Observar, reconhecer e descrever motivo do comparecimento, sinais e sintomas ao nível de sua qualificação;
3. Comunicar ao enfermeiro ou médico quando o motivo for uma queixa, sinal ou sintoma para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas;
4. Informar ao paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
5. O cliente que apresentar queixas clínicas deve ser avaliado pela equipe de enfermagem, enfermeiro e/ou médico;
6. O responsável pela avaliação clínica deve atender com resolutividade, seja resolvendo os problemas de maneira imediata ou agendando consultas e/ou retornos necessários;
7. Lavar as mãos antes e após o atendimento e/ou higienizar com álcool 70%.

2.1. RECEPÇÃO

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 02	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Recepcionista, telefonista, atendente.		
ATENDIMENTOS DE PORTA DE ENTRADA/ RECEPÇÃO			
<p>CONCEITO:</p> <p>Os cargos de agente de apoio Administrativo / Assistente Administrativo, Telefonistas são considerados profissionais essenciais ao apoio às atividades das Unidades de Saúde, não sendo exclusivo das equipes por área de abrangência;</p> <p>OBJETIVO:</p> <p>Receber as pessoas com atitude proativa e acolhedora.</p> <p>ORIENTAÇÕES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manter-se em postura adequada, receptiva, acolhedora; 2. Ser cordial, respeitoso e gentil; 3. Olhar para o cliente; 4. JAMAIS deixar a recepção sozinha 5. Ao ausentar-se, solicitar para que alguém permaneça lá até o seu retorno. 6. Saudá-lo (bom dia, boa tarde, boa noite, em que posso ajudá-lo?); 7. Chamar o cliente sempre pelo seu nome e anotá-lo, se necessário, para não esquecer; 8. Nunca utilizar formas negativas ao atender o cliente (ex: Pois não?); 9. Despedir-se (até logo, etc.); 10. Ouvi-lo sempre antes de falar; 11. Informá-lo e orientá-lo, por escrito quando necessário; 12. Se necessário ligue para outros pontos de atenção a fim de confirmar suas informações, para evitar encaminhamentos equivocados! 13. Quando em atendimento a um cliente/usuário e outro chegar: sinalizar que 			


percebeu sua presença e solicitar gentilmente que aguarde (sugestão: em alguns minutos já vou atendê-lo).

14. Ser educado;
15. Usar tom de voz baixo, porém audível;
16. Manter a equidade no atendimento;
17. Estar atento às urgências e emergências e quando necessário direcionar o cliente para sala de triagem ao lado com a enfermagem;
18. Estar atento ao seu atendimento e à pessoa que está atendendo;
19. Manter-se calmo em situações conflituosas que surjam durante o seu atendimento, demonstrando paciência e não revidando a agressões;
20. Manter a recepção organizada.
21. Participar efetivamente nas reuniões de equipe;

➤ **ATENÇÃO:**

A função do (s) Atendentes de porta de entrada é atender a todas as pessoas, prestando informações e facilitando seu acesso aos serviços independente de equipe, área adstrita. Qualquer conflito com usuário que demande uma escuta mais qualificada e com necessidade de acalmá-lo, chame o coordenador, que o acompanhará numa sala que possa confortá-lo e atende-lo em suas necessidades. Recepção não é local para tumultos.

2.2. ATENDIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 03	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Profissionais de saúde da unidade básica.		
ATENDIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA			
<p>CONCEITO:</p> <p>O atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica.</p> <p>Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas. A organização do acolhimento tem como objetivo ampliar a resolutividade das equipes de atenção básica frente à demanda espontânea. O cuidado à demanda espontânea na Atenção Básica deve ser baseado nos princípios do acolhimento e da escuta qualificada à população, aliado à gestão local reflexiva e às boas práticas de atenção, de forma a garantir um atendimento humanizado, resolutivo e que propicie a criação de vínculo entre as equipes de atenção básica e as pessoas, legitimando este ponto como a porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS.</p> <p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter capacidade ampliada de escuta (e análise); - Acolher com as modalidades de tecnologias leve (campo das relações), leve-duras (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço; - Adequar tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea; - Facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários, sobretudo quando eles procuram a unidade de saúde fora das consultas ou atividades agendadas; <p>IMPORTANTE: Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade,</p>			

não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico).

- Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega? Como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário? O que fazer de imediato? Quando encaminhar/agendar uma consulta médica? Como organizar a agenda dos profissionais? Que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias e etc?

ORIENTAÇÕES:

O PAPEL DA PRIMEIRA ESCUTA DO USUÁRIO o principal papel do profissional que faz a primeira escuta na classificação de risco é organizar o acesso dos usuários que buscam a unidade. No primeiro contato e na primeira avaliação, os pacientes devem ser informados a respeito do processo de trabalho da equipe e do fluxo do cuidado do usuário na demanda espontânea. O profissional deve esclarecer a possibilidade de diferentes tempos de espera e de manejo de cada caso, considerando o processo de avaliação de risco e vulnerabilidades. Faz parte do processo de trabalho da equipe “na primeira escuta do usuário”:


1. Avaliar a necessidade de cuidados imediatos;
2. Prestar ou facilitar os primeiros cuidados;
3. Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas;
4. Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado;
5. Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, ou administração de medicação, ou que estejam esperando remoção para outro serviço, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (meningite, por exemplo);

6. Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.


SUGESTÃO DE FLUXO DOS USUÁRIOS NA UBS O fluxograma a seguir busca representar um padrão de fluxo dos usuários nas UBS, partindo do pressuposto de que a recepção é o primeiro contato da equipe com o usuário. Nas situações em que avaliação e definição de oferta(s) de cuidado não sejam possíveis na recepção, deve haver um espaço para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde, seja esta oferta um agendamento, uma orientação ou uma intervenção. Como acolhimento é um espaço-momento de encontro para o reconhecimento de necessidades, ele acontece com ou sem sala específica, em vários lugares e tempos. Como todo padrão, ainda que se aplique a grande número de situações, não pode ser tomado em caráter absoluto, sob pena de gerar problemas decorrentes da falta de mediação e ajuste entre um padrão recomendado e uma realidade com características singulares. O mais importante, neste desenho, não é a definição da ordem e do local onde cada ação deve ser realizada, mas a lógica do mesmo que, sinteticamente, supõe:

1. Que usuários com atividades agendadas (consultas, grupos, por exemplo) ou da rotina da unidade (vacina) devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção.
2. Que os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter: capacidade de analisar a demanda (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários.
3. Que a equipe de atenção básica atue em constante contato com a população e o território adscrito, não ficando restritas à estrutura física da UBS. Algumas necessidades de saúde se manifestam na relação com o coletivo, nas visitas domiciliares, na dinâmica do território. Essas necessidades, acolhidas no território, podem ser bastante suscetíveis a ações, com destaque para as intersetoriais. Por exemplo, uma mãe negligente com filhos menores de idade, que a população solicita a intervenção da equipe por acreditar que eles estão em risco.

2.3. PRÉ- ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP			
	Número: POP- 04	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar e técnico de enfermagem.		
PRÉ- ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Operacionalizar o atendimento ao paciente antes do acolhimento pelo enfermeiro. Observar as características gerais do paciente, conhecer o seu perfil, realizar orientações e criar vínculo cliente/profissional.</p>			
<p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Álcool a70%; • Algodão; • Equipamentos para verificação das queixas, sinais e sintomas (Estetoscópio e esfigmomanômetro, glicosímetro e fita glicêmica, termômetro, abaixador de língua, balança antropométrica etc.); • EPIs necessários (jaleco/avental, máscara cirúrgica, touca, óculos de proteção, luvas de procedimento, sapato fechado etc.). • Prontuário; • Ficha de produção diária. 			
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos antes e após o atendimento e/ou higienizar com álcool 70%; 2. Orientar o usuário quanto ao procedimento; 3. Questionar o motivo por que procurou a Unidade Básica de Saúde; 4. Registrar no <u>prontuário físico</u> ou eletrônico (não temos no momento) os dados das aferições dos sinais vitais e/ou pertinentes ao atendimento; 5. Carimbar e assinar (se prontuário físico); 6. Encaminhar o usuário para aguardar o atendimento do enfermeiro; 7. Realizar registro do atendimento em ficha de produção / sistema de informação. 			

2.4. CONSULTA DE ENFERMAGEM E DE PRÉ- NATAL

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 05	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Enfermeiro.		
* CONSULTA DE ENFERMAGEM * CONSULTA DE PRÉ- NATAL			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Garantir a padronização dos processos, atendimento personalizado, seguro e de qualidade. A Sistematização da Assistência à Enfermagem é um instrumento composto por cinco etapas, onde, o enfermeiro analisa os dados da assistência, avalia resultados, procedimentos, trabalho da equipe e visa acompanhar o paciente de forma mais precisa e organizada.</p> <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher o paciente e/ou acompanhante; 2. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento; 3. Registrar nome completo do paciente, data, hora do atendimento e idade; 4. Realizar as cinco (5) etapas da SAE de acordo com o motivo da consulta: <ol style="list-style-type: none"> I. Coleta de dados de enfermagem (Histórico de enfermagem); II. Diagnóstico de enfermagem; III. Planejamento de enfermagem; IV. Prescrição de enfermagem; V. Evolução de Enfermagem; 5. Carimbar e assinar; 6. Realizar os encaminhamentos e procedimentos necessários, seguindo os protocolos preconizados pelo Município; 7. Realizar registro do atendimento em ficha de produção / sistema de informação e prontuário. <p>Observações:</p>			

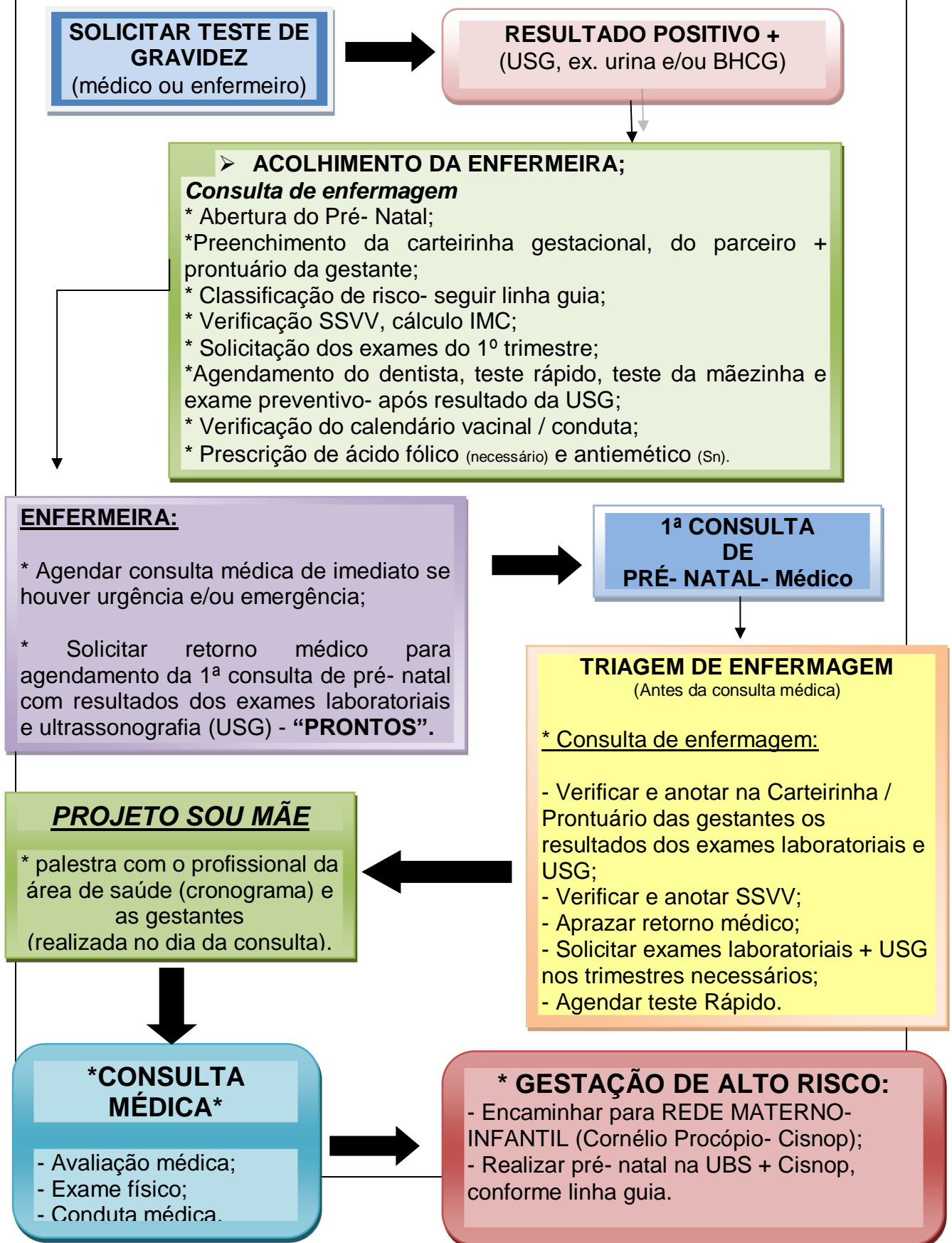
- Devem ser registrados em impresso próprio e padronizados pela Instituição com letras legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;
- Devem conter assinatura, carimbo e identificação do profissional ao final de cada registro;
- Não conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
- Não deve ser utilizado corretivo ou qualquer forma para apagar o registro realizado por tratar-se de um documento legal. Caso aconteça uma anotação errada, deve-se utilizar o termo “digo” entre vírgulas;
- Nunca registrar procedimento ou cuidado feito por terceiros;
- Conter observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;
- Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm etc.), quantidade (ml etc.), coloração e forma;
- Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco etc.);
- Conter apenas abreviaturas previstas em literatura e utilizar terminologias nas anotações;
- O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos.

CONSULTA DE PRÉ- NATAL:

É realizada pela enfermeira Natieli Pavan, responsável pela saúde da mulher e pelo projeto sou mãe.


E O POP está incluso no **protocolo do projeto sou mãe** separado do POP GERAL.

2.4.1. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PRÉ- NATAL:




3. HIGIENE, SEGURANÇA E ANTISSEPSES


3.1. PRECAÇÃO PADRÃO:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 06	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnicos de Enfermagem, Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médicos, motorista da ambulância.		
PRECAUÇÕES PADRÃO			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Garantir a proteção individual e a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde.</p> <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos antes e após o atendimento e/ou higienizar com álcool 70%; 2. Usar luvas quando houver risco de contato com sangue e secreções corporais, mucosas ou lesão de pele de qualquer usuário; 3. Usar jaleco ou avental, a fim de evitar o risco de contaminação do uniforme com sangue e secreções corporais do usuário; 4. Usar máscara, touca e óculos de proteção ou face shield quando houver risco de respingos de sangue e secreções na face; 5. Desprezar agulhas e instrumentos cortantes em caixas pérfuro cortante e nunca reencapar agulhas. <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Norma Regulamentadora 32 (NR 32) veda o uso de adornos nos serviços de saúde bem como o uso de calçados abertos. 			

3.2. TÉCNICAS DE HIGIENE PESSOAL DO PROFISSIONAL

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 07	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Todos os profissionais da equipe de saúde.		
ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE HIGIENE PESSOAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções.</p> <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavar as mãos ou usar soluções anti-sépticas antes e depois de qualquer procedimento. - Usar luvas quando tocar em sangue e secreções corporais, mucosas ou lesão de pele de qualquer usuário, quando realizar punção venosa periférica. - Usar avental quando houver risco de contaminação do uniforme com sangue e secreções corporais. - Usar máscara, touca e protetor de olhos (óculos) quando houver risco de respingos de sangue e secreções na face. - Desprezar agulhas e instrumentos cortantes em recipientes rígidos e nunca reencapar agulhas. 			

3.3. TÉCNICA DE HIGIENE DAS MÃOS

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 08	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnicos de Enfermagem, Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médicos.		
HIGIENE SIMPLES DAS MÃOS			
<p>OBJETIVO: Garantir a higienização das mãos, através da remoção de sujidades e redução dos micro-organismos evitando a transmissão de infecções.</p>			
<p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papel toalha; • Pia com torneira e água limpa; • Sabão líquido. 			
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Retirar os adornos (anéis, pulseiras, relógio) das mãos e antebraços; 2. Abrir a torneira e molhar as mãos, sem encostar na pia; 3. Ensaboar as mãos, friccionando-as no mínimo por 30 segundos conforme a seqüência: <ul style="list-style-type: none"> • Palma contra palma, realizando movimentos circulares; • Palma direita sobre o dorso da mão esquerda com os dedos entremeados e vice-versa; • Palma contra palma, friccionando a região interdigital com os dedos entremeados; • Dedos semi fechados em gancho da mão esquerda contra a mão direita e vice-versa; • Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa; • Movimento circular para frente e para trás friccionando as polpas digitais e unhas 			

da mão direita sobre a palma da mão esquerda e vice-versa;

4. Enxaguar as mãos retirando totalmente o resíduo de sabão, iniciando com os dedos voltados para cima para que a água escorra pelos punhos;
5. Enxugar com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
6. No caso de torneiras de fechamento manual, fechar a torneira com papel toalha;
7. Desprezar o papel toalha na lixeira para resíduos comuns.

Observações:


- A duração de todo o procedimento deve durar de 40 a 60 segundos;
- Os cinco momentos certos para higienização das mãos compreendem: antes de tocar o paciente, antes de realizar procedimento limpo/asséptico, após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções, após tocar o paciente e após tocar superfícies próximas ao paciente;
- Mantenha as unhas naturais, curtas e limpas. Vale ressaltar que esmaltes na cor escura e unhas postiças dificulta a visualização de sujidades e a execução correta da higienização das mãos;
- A NR 32 veda o uso de adornos no ambiente de trabalho.

TÉCNICA DA LAVAGEM DAS MÃOS

PROCEDIMENTO PARA LAVAGEM E DESINFECÇÃO DAS MÃOS




3.4. TÉCNICA DE FRICÇÃO E ANTISSÉPTICAS DAS MÃOS (ALCÓOL)

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 09	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnicos de Enfermagem, Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médicos.		
FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Garantir a higienização das mãos ao reduzir a carga microbiana prevenindo a transmissão de infecção.</p> <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparação alcoólica em gel ou líquida a 70%. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Retirar os adornos (anéis, pulseiras, relógio) das mãos e antebraços; 2. Aplicar o Álcool Gel ou líquido a 70 % nas mãos secas e em concha, friccionando-as no mínimo de 20 a 30 segundos conforme a seqüência: <ul style="list-style-type: none"> • Palma contra palma, realizando movimentos circulares; • Palma direita sobre o dorso da mão esquerda com os dedos entremeados e vice-versa; • Palma contra palma, friccionando a região interdigital com os dedos entremeados; • Dedos semi fechados em gancho da mão esquerda contra a mão direita e vice-versa; • Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa; • Movimento circular para frente e para trás friccionando as polpas digitais e unhas 			

da mão direita sobre a palma da mão esquerda e vice-versa;
3. Com as mãos secas considera-se o procedimento finalizado.

3.5. USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) E EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA (EPC)

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 010	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Todos os profissionais da Equipe de Saúde		
USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) E EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA (EPC)			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Proporcionar a segurança dos profissionais da saúde.</p> <p>MATERIAIS:</p> <p>Aventais Impermeáveis, Botas de PVC, Gorros ou Tocas, Luvas de Segurança, Máscara de proteção, óculos de proteção, Sapatos de Segurança.</p> <p>ORIENTAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não utilizar anéis, pulseiras, relógios e outros adornos. - Manter cabelos limpos, quando compridos, mantê-los preso. - Manter barba e bigode aparados. - Manter as unhas aparadas e limpas. - Os uniformes devem ser mantidos limpos e em bom estado de conservação. - Higienizar as mãos ao iniciar as atividades, antes e após o uso de luvas e após o término das atividades. - Realizar as atividades utilizando uniforme, luvas de segurança, calçado fechado impermeável ou bota. Avental, gorro, óculos e máscara de proteção. - As luvas de segurança, panos, baldes e outros materiais utilizados para limpeza de pisos e sanitários não deverão ser utilizados para limpeza das demais superfícies. 			

- Não tocar em superfícies como maçanetas, bancadas, torneiras, interruptores, telefones, dentre outros com as mãos enluvadas.
- Todo material usado na limpeza e desinfecção (baldes, panos, etc.) e EPI passível de reutilização (luvas de segurança, óculos, etc.) devem ser higienizados e guardados em local apropriado, ao término das atividades.
- O local para higienização e guarda dos materiais e EPI utilizados na limpeza deverá ser exclusivo para tal finalidade e possuir tanque com ponto de água corrente, suportes abastecidos com sabonete líquido e papel toalha, lixeira com tampa, pedal e saco plástico, suportes para secar os panos, prateleiras de material impermeável e lavável para armazenar os produtos de limpeza.

AVENTAIS IMPERMEÁVEIS:

Utilizados nas tarefas em que exista risco de umidade e respingo de líquidos diversos no corpo.

- ✓ Limpeza e conservação:
 - Lavar com água e detergente neutro.
 - Enxaguar e secar cuidadosamente.
 - Friccionar as superfícies externa e interna do avental com álcool 70 %.
 - Esperar secar e repetir três vezes a aplicação.

BOTAS DE PVC:

Utilizadas para proteção dos pés e pernas durante as atividades de limpeza e desinfecção onde há contato com umidade excessiva e produtos químicos. São de uso individual, sendo aconselhável utilizar com os pés limpos e meias de algodão. Devem ser de cano médio com solado reforçado antiderrapante.

- ✓ Limpeza e conservação:
 - Lavar com água e detergente.
 - Enxaguar.
 - Colocar para secar em local ventilado.

GORROS OU TOCAS:

Devem ser descartáveis, de uso individual, para proteção dos cabelos nas atividades onde há possibilidade de respingo de líquidos diversos, proteção contra contaminação em procedimentos e para limpeza de áreas acima do nível da cabeça, onde há possibilidade de projeção de poeira (teto, parede, janela, etc.). A touca deverá cobrir todo cabelo.

LUVAS DE SEGURANÇA:

Utilizadas para proteção das mãos e antebraços durante as atividades de limpeza e desinfecção. Devem ser de látex natural, com forro, superfície antiderrapante e de cano longo. São de uso individual.

✓ Limpeza e conservação:

- Lavar com água e detergente a parte externa das luvas, antes de serem retiradas.
- Enxaguar as mãos enluvadas com água corrente e secar com compressa ou pano de limpeza.
- Retirar as luvas pelo avesso e limpar com compressa ou pano umedecido em água e detergente. Remover o detergente com pano úmido e secar as luvas.
- Calçar luvas de procedimentos e imergir as luvas em Hipoclorito de Sódio 1% por 30 minutos.
- Enxaguar abundantemente em água corrente e secar com compressa ou pano de limpeza.
- Acondicionar em saco plástico ou recipiente fechado.

MÁSCARA DE PROTEÇÃO:

Utilizadas nas tarefas onde há possibilidade de respingo de líquidos diversos na boca e no nariz e para limpeza de áreas acima do nível da cabeça, onde há possibilidade de projeção de poeira (teto, parede, janela, etc.). São descartáveis e de uso individual. As máscaras devem ser retangulares, com três camadas de falso tecido, peça flexível para ajuste sobre o nariz e tiras para fixação à cabeça.

ÓCULOS DE PROTEÇÃO:

Utilizados nas tarefas onde há possibilidade de respingo de líquidos diversos no rosto e para limpeza de áreas acima do nível da cabeça, onde há possibilidade de projeção de poeira (teto, parede, janela, etc.). Os óculos devem ser confeccionados com armação e visor em policarbonato, proteção lateral, lente transparente com tratamento especial contra riscos, arranhões e embaçamento.

✓ Limpeza e conservação:


- Lavar com água e detergente neutro.
- Enxaguar abundantemente.
- Secar bem com compressa ou pano de limpeza.
- Desinfetar por meio de imersão em Hipoclorito de Sódio 1% por 30 minutos.
- Enxaguar abundantemente em água corrente.
- Secar com compressa ou pano
- Acondicionar em saco plástico ou recipiente fechado.

SAPATO DE SEGURANÇA:

Utilizados no uso diário, nas atividades onde não há contato com umidade. Devem ser totalmente fechados e com sola antiderrapante. São de uso individual, sendo aconselhável utilizar com os pés limpos e meias de algodão. Limpeza conforme orientação do fabricante.

ATENÇÃO: Substituir o EPI quando estiverem em mau estado de conservação e higienizar Conforme rotina da unidade.

3.6. TÉCNICA DE CALÇAR LUVAS ESTÉREIS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP			
	Número:	Data da validação:	Data da Revisão:
	POP- 011	02/10/2023	02/10/2024
	EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem, Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médicos.		
CALÇAR LUVAS ESTÉREIS			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Garantir a proteção individual do profissional de saúde, prevenir a contaminação dos materiais estéreis, procedimentos cirúrgicos, invasivos e a transmissão de infecções.</p> <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luva estéril de tamanho adequado; • Papel toalha; • Pia com torneira, água limpa e sabão líquido. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento; 2. Selecionar o tamanho correto da luva a ser utilizado, examinar a integridade da embalagem e a data de validade; 3. Abrir a embalagem externa da luva estéril, descartando-a na lixeira de resíduo comum; 4. Colocar a embalagem interna com a luva estéril em cima do balcão ou pia de inox, higienizados; 5. Abrir a embalagem interna da luva estéril utilizando a aba própria para não contaminar; 6. Segurar com o indicador e polegar da mão não dominante a aba dobrada no punho da luva e introduzir a mão dominante, calçando-a sem tocar na parte estéril 			

da luva, que deverá estar com os dedos direcionados para baixo;

7. Estique a palma da mão enluvada com o polegar abduzido e introduza os quatro dedos da mão entre a dobra da aba da outra luva. Permaneça segurando-a e promovendo a abertura do espaço para introduzir a outra mão;

8. Após a colocação da segunda luva, ajeitar as luvas, entrelaçar as mãos acima do nível do punho. Os punhos da luva costumam descer após a aplicação. Certificar-se de tocar somente os lados estéreis;

9. Ter o cuidado de não tocar em nenhuma parte do corpo e/ou objetos após o calçamento das luvas para evitar a contaminação, podendo cruzar as mãos até que se realize algum procedimento;

10. Retirar as luvas estéreis após o uso pela borda externa da luva da mão não dominante em direção à ponta dos seus dedos até que a luva se dobre, pegue cuidadosamente a dobra e puxe em direção às pontas dos seus dedos. À medida que puxar você colocará a luva ao avesso. Continue puxando a dobra até que a luva esteja quase que totalmente removida, mantendo-a segura na palma da mão dominante;

11. Escorregue o dedo indicador da mão sem luva por baixo da luva que permanece. Continue a inserir seu dedo em direção à sua ponta até que quase metade do dedo esteja sob a luva. Gire o seu dedo a 180° e puxe a luva ao avesso e em direção à ponta dos seus dedos. À medida que fazer isso a primeira luva será contida dentro da segunda luva. O lado interno da segunda luva também será virado ao avesso;


12. Pegue as luvas firmemente por meio da superfície não-contaminada (o lado que estava inicialmente tocando sua mão e as despreze na lixeira de resíduo contaminado (saco branco).

OBSERVAÇÕES:

- O uso das luvas não substitui a higiene das mãos, o que deve ocorrer antes e após a retirada delas;
- A luva estéril está indicada para procedimentos cirúrgicos, procedimentos invasivos (cateterismo vesical) e em curativos que necessitem de técnica estéril na ausência de pinças estéreis.

4. ASSISTÊNCIA À SAÚDE

4.1. ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 012	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações para subsidiar o estabelecimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem, assegurando uma assistência eficaz e isenta de riscos e danos ao paciente e respaldo para o profissional do ponto de vista legal e ético.</p> <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <p>* SERÁ ANOTADAS NO PRONTUÁRIO GERAL E FICHAS DE ATENDIMENTOS (CASO PUERICULTURA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registrar nome completo do paciente, data, hora do atendimento e idade; 2. Condições de chegada (deambulando, cadeira de rodas etc.); 3. Presença de acompanhante ou responsável; 4. Queixas relacionadas ao motivo da procura pelo atendimento; 5. Registrar procedimentos/cuidados realizados incluindo o atendimento às prescrições de enfermagem, médicas, fisioterapia e odontológicas cumpridas, além dos cuidados de rotina e encaminhamentos; 6. Registrar as observações efetuadas e sinais e sintomas referidos pelo paciente; 7. Registrar intercorrências com o paciente; 8. Registrar resposta do paciente frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro e/ou médico e a conduta adotada em cada situação; 9. Registrar as orientações fornecidas a fim de garantir o atendimento seguro ao 			

paciente e ao profissional;


10. Carimbar e assinar;

11. Realizar registro do atendimento em ficha de produção / sistema de informação.

OBSERVAÇÕES:

- Devem ser registrado em impresso próprio e padronizado pela Instituição com letras legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;
 - Devem conter assinatura, carimbo e identificação do profissional ao final de cada registro;
 - Não conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
 - Não deve ser utilizado corretivo ou qualquer forma para apagar o registro realizado por tratar-se de um documento legal.
 - Caso aconteça uma anotação errada, deve-se utilizar o termo “digo” entre vírgulas;
 - Nunca registrar procedimento ou cuidado feito por terceiros;
 - Conter observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;
 - Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm etc.), quantidade (ml etc.), coloração e forma (curativo e sondagens);
 - Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco etc.);
- Conter apenas abreviaturas previstas em literatura e utilizar terminologias nas anotações;
- Devem ser referentes aos dados simples que não requeiram maior aprofundamento científico;
 - O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos.

4.2. AFERIÇÃO DE ESTATURA

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 013	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2023
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiro e Médicos.		
AFERIÇÃO DE ESTATURA			
<p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aferir a estatura dos pacientes para consultas, atendimento a demanda espontânea, acompanhamento de programas sociais e atividades externas. <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Álcool a 70%; - Régua Antropométrica ou Antropômetro; - Sabão líquido. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <p>Crianças menores de 01 metro:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher o paciente e/ou acompanhante; 2. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento; 3. Deitar a criança na maca, em decúbito dorsal, descalça e com a cabeça livre de adereços; 4. Manter, com a ajuda do responsável: <ul style="list-style-type: none"> - A cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito; - Os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro; - Os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro; - Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, 			

mantendo-os estendidos;

- Manter os membros inferiores unidos, com pés em ângulo de 90° em relação a antropômetro;

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

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

6. Retirar a criança;

7. Realizar anotação, carimbar e assinar;

8. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;

9. Manter a sala em ordem.

Crianças maiores de 01 metro, adolescentes e adultos:

1. Certificar-se que a balança plataforma está afastada da parede, destravar e calibrar a balança quando necessário;

2. Posicionar o paciente descalça, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento, de costas para o antropômetro;

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

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

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

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

7. Realizar anotação, carimbar e assinar;

8. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;

9. Manter a sala em ordem.


Medindo crianças menores de 2 anos

ANTROPÓMETRO HORIZONTAL

1º PASSO >



4.3. AFERIÇÃO DO PESO

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 014	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiro e Médicos.		
AFERIÇÃO DE PESO			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Aferir o peso dos pacientes para consultas, atendimento a demanda espontânea, acompanhamento de programas sociais e atividades externas.</p> <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Álcool a 70%; - Balança pediátrica, mecânica, digital; - Sabão líquido; - Papel toalha. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Balança pediátrica:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ligar a balança; 2. Constatar que a balança está calibrada, caso contrário calibrá-la; 3. Acolher o paciente e/ou acompanhante; 4. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento; 5. Limpar o prato da balança pediátrica com álcool a 70%, antes e após o procedimento e forrar com papel toalha; 6. Despir a criança com o auxílio do responsável; 7. Colocar a criança sentada ou deitada no centro da bandeja; 8. Orientar o responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança e no equipamento; 9. Esperar até que o peso no visor estabilize e realizar a leitura; 			

10. Retirar a criança e informar ao responsável o valor aferido;
11. Realizar anotação, carimbar e assinar;
12. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;
13. Manter a sala em ordem.

- Balança mecânica de plataforma:


1. Destruar a balança;
2. Verificar se a balança está calibrada, caso contrário calibrá-la;
3. Travar a balança;
4. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
5. Acolher o paciente, identificar-se e orientá-lo quanto ao procedimento;
6. Posicionar o paciente de costas para a balança, no centro do equipamento, descalça com o mínimo de roupa possível, com os pés unidos e os braços estendidos ao longo do corpo;
7. Destruar a balança;
8. Mover os cursores, maior e menor, sobre a escala numérica para registrar o peso;
9. Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;
10. Realizar a leitura de frente para o equipamento;
11. Travar a balança;
12. Solicitar ao paciente que desça do equipamento;
13. Informar ao paciente o valor aferido, realizar anotação;
14. Retornar os cursores ao zero na escala numérica;
15. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;
16. Manter a sala em ordem.

- Balança eletrônica (digital):

1. Ligar a balança, esperar que o visor zere;
2. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
3. Acolher o paciente, identificar-se e orientá-lo quanto ao procedimento;
4. Posicionar o paciente no centro da balança descalça, com o mínimo de roupa possível, ereto, com os pés unidos e os braços estendidos ao longo do corpo;

5. Realizar a leitura após o valor do peso estiver fixado no visor;
6. Solicitar ao paciente que desça do equipamento;
7. Informar ao paciente o valor aferido e realizar anotação e assinar;
8. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;
9. Manter a sala em ordem.

4.4. AFERIÇÃO DE TEMPERATURA CORPÓREA

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 015	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiro e Médicos.		
AFERIÇÃO DE TEMPERATURA CORPÓREA			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Aferir a temperatura dos pacientes que se encontram em consulta ou em acolhimento na sala de procedimentos.</p> <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Algodão; - Álcool a 70%; - Termômetro digital / infravermelho. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Termômetro digital:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher o paciente e/ou acompanhante; 2. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento; 3. Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes com algodão umedecido com álcool 70%, antes e após o procedimento; 4. Zerar a temperatura armazenada anteriormente; 5. Ajudar o paciente a ficar em posição de decúbito dorsal ou sentado; 6. Solicitar que o paciente retire a roupa que cobre o ombro e o braço; 7. Posicionar o termômetro no centro da axila, com o bulbo em contato direto na pele do paciente, abaixando o braço sobre o termômetro e colocando-o sobre o tórax do cliente; 8. Manter o termômetro na posição até o sinal sonoro; 			

9. Retirar o termômetro;
10. Informar ao paciente o valor aferido e assinar;
11. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;
12. Guardar o termômetro em recipiente adequado;
13. Manter a sala em ordem.

- Termômetro infravermelho:


1. Acolher o paciente e/ou acompanhante;
2. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
3. Ligar o termômetro e verificar se o número zero aparece no visor;
4. Apontar o termômetro para o centro da testa, mantendo um ângulo de 90°;
5. Aguardar o sinal sonoro, ou o aparecimento do valor aferido no visor;
6. Informar ao paciente o valor aferido, anotar e assinar;
7. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;
8. Guardar o termômetro em recipiente adequado;
9. Manter a sala em ordem.

Observações:

- Nomenclatura e valores de referência:

- Hipotermia: Temperatura abaixo de 35°C;
- Afebril: 36.1 a 37.2°C;
- Estado febril: 37.3 a 37.7°C;
- Febre / Hipertermia: 37.8 a 38.9°C;
- Pirexia: 39.0 a 40.0°C;
- Hiperpirexia: Acima de 40°C.

4.5. AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 016	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiro e Médicos.		
AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Detectar precocemente desvios de normalidade; indicar variações individuais de níveis pressóricos (sistólico e diastólico) para avaliar se o cliente está normotenso, hipotenso ou hipertenso.</p> <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Algodão; - Álcool a 70%; - Esfigmomanômetro; - Estetoscópio. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher o paciente e/ou acompanhante; 2. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento; 3. Realizar a desinfecção do estetoscópio e esfigmomanômetro com algodão umedecido em álcool 70%, antes e após o procedimento; 4. Determinar o melhor membro para aferição da Pressão Arterial; 5. Orientar o usuário a descansar de 5 a 10 minutos antes da aferição da Pressão Arterial; 6. Em caso de usuário fumante, se tiver ingerido bebida alcoólica, café ou tenha realizado atividade física, solicitar que descanse por 30 minutos; 7. Investigar se o paciente se encontra de bexiga vazia; 8. Orientar o paciente a assumir a posição sentada ou deitada e manter as pernas 			

descruzadas;

9. Pedir ao usuário que não fale durante o procedimento;

10. Expor o membro escolhido para a aferição;

11. Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo levemente fletido;

12. Palpar a artéria braquial, posicionar o manguito a 2,5 cm acima do sítio de pulsação (espaço antecubital). Em caso de aferição em membros inferiores, palpar a artéria poplítea com membro estendido;

13. Posicionar o manômetro verticalmente, no nível do olho;

14. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível a pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar 30 segundos antes de inflar novamente;

15. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;

16. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica;

17. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo;

18. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente;

19. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação;

20. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff);

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

22. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff);


23. Remover o manguito do membro;

24. Se for necessário repetir a aferição, aguardar de um a dois minutos;
25. Avaliar o valor obtido;
26. Informar ao usuário os valores encontrados e realizar anotação de enfermagem, com valor e braço onde foi aferido, assinar e carimbar no prontuário;
27. Intervir e solicitar atendimento do enfermeiro/médico se necessário;
28. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação; 29. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observações:

- Observar a calibragem do esfigmomanômetro;
- Observar o tamanho adequado do esfigmomanômetro de acordo com o membro;
- Manter o esfigmomanômetro sempre limpo e desinfetado;
- Não aferir a pressão arterial em membros que tiveram: fístula endovenosa, cateterismo, plegias, punção venosa e membro que for do lado mastectomizado do paciente.

4.6. AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR


	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 017	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiro e Médicos.		
AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Verificar e/ou avaliar a taxa de glicose no sangue capilar.</p> <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Álcool a 70%; - Algodão; - Caixa coletora de material pérfuro- cortante; - EPI (luvas de procedimento e jaleco); - Glicosímetro e Fitas reagentes para glicose, específica ao aparelho utilizado no momento; - Lancetas e/ou agulha 13 x 4,5mm ou 13x3,8mm estéreis; - Papel toalha; - Sabão líquido. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher o paciente e/ou acompanhante; 2. Conferir a prescrição médica ou de enfermagem; 3. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento; 4. Certificar se a fita reagente está na validade e a calibragem do aparelho; 5. Orientar o usuário ou acompanhante sobre o procedimento; 6. Calçar as luvas de procedimento; 7. Ligar o aparelho e posicionar a fita e o glicosímetro de modo a facilitar a deposição da gota de sangue no local adequado; 			

8. Segurar a lanceta sem tampa ou agulha e fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
9. Com a outra mão, limpar a área com algodão seco (o álcool pode se misturar com sangue e alterar o resultado do teste). Em caso de sujidade visível, solicitar que o usuário lave as mãos;
10. Com a lanceta ou agulha, fazer uma punção na ponta do dedo escolhido, preferencialmente na lateral do dedo, onde a dor é minimizada, a fim de obter uma gota suficiente para preencher o campo reagente, sem ordenhar o local;
11. Pressionar o local lancetado com algodão seco enquanto aguarda o tempo necessário para o resultado do exame;
12. Informar o resultado obtido ao usuário ou acompanhante;
13. Desprezar a fita reagente e a lanceta na caixa específica para material perfurocortante;
14. Fazer a desinfecção do glicosímetro com álcool a 70%;
15. Retirar as luvas de procedimento e desprezar em lixo de material infectante;
16. Guardar o equipamento em local adequado;
17. Realizar anotação no prontuário em casos de consultas médica;
18. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;
19. Intervir e solicitar atendimento do enfermeiro/médico se necessário;
23. Manter a sala em ordem.

Observações:

- Seguir as instruções dos fabricantes dos glicosímetros, checando as recomendações específicas, verificando a validade das fitas reagentes e a compatibilidade entre o número do código com o número do lote da fita utilizada;
- Evitar locais frios, cianóticos ou edemaciados para a punção para assegurar uma amostra de sangue adequada;
- Cumprir rodízio dos locais de punção;
- Amostras de sangue escorridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas.


4.7. MEDIDA DE PERÍMETRO CEFÁLICO E TORÁCICO

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 018	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiro e Médicos		
MEDIDA DE PERÍMETROS CEFÁLICO E TORÁCICO - CRIANÇAS			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Identificar anormalidades relacionadas ao crescimento e desenvolvimento.</p> <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Algodão; - Álcool a 70%; - EPI: Jaleco e Luvas de procedimento, se necessário; - Fita Métrica. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher o paciente e/ou acompanhante; 2. Higienizar as mãos, antes e após procedimento; 3. Separar o material necessário; 4. Fazer desinfecção da fita métrica com algodão umedecido em álcool a 70% e aguardar secagem espontânea; 5. Calçar as luvas de procedimentos, se indicado; 6. Posicionar a criança sobre a maca em decúbito dorsal; 7. Ajustar a fita métrica em torno da cabeça, logo acima da sobrancelha, passando sobre a linha supra auricular até o polo occipital; 8. <u>Mensuração torácica</u>: ajustar a fita métrica em torno da região torácica altura dos mamilos da criança, passando pela região dorsal até encontrar nos mamilos novamente; 			

8. Realizar a leitura;
9. Retirar as luvas, caso tenham sido utilizadas;
10. Registrar em caderneta da criança, prontuário, planilha de produção / sistema de informação, assinar e carimbar;
11. Manter a sala em ordem.




4.8. PROVA DO LAÇO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP			
	Número: POP- 019	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Enfermeiros e auxiliares/ técnicos de enfermagem, porém, a interpretação deve ser realizada por profissional médico e enfermeiro.		
PROVA DO LAÇO			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Identificar doenças como Dengue, Escarlatina ou Trombocitopenia.</p> <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caneta; - Esfigmomanômetro e estetoscópio. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher o paciente e/ou acompanhante; 2. Higienizar as mãos, antes e após procedimento; 3. Reunir e organizar os materiais necessários; 4. Desenhar um quadrado com uma área de 2,5 x 2,5 cm no antebraço; 5. Aferir a pressão arterial do paciente; 6. Insuflar o manguito até o ponto médio entre a pressão arterial máxima e mínima (para saber o valor médio é preciso somar a pressão arterial máxima com a pressão arterial mínima e depois dividir por 2. Por exemplo, se o valor de pressão arterial for 120x80mmHg, deve-se insuflar o manguito até os 100 mmHg); 7. Manter o manguito insuflado por 5 minutos em adultos e 3 minutos em crianças (menor que 13 anos); 8. Soltar o ar do manguito, retirá-lo do braço do paciente e procurar por petéquias; 9. Solicitar ao médico ou enfermeiro a avaliação referente ao número de petéquias dentro do quadrado; 			

10. Considerar positiva quando houver 20 ou mais petéquiias em adultos e 10 ou mais em crianças.
11. Organizar ambiente de trabalho;
12. Registrar em prontuário, carimbar e assinar;
13. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação. ;
14. Manter a sala em ordem.



4.9. COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP			
	Número: POP- 20	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Enfermeiros e Médicos		
COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Rastreamento de avaliação ginecológica das mulheres em idade fértil.</p> <p>MATERIAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espéculo (tamanho pequeno, médio e grande). - Lâmina com uma extremidade fosca. - Espátula de Ayre. Escova cervical. - Par de luvas para procedimento. - Formulário de requisição do exame. - Lápis n.º. 2 (para identificação da lâmina). - Máscara cirúrgica e óculos de proteção. - Fixador apropriado. Recipiente para acondicionamento das lâminas. - Lençol para cobrir a cliente. - Avental. - Foco de Luz. <p>AÇÕES:</p> <p>Descrição do procedimento</p> <p><u>ANTES DE INICIAR A COLETA:</u></p> <p>* <u>acolhimento:</u></p> <p>1- Perguntar se está grávida ou suspeita estar. Caso afirmativo não colher material endocervical.</p>			

2- Identificar a lâmina, na extremidade fosca, com lápis n.º 2, com as iniciais do nome da mulher, data de nascimento, data da coleta e estabelecimento de saúde. Identificar o frasco que vai acondicionar a lâmina com o nome completo da mulher, data de nascimento, data da coleta e estabelecimento de saúde.

COLETA:

- 3- Crie um ambiente acolhedor respeitando a privacidade da mulher;
- 4- Orientar a mulher sobre o desenvolvimento do exame, sobre a importância;
- 5- Ouvir as queixas e necessidades da paciente;
- 6- Preencher o formulário completo (colo e mamas – se necessário), com letra legível e sem rasura;
- 7- Solicite á cliente que esvazie a bexiga;
- 8- Colocar a mulher na posição ginecológica adequada, o mais confortável possível;
- 9- Cubra-a com o lençol;
- 10- Posicionar o foco de luz;
- 11- Colocar as luvas descartáveis;
- 12- Inicie o exame, expondo somente a região a ser examinada:
 - Observar atentamente os órgãos genitais externos, prestando atenção na anatomia e se á alterações aparente.

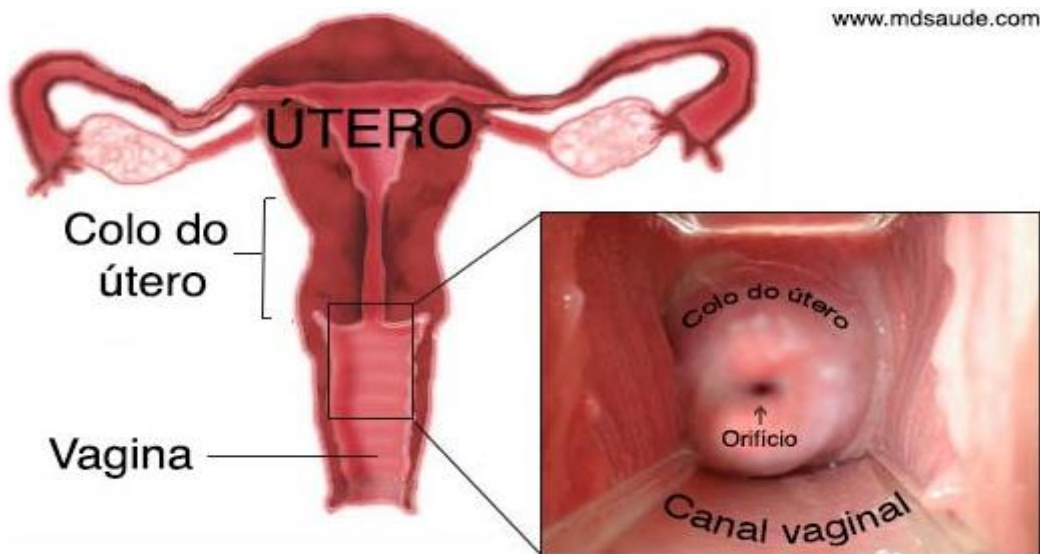
PÓS- COLETA:

- Organizar a sala ao final dos exames;
- Armazenar as caixinhas com as lâminas utilizadas para coleta do material no recipiente próprio.
- Encaminhar as pinças cheron utilizada para CME;
- Cada enfermeiro é responsável pela sua coleta, digitação no sistema e anotar prontuário.
- Repor os materiais faltosos na unidade de coleta.


Observação:

As lâminas dos exames são encaminhadas para laboratório apoio MICROPAR – LONRINA. Sendo de responsabilidade da ENFERMEIRA NATIELI PAVAN realizar

os relatórios, envio (lâminas) e recebimento dos laudos prontos. E SOLICITAR OS KITS PARA EXAMES E FICHAS DE REQUISIÇÃO NA 18ª REGIONAL DE SAÚDE.



4.10. TÉCNICA DA COLETA DE ESCARRO


	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 21	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem, Enfermeiro e Médico.		
COLETA DE ESCARRO			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Coletar escarro de pacientes sintomáticos respiratórios para diagnóstico precoce de Tuberculose ou para controle de pacientes em tratamento.</p> <p>- NA UBS a enfermeira Débora os pacientes a coletar no domicílio.</p> <p>- CASO PACIENTE NECESSITAR DE COLETA NA NA UBS, SEGUE ABAIXO OS REQUISITOS:</p> <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <p>01 cuba rim ou bandeja;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sabão líquido; • Papel Toalha; • EPIs (Luvas de procedimento, máscara de proteção respiratório (N95), óculos de proteção, gorro e avental descartável); Frasco coletor com tampa rosqueável (capacidade de 35 - 50 ml) • Etiqueta de identificação do material; • Caixa térmica ou de isopor com termômetro; • Gelox; • Requisição padrão para baciloscopia de escarro; • Livro sintomático respiratório ou de acompanhamento. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <p>1. Acolher o paciente e/ou acompanhante;</p>			

2. Preencher corretamente todos os campos da requisição de baciloscopia de escarro e/ou teste rápido molecular com os dados do paciente;
3. Identificar como 1º, 2º amostra ou controle de tratamento;
4. Realizar higienização das mãos;
5. Identificar o frasco (a etiqueta deve ser fixada na parte externa do frasco, em local que não comprometa a observação da graduação do volume. Nunca fixar etiqueta na tampa);
6. Devem ser coleta de 05 a 10 ml de escarro;
7. Levar o paciente para área bem ventilada ou externa, desde que se mantenha a privacidade do paciente;
8. Paramentar-se com EPIs;
9. Colocar a máscara N95, durante todo o período de atendimento de sintomáticos respiratórios ou de casos que ainda estão com baciloscopia positiva;
10. Orientar o paciente sobre os seguintes procedimentos:
 - Peça que o paciente lave as mãos e higienize a cavidade oral com água, antes de entregar o pote. Caso o paciente use prótese dentária, ele deverá retirá-las antes de higienizar a cavidade oral;
 - Inspirar profundamente, reter o ar por alguns instantes (segundos) e expirar. Após repetir o procedimento três vezes e tossir;
 - Imediatamente após o ato da tosse produtiva, o paciente deverá abrir o pote e expectorar a secreção dentro do mesmo, sem encostar os lábios no bote ou tocar a parte interna com os dedos, pois há risco de contaminação da amostra;
 - Repetir o procedimento até obter o volume necessário para realizar o exame. Caso não seja possível o volume de 10 ml, estimular o paciente a coletar o máximo de secreção possível;
 - Fechar o pote rosqueando firmemente;
 - Colocar a amostra de escarro na cuba rim ou bandeja e encaminhar e armazenar a amostra de escarro na caixa térmica ou de isopor com gelox e termômetro com temperatura entre 2°C a 8°C. A amostra pode ficar armazenada por até 24 horas em caixa térmica, após esse período, a amostra deverá ser armazenada em geladeira exclusiva para material biológico com temperatura entre 2°C a 8°C e por no máximo 7 dias;
 - Retirar EPIs e descartar em lixo infectante;

- Retira máscara e óculos
 - Higienizar as mãos com água e sabão;
 - Registrar em prontuário e livro de sintomático respiratório (livro azul) para busca ativa ou em livro de acompanhamento (livro verde) para baciloscopia de escarro de controle mensal;
- Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;
- Manter a sala em ordem.



4.11. PUNÇÃO VENOSA - Administração medicamentos endovenosos e coleta de sorologia

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 22	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem, Enfermeiro e Médico.		
TÉCNICAS PARA PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA e COLETA DE SOROLOGIAS			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Realizar adequadamente punção venosa para administração de medicamentos e/ou soluções intravenosas.</p> <p>Recursos necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Álcool a 70%; - Algodão; - Bandeja; - Caixa para descarte de material perfurocortante; - Cateter tipo jelco ou scalp, de calibre adequado; (na UBS mais utilizado scalp) EPI's (jaleco, luva para procedimento, óculos de proteção, sapato fechado); - Garrote; - Luvas de procedimento de látex; - Micropore ou esparadrapo. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <p>✓ Medicação injetável (EV) e Coleta de sangue para Sorologias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher o paciente e/ou acompanhante; 2. Recolher a receita prescrita com a medicação; 3. Higienizar as mãos, antes e após procedimento; 4. Paramentar-se com EPIs; 5. Reunir e organizar os materiais necessários; 			

6. Preparar a medicação na seringa;

6.1 Casos de coleta de sorologias:

- ✓ Preparar (a seringa e os tubos de coleta identificados com data, nome, data de nascimento, nome do exame);
- ✓ Manter uma caixa térmica com termômetro gelox na temperatura ideal **(+) 4 a (+) 8°C** durante a coleta e após transporte;
- ✓ Encaminhar as amostras para o laboratório de análises conveniado (laboratório São Marcos, Lab + e laboratório Cisnop);

7. Inspeccionar Membros superiores, a fim de identificar previamente veias pouco tortuosas e com calibre adequado para a medicação ou infusão a ser ministrada;

8. Garrotear o membro escolhido acima do local da punção;

9. Realizar antissepsia do local, com algodão embebido em álcool a 70% e aguardar secar;

10. Tracionar levemente a pele abaixo do local escolhido para inserção de jelco / SCALP;

11. Inserir o cateter paralelamente à veia, em uma inclinação de 30 a 45%, com bisel voltado para cima, até ocorrer refluxo sanguíneo;

12. Após retorno do sangue, reduzir o ângulo de inclinação do cateter a fim de evitar transfixar a veia até sua completa introdução (no caso de jelco, avançar o cateter dentro da veia, enquanto o guia/agulha é simultaneamente retirado);

13. Retirar o garrote;

14. Infundir a medicação lentamente;

15. Retirar o acesso e colocar com curativo adesivo;

16. Descartar material utilizado, atentando para os perfurocortante;


17. Organizar ambiente de trabalho;

18. Registrar em prontuário, carimbar e assinar;

19. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;

20. Manter a sala em ordem.


4.12. TÉCNICAS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAVENOSA

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 23	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiro.		
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAVENOSA			
<p>OBJETIVO: Administrar medicamentos por via intravenosa.</p> <p>OBSERVAÇÃO: MEDICAÇÃO UTILIZADA NA UBS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DIPIRONA - DEXAMETAZONA <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Álcool a 70%; - Algodão e/ou gaze; - Agulha para aspirar medicação (40 x 12 ou equivalente); - Bandeja; - EPI's (jaleco, luva para procedimento e óculos de proteção, sapato fechado); - Fita crepe ou etiqueta para identificação; - Medicamento e diluente prescritos; - Seringa (conforme o volume da medicação a ser ministrada); - Scalp n°21/23; - Solução fisiológica, se necessário. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher o paciente e/ou acompanhante; 2. Verificar a prescrição no prontuário ou solicitar ao paciente a receita médica; 3. 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. Higienizar as mãos, antes e após procedimento;
5. Reunir e organizar materiais necessários;
6. Selecionar a ampola, observando nome, validade, alteração de cor e presença de resíduos;
7. Escolher seringa de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrado.
8. Fazer antisepsia das ampolas com auxílio do algodão e álcool 70%. Em caso de frasco ampola retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão e realizar desinfecção;
9. Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão ou gaze, pressionando-a entre os dedos indicadores e polegar da mão dominante;
10. Realizar o preparo / diluição da medicação conforme prescrito;
11. Puncionar acesso venoso periférico:
12. Testar acesso venoso periférico, atentando para permeabilidade, sinais de infiltração e/ou flebite;
13. Administrar a medicação conforme prescrição, observando o paciente e as reações apresentadas;
14. Desprezar o conjunto de seringa e agulha (sem encapá-la) na caixa de descarte de material perfurocortante e os demais materiais em lixo correspondente;
15. Organizar ambiente de trabalho;
16. Registrar em prontuário, carimbar e assinar;
17. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;
18. Manter a sala em ordem.

4.13. TÉCNICAS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 24	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiro.		
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRAMUSCULAR			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Realizar administração de medicamentos pela via intramuscular.</p> <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agulha para aspiração (40 x 12); - Agulha para administração CERTA; - Álcool a 70%; - Bandeja; - Caixa de material perfurocortante; - EPI (jaleco, luvas de procedimento, sapato fechado); - Gaze estéril ou algodão; - Medicamento prescrito; - Seringa descartável. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher o paciente e/ou acompanhante; 2. Verificar a prescrição no prontuário ou solicitar ao paciente; 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. Higienizar as mãos, antes e após procedimento; 5. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 			

6. Fazer a desinfecção no frasco ou ampola com algodão umedecido em álcool a 70%;
7. Preparar (diluir) a medicação, se necessário;
8. Aspirar o conteúdo do frasco utilizando agulha 14 x 12 ;
9. Trocar a agulha (25 x 7, 25 x 8, 30 x 7), de acordo com a característica do paciente e da medicação;
10. Retirar o ar da seringa;
11. Informar e explicar o procedimento ao paciente;
12. Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento;
13. Calçar as luvas de procedimento;
14. Expor a área de aplicação e definir o local da administração;
15. Palpar o músculo (medição do local) e fazer a antisepsia do local;
16. Pinçar com os dedos a pele ao redor do local da administração;
17. Inserir a agulha da injeção em um ângulo de 90° em relação ao músculo;
18. Aspirar lentamente o êmbolo da seringa e certificar-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo. Caso retorne sangue descarta-se seringa agulha e medicamento e repete-se o procedimento com medicamento e material estéreis;
19. Injetar lentamente o conteúdo da seringa;
20. Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;
21. Aplicar leve compressão ao local com gaze ou algodão;
22. Recolher o material utilizado;
23. Desprezar os resíduos em lixos correspondentes;
24. Descartar o material perfurocortante na caixa de material perfurocortante (sem desconectar a agulha da seringa e sem reencapá-la);
25. Retirar a luva de procedimento;
26. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
27. Organizar ambiente de trabalho;
28. Registrar em prontuário, carimbar e assinar;
29. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;
30. Manter a sala em ordem.

4.14. TÉCNICAS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÂNEA

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 25	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiro.		
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEA			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Realizar administração de medicamentos pela via subcutânea.</p>			
<p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Álcool a 70%; - Algodão; - Bandeja; - EPI's (jaleco, luvas de procedimento, sapato fechado); - Gaze estéril; - Luvas de procedimento; - Medicamento prescrito; - Seringa de 1 ml; - Agulha 13 x 4,5. 			
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher o paciente e/ou acompanhante; 2. Verificar a prescrição no prontuário ou solicitar ao paciente; 3. 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. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 5. Higienizar as mãos, antes e após procedimento; 			

6. Preparar o medicamento utilizando a agulha de aspiração e a seringa de 1 ml;
7. Retirar a agulha de aspiração e inserir a agulha 13 x 4,5 na seringa;
8. Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
9. Informar e explicar o procedimento ao paciente;
10. Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento;
11. Fazer a antisepsia do local;
12. Pinçar com os dedos a pele do local de administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão dominante);
13. Inserir em um único movimento a seringa com a agulha 13x4,5 no tecido subcutâneo em um ângulo de 90°;
14. Injetar lentamente o medicamento com a mão oposta que segura a seringa (soltar a prega do tecido);
15. Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;
16. Aplicar leve compressão ao local com gaze ou algodão;
17. Recolher o material utilizado e desprezar os resíduos;
18. Descartar o material perfurocortante na caixa apropriada (sem desconectar a agulha da seringa e sem reencapá-la);
19. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
20. Organizar ambiente de trabalho;
21. Registrar em prontuário, carimbar e assinar;
22. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;
23. Manter a sala em ordem.


OBSERVAÇÕES:

- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- Administrar um volume máximo entre 0,5 ml e 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamento);
- Locais mais indicados para aplicação de medicamentos por via subcutânea: deltóide no terço proximal, face externa do braço, face externa da coxa, parede

abdominal e região escapular; Introduzir a agulha em ângulo de 90° quando hipodérmica ou 45° quando agulhas comuns ou hipodérmicas em crianças;

- Após aplicação de insulina ou heparina, o local não deve ser massageado;
- Realizar rodízio nos locais de aplicação.

4.15. TÉCNICAS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 26	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiro.		
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ORAL (VO)			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Realizar administração de medicamentos pela via oral.</p> <p><i>OBSERVAÇÃO: - Administrar medicamentos (VO) aos pacientes em caso de urgências/ emergências conforme a solicitação médica. Ex: pressão elevada, febre, dor e etc.</i></p> <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bandeja; - Conta gotas (se necessário); - Canudinho (se necessário); - Copinho descartável; - Copo com água (se necessário); - Espátula (se necessário); - Medicamento prescrito; - Seringa (se necessário); - Triturador de comprimidos (se necessário). <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher o paciente e/ou acompanhante; 2. Verificar a prescrição no prontuário ou solicitar ao paciente; 3. 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. Higienizar as mãos, antes e após procedimento;
5. Colocar o medicamento no copinho (diluir se necessário);
6. Informar o procedimento ao paciente;
7. Entregar o copinho com o medicamento e o copo com água ao paciente;
8. Esperar o paciente deglutir todos (s) medicamento(s);
9. Recolher o material utilizado;
10. Desprezar os resíduos;
11. Organizar ambiente de trabalho;
12. Registrar em prontuário, carimbar e assinar;
13. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;
14. Manter a sala em ordem.

Observações:


- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- Caso o paciente esteja impossibilitado, colocar o medicamento direto em sua boca (necessidade do uso da luva de procedimento) e verificar sua efetiva deglutição;
- Apresentação em pó deve ser diluída antes de ser ingerida;
- Conferir necessidade de refrigeração e prazo de validade após reconstituição do medicamento.

4.16. TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 27	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiro.		
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INALATÓRIA			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Administrar medicamentos por via inalatória através de aparelho nebulizador.</p> <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ampola / frasco de SF 0,9% ou água destilada; - Aparelho nebulizador; - EPI's (jaleco, luvas de procedimento, máscara descartável, sapato fechado); - Extensor; - Máscara facial; - Medicamento prescrito (se houver). <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher o paciente e/ou acompanhante; 2. Verificar a prescrição no prontuário ou solicitar ao paciente; 3. 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. Higienizar as mãos, antes e após procedimento; 5. Separar os medicamentos prescritos; 6. Colocar os medicamentos no reservatório do inalador; 			

7. Conectar o Reservatório do inalador ao tubo extensor e ligar no fluxômetro;
8. Regular a quantidade de oxigênio de acordo com a prescrição médica;
9. Observar a saída de vapor pela máscara;
10. Fixar a máscara ao rosto do paciente (na indisponibilidade de fixação, orientar ao mesmo que mantenha a máscara junto ao rosto);
11. Orientar que o paciente mantenha a respiração normal;
12. Observar alterações de sinais vitais durante a terapia;
13. Organizar ambiente de trabalho;
14. Registrar em prontuário, carimbar e assinar;
15. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;
16. Manter a sala em ordem.

4.17. ROTINA DA SALA DE CURATIVO


	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 28	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem, Enfermeiro e Auxiliar de serviços gerais.		
SALA DE CURATIVO			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Estabelecer rotinas de organização e funcionamento da sala de curativo.</p>			
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos, antes e após cada procedimento; 2. Verificar a higienização da sala e solicitar limpeza se necessário, conforme rotina estabelecida; 3. Realizar checagem de materiais, medicamentos e almotolias da sala de curativo antes de iniciar o atendimento; 4. Solicitar ao responsável da escala a reposição de materiais necessários (máscara, luvas, gorro, S.F. a 0,9%, gaze, atadura, esparadrapo, micropore, agulhas, bisturi, seringas, anestésicos e etc.); 5. Na falta de materiais como papel toalha, lençol de papel, álcool gel, solicitar ao Auxiliar de Serviços Gerais/Gerência; 6. Verificar a data de validade dos materiais esterilizados e encaminhar os materiais vencidos para a Esterilização; 7. Executar rotina de troca de curativo conforme orientação deste manual e protocolo de feridas do município; 8. Organizar a sala. 			
<p>OBSERVAÇÕES:</p> <p>- Os curativos limpos devem ser preferencialmente realizados antes dos</p>			

contaminados;

- Caso sejam usadas cubas ou bacias de metal, usar sacos plásticos individuais para cobri-las, dando destinação apropriada aos mesmos após o procedimento;
- Colocar o material utilizado em recipiente adequado, encaminhando-o ao expurgo ao término do procedimento;
- Proceder à desinfecção da bandeja ou mesa de curativos após a execução de cada curativo com álcool a 70%.

- Após a realização dos curativos infectados deve ser realizada limpeza terminal pela equipe da limpeza- segue escala e rotina de limpeza na sala de enfermagem;

4.18. TÉCNICAS DE REALIZAÇÃO DE CURATIVO:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 29	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
EXECUTANTE: Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos.			
REALIZAÇÃO DE CURATIVO			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Auxiliar o processo de cicatrização e proteger a ferida contra contaminação</p> <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EPIs (luvas de procedimentos de látex, máscara, óculos, gorro, jaleco/avental); - Bandeja; - Material de curativo; - Soro Fisiológico a 0,9%; - Pacotes de gaze estéril. - Álcool a 70%; - Medicação prescrita. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher o paciente e/ou acompanhante; 2. Higienizar as mãos, antes e após procedimento; 3. Reunir e organizar os materiais necessários; 4. Verificar prescrição no prontuário e/ou solicitar ao paciente; 5. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 6. Paramentar-se com os EPIs; 7. Promover privacidade e conforto para realização do procedimento; 8. Posicionar o paciente em decúbito favorável à realização do procedimento; 9. Remover curativo anterior com o auxílio de irrigação de soro fisiológico e 			

descartá-lo adequadamente em lixo infectado;

10. Retirar as luvas de procedimento;

11. Higienizar as mãos conforme protocolo;

12. Calçar novas luvas de procedimento;

13. Irrigar ferida abundantemente com soro fisiológico;

14. Utilizar-se de gazes estéreis para remoção suave de resquícios ou sujidades de curativo anterior, sem realizar fricção danosa ao tecido existente (toda a técnica é realizada em sentido único e a gaze utilizada em cada etapa deve ser desprezada);

15. Manter leito úmido, todavia sem acúmulos;

16. Secar bordas com auxílio de gaze estéril;

17. Aplicar tratamento e cobertura específica ao tecido condizente com o material preconizado pelo protocolo institucional e/ou prescrição;

18. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

19. Retirar os EPIs e higienizar as mãos;


20. Organizar ambiente de trabalho;

21. Registrar em prontuário, carimbar e assinar;

22. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;

23. Manter a sala em ordem.


4.19. TÉCNICA DE RETIRADA DE PONTOS CIRÚRGICOS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 30	Data da validação: 02/10/2023
	Data da Revisão: 02/10/2024	
EXECUTANTE: Auxiliares / Técnicos de Enfermagem, Cirurgião-dentista, Enfermeiros, Médicos e Dentistas		
RETIRADA DE PONTOS CIRÚRGICO		
<p>OBJETIVO:</p> <p>Auxiliar o processo de cicatrização e proteger a ferida contra contaminação.</p>		
<p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EPIs (luvas de procedimentos de látex, máscara, óculos, gorro, jaleco/avental); • Bandeja; • Kit para retirada de pontos (tesoura de Íris, pinça Kelly, pinça anatômica, dente de rato ou Kocker e bisturi); • Soro Fisiológico a 0,9%; • Álcool a 70%; • Agulha 40x12 mm; • Pacotes de gaze estéril. 		
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher o paciente e/ou acompanhante; 2. Higienizar as mãos, antes e após procedimento; 3. Reunir e organizar os materiais necessários; 4. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 5. Paramentar-se com os EPIs; 6. Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar limpeza local com soro 		

fisiológico;

7. Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, próximo a pele com a tesoura de Íris ou bisturi;
8. Colocar os pontos retirados sobre uma gaze;
9. Cobrir a ferida se houver necessidade;
10. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
11. Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
12. Organizar ambiente de trabalho;
13. Registrar em prontuário, carimbar e assinar;
14. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;
15. Registrar no sistema **ESUS PEC**;
16. Manter a sala em ordem.

4.20. TÉCNICAS CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 31	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
EXECUTANTE: Enfermeiros e Médicos.			
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Controlar o volume urinário e possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução.</p> <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EPIs (avental descartável, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luva de procedimento, luva estéril e touca); • Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cuba redonda, pinça cheron); • Campo fenestrado; • Compressas de gaze estéril; • Sonda de Foley de calibre adequado; • Sistema fechado de drenagem urinária estéril; • Ampola de água destilada (quantidade para encher o balonete conforme discriminado na sonda); • Agulha para aspiração; • Fita adesiva (esparadrapo ou adesivo hipoalergênico); • Lidocaína gel; • PVPI tópico ou clorexidina degermante; • Seringa de 20ml sem luer lock. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p>			

Pacientes do sexo feminino:

1. Acolher a paciente e/ou acompanhante;
2. Verificar a prescrição no prontuário ou solicitar ao paciente;
3. Higienizar as mãos, antes e após procedimento;
4. paramentar-se com EPIs;
5. Reunir o material;
6. Proporcionar privacidade a paciente fechando a porta;
7. Posicionar a paciente confortavelmente;
8. Explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
9. Colocar o recipiente para descarte próximo a paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;
10. Solicitar ou desnudar a paciente da cintura para baixo, expondo somente a parte geniturinária;
11. Calçar as luvas de procedimento;
12. Realizar higiene íntima na paciente;
13. Retirar o material utilizado na higiene íntima;
14. Desprezar as luvas e higienizar as mãos;
15. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica;
16. Colocar solução antisséptica na cuba redonda;
17. Abrir pacotes de gaze no campo estéril, agulha e seringa e colocá-los no campo estéril;
18. Colocar anestésico na gaze com técnica asséptica;
19. Abrir o invólucro da sonda de Foley e da bolsa coletora, colocando-as no campo estéril, com técnica asséptica;
20. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados;
21. Calçar as luvas estéreis;
22. Conecte a sonda no coletor de urina sistema fechado, feche o clamp de drenagem que fica no final da bolsa e certifique-se que o clamp do circuito próximo da sonda esteja aberto;
23. Aspire à água destilada na seringa (com auxílio de um colega para segurar a ampola);

24. Teste o cuff e a válvula da sonda instilando a água destilada;
25. Lubrificar extremidade da sonda com pomada anestésica;
26. Realizar antissepsia com pinça e gaze embebida em antisséptico, na seguinte ordem:
 - Região inguinal distal, região inguinal proximal, monte púbico, grandes lábios, abrir grandes lábios e higienizar pequenos lábios e vestíbulo (uretral e introito vaginal);
27. Realizar a antissepsia da vulva, dos grandes lábios, pequenos lábios, orifício uretral e do orifício vaginal, com PVPI tópico, trocando a gaze em cada etapa (toda a técnica é realizada em sentido único e a gaze utilizada em cada etapa deve ser desprezada);
28. Posicionar campo fenestrado, compressa ou gaze estéril;
29. 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;
30. Com a mão dominante, introduzir a sonda lubrificada (mais ou menos 10 cm);
31. Aguardar a drenagem de urina até a bolsa coletora;
32. Insuflar o balão com água destilada, de acordo com orientação do fabricante e puxar a sonda até sentir a ancoragem do balão no trígono vesical;
33. Realizar a limpeza da solução antisséptica;
34. Realizar fixação da sonda em região interna da coxa;
35. Deixar paciente confortável;
36. Retire as luvas estéreis e despreze o material descartável em saco de lixo apropriado;
37. Calçar as luvas de procedimento;
38. Identificar a bolsa coletora com a data, calibre da sonda foley e nome do funcionário;
39. Organizar ambiente de trabalho;
40. Recolher material e descartar em lixo apropriado;
41. Desprezar os materiais perfuro cortantes em recipiente adequado;
42. Lavar a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool a 70%;
43. Retire e despreza as luvas de procedimento;
44. Registrar em prontuário quantidade e características da urina drenada, carimbar

e assinar;

45. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação ESUS PEC;

46. Manter a sala em ordem.

Paciente do sexo masculino:

1. Acolher a paciente e/ou acompanhante;
2. Verificar a prescrição no prontuário ou solicitar ao paciente;
3. Higienizar as mãos, antes e após procedimento;
4. Paramentar-se com EPIs;
5. Reunir o material;
6. Proporcionar privacidade a paciente fechando a porta;
7. Posicionar a paciente confortavelmente;
8. Explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
9. Colocar o recipiente para descarte próximo a paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;
10. Solicitar ou desnudar a paciente da cintura para baixo, expondo somente a parte geniturinária;
11. Calçar as luvas de procedimento;
12. Realizar higiene íntima na paciente;
13. Retirar o material utilizado na higiene íntima;
14. Desprezar as luvas e higienizar as mãos;
15. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica;
16. Colocar solução antisséptica na cuba redonda;
17. Abrir pacotes de gaze no campo estéril, agulha e seringa e colocá-los no campo estéril;
18. Colocar anestésico na gaze com técnica asséptica;
19. Abrir o invólucro da sonda de Foley e da bolsa coletora, colocando-as no campo estéril, com técnica asséptica;
20. Colocar o paciente em posição de decúbito dorsal com as pernas estendidas;
21. Calçar as luvas estéreis;


22. Após enluvar as mãos, colocar 8 ml de pomada anestésica na seringa com o auxílio de outra pessoa;
23. Conecte a sonda no coletor de urina sistema fechado, feche o clamp de drenagem que fica no final da bolsa e certifique-se que o clamp do circuito próximo da sonda esteja aberto;
24. Aspire a água destilada na seringa (com auxílio de um colega para segurar a ampola);
25. Teste o cuff e a válvula da sonda instilando a água destilada;
26. Realizar antisepsia com pinça e gaze embebida em antisséptico, na seguinte ordem:
 - Região inguinal distal, região inguinal proximal, monte púbico, bolsa escrotal;
27. Segurar o corpo do pênis com a mão não-dominante e auxílio de uma gaze e realizar antisepsia da base do pênis a glândula. Retrair o prepúcio e realizar antisepsia da glândula e meato uretral (toda a técnica é realizada em sentido único e a gaze utilizada em cada etapa deve ser desprezada);
28. Posicionar campo fenestrado, compressa ou gaze estéril;
29. Segurar o pênis perpendicular ao corpo do paciente;
30. Introduzir anestésico com auxílio da seringa;
31. Introduzir a sonda uretral até a sua extremidade (18 a 20 cm), com movimentos circulares, com o pênis elevado perpendicularmente e baixar o pênis lentamente para facilitar a passagem;
32. Aguardar a drenagem de urina até a bolsa coletora;
33. Insuflar o balão com água destilada e puxar a sonda até sentir a ancoragem do balão no trígono vesical;
34. Retire o excesso de anestésico e antisséptico da região com gaze;
35. Realizar fixação da sonda em área supra púbica;
36. Retire as luvas estéreis e despreze o material descartável em lixo apropriado;
37. Calçar as luvas de procedimento;
38. Identificar a bolsa coletora com a data, calibre da sonda foley e nome do funcionário;
39. Deixar paciente confortável;
40. Organizar ambiente de trabalho;
41. Recolher material e descartar em lixo apropriado;

42. Desprezar os materiais perfuro cortantes em recipiente adequado;
43. Lavar a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool à 70%;
44. Retire as luvas de procedimento;
45. Registrar em prontuário quantidade e características da urina drenada, carimbar e assinar;
46. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação ESUS PEC;
47. Manter a sala em ordem.

Observações:

- O procedimento deve ser realizado preferencialmente com o auxílio de outro profissional, a fim de garantir a técnica asséptica;
- Para realizar este procedimento é necessária prescrição /e ou indicação médica.

4.21. TÉCNICAS CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 32	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Enfermeiros e Médicos.		
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Esvaziamento vesical e/ou coleta de amostra para exame.</p> <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EPIs (avental descartável, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luva de procedimento, luva estéril e touca); - Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cuba redonda, pinça cheron); - Campo fenestrado; - Compressas de gaze estéril; • Frasco para coleta de urina se necessário; • Lidocaína gel; • PVPI tópico ou clorexidina degermante; • Seringa de 20ml sem luer lock; • Sonda uretral de alívio estéril descartável de tamanho apropriado; • Lençol. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <p><u>Paciente do sexo feminino:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolher a paciente e/ou acompanhante; 2. Verificar a prescrição no prontuário ou solicitar a paciente; 3. Higienizar as mãos, antes e após procedimento; 4. Paramentar-se com EPIs; 5. Reunir o material; 			

6. Proporcionar privacidade a paciente fechando a porta ou posicionando biombo;
7. Posicionar a paciente confortavelmente;
8. Explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
9. Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;
10. Solicitar ou desnudar a paciente da cintura para baixo, expondo somente a parte geniturinária;
11. Realizar higiene íntima da paciente;
12. Retirar o material utilizado na higiene íntima;
13. Desprezar as luvas e higienizar as mãos;
14. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica;
15. Colocar solução antisséptica na cuba redonda;
16. Abrir pacotes de gaze no campo estéril;
17. Colocar anestésico na gaze com técnica asséptica;
18. Abrir o invólucro da sonda uretral, colocando-a na cuba rim, com técnica asséptica;
19. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados;
20. Calçar as luvas estéreis;
21. Lubrificar a extremidade da sonda com pomada anestésica;
22. Realizar antisepsia com pinça e gaze embebida em antisséptico, na seguinte ordem:
 - Região inguinal distal, região inguinal proximal, monte púbico, grandes lábios, abrir grandes lábios e higienizar pequenos lábios e vestíbulo (uretral e introito vaginal);
 - Realizar a antisepsia da vulva, dos grandes lábios, pequenos lábios, orifício uretral e do orifício vaginal, com PVPI tópico, trocando a gaze em cada etapa (toda a técnica é realizada em sentido único e a gaze utilizada em cada etapa deve ser desprezada);
23. Posicionar campo fenestrado, compressa ou gaze estéril;
24. 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;

25. Com a mão dominante, introduzir a sonda lubrificada (mais ou menos 10 cm), colocar a outra extremidade na cuba rim para receber a urina drenada ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial;
26. Aguardar o esvaziamento completo da bexiga;
27. Ao término do fluxo urinário, retire delicadamente a sonda e seque a região com gaze;
28. Retire as luvas estéreis e despreze o material descartável em saco de lixo apropriado;
29. Calçar as luvas de procedimento;
30. Desprezar urina em vaso sanitário ou expurgo;
31. Realizar limpeza da solução antisséptica;
32. Deixar paciente confortável;
33. Organizar ambiente de trabalho;
34. Recolher material e descartar em lixo apropriado;
35. Lavar a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool à 70%;
36. Retire as luvas de procedimento;
37. Realizar SAE, registrar em prontuário quantidade e características da urina drenada, carimbar e assinar;
38. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação;
39. Manter a sala em ordem.

Paciente do sexo masculino:

1. Acolher o paciente e/ou acompanhante;
2. Verificar a prescrição no prontuário ou solicitar ao paciente;
3. Higienizar as mãos, antes e após procedimento;
4. Paramentar-se com EPIs;
5. Reunir o material;
6. Proporcionar privacidade a paciente fechando a porta ou posicionando biombo;
7. Posicionar a paciente confortavelmente;
8. Explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de

iniciar a execução;

9. Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;

10. Solicitar ou desnudar a paciente da cintura para baixo, expondo somente a parte geniturinária;

11. Calçar as luvas de procedimento;

12. Realizar higiene íntima no paciente;

13. Retirar o material utilizado na higiene íntima;

14. Desprezar as luvas e higienizar as mãos;

15. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica;

16. Colocar solução antisséptica na cuba redonda;

17. Abrir pacotes de gaze no campo estéril;

18. Abrir seringa de 20 ml no campo estéril;

19. Abrir o invólucro da sonda uretral, colocando-a na cuba rim, com técnica asséptica;

20. Colocar o paciente em posição de decúbito dorsal com as pernas estendidas;

21. Calçar as luvas estéreis;

22. Após enluvar as mãos, colocar 8 ml de pomada anestésica na seringa com o auxílio de outra pessoa;

23. Realizar antisepsia com pinça e gaze embebida em antisséptico, na seguinte ordem: - Região inguinal distal, região inguinal proximal, monte púbico, bolsa escrotal;

24. Segurar o corpo do pênis com a mão não-dominante e auxílio de uma gaze e realizar antisepsia da base do pênis a glândula. Retrair o prepúcio e realizar antisepsia da glândula e meato uretral (toda a técnica é realizada em sentido único e a gaze utilizada em cada etapa deve ser desprezada);

25. Posicionar campo fenestrado, compressa ou gaze estéril;

26. Segurar o pênis perpendicular ao corpo do paciente;

27. Introduzir anestésico com auxílio da seringa;

28. Introduzir a sonda uretral até a sua extremidade (18 a 20 cm), com movimentos circulares, com o pênis elevado perpendicularmente e baixar o pênis lentamente para facilitar a passagem;

29. Colocar a outra extremidade na cuba rim para receber a urina drenada ou coletar


a urina caso seja para exame laboratorial;

30. Aguardar o esvaziamento completo da bexiga;
31. Ao término do fluxo urinário, retire delicadamente a sonda e o excesso de anestésico e antisséptico da região com gaze;
32. Retire as luvas estéreis e despreze o material descartável em lixo apropriado;
33. Calçar as luvas de procedimento;
34. Desprezar urina em vaso sanitário ou expurgo;
35. Deixar paciente confortável;
36. Organizar ambiente de trabalho;
37. Recolher material e descartar em lixo apropriado;
38. Lavar a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool à 70%;
39. Retire as luvas de procedimento;
40. Registrar procedimento em prontuário (quantidade e características da urina drenada), carimbar e assinar;
41. Registrar o procedimento na planilha de produção / sistema de informação. ; 42. Manter a sala em ordem.

Observações:

- O procedimento deve ser realizado preferencialmente com o auxílio de outro profissional, a fim de garantir a técnica asséptica.

4.22. TÉCNICA DE PUERICULTURA

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 33	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Enfermeiros e médicos		
PUERICULTURA			
<p>OBJETIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puericultura consiste em um acompanhamento periódico visando à promoção e proteção da saúde das crianças e adolescentes, por meio dela acompanha-se integralmente o ser humano de 0 a 19 anos, sendo possível identificar precocemente qualquer distúrbio de crescimento, desenvolvimento físico e mental, nutricional, dentre outros, compreendendo a criança e o adolescente como um ser em desenvolvimento com suas particularidades. - A periodicidade de acompanhamento dependerá da estratificação de risco da criança, sendo que o calendário mínimo consiste em receber uma visita domiciliar de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) até o 5º dia de vida, para verificar os sinais de alerta relacionados ao recém-nascido e a puérpera, bem como a realização da triagem neonatal e a situação do aleitamento materno. Além disso, a recomendação é de que as consultas sejam mensais até o 6º mês de vida, trimestral do 6º ao 12º mês de vida, semestral do 12º ao 24º mês de vida e anualmente do 3º ao 19º ano de vida. “Na unidade o acompanhamento é de 7 dias a 2 anos de idade”. - A anamnese deve ser completa, com todos os itens de uma anamnese comum, mas devendo também abordar: Antecedentes pessoais da criança com informações desde a sua concepção, com ênfase nos antecedentes patológicos e alimentares, questionando acerca da gestação, nascimento e período neonatal. <p>MATERIAL PARA ATENDIMENTO DA CRIANÇA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sala com maca, balança, fita métrica, termômetro e régua ergométrica; 			

- Prontuário e cartão de vacinação da criança/adolescente;
- Ficha de puericultura formulada pela instituição.

FLUXO DE ATENDIMENTO:

- Sistematizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 - 2 anos, realizado pelas unidades de saúde;
- Realizar atendimento intercalado entre pediatra, enfermeira e grupo multiprofissional – APAE e entre outros profissionais tais como nutricionista e dentista possibilitando o acesso das crianças aos serviços de saúde;
- Instrumentalizar a equipe de saúde para realização do controle de crescimento e desenvolvimento, definindo suas atribuições;
- Capacitar equipe para identificar e captar precocemente crianças de risco (RN de risco, desnutridas) para acompanhamento na unidade de saúde;
- A captação da criança para o controle de crescimento e desenvolvimento deve ser o mais precoce possível, sendo propostas as seguintes alternativas:
 - a) As mães saem orientadas da maternidade sobre cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical, higiene, vacinação e a importância de procurar a unidade básica de saúde mais próxima da residência da mãe a fim de dar continuidade do atendimento com o recém nascido (RN), e puerperal;
 - b) Realizar com os recém-nascidos que chegam às unidades de saúde agendamento de da consulta de enfermagem (puericultura), consulta pediátrica, imunização, etc.;
 - c) visitas domiciliares para crianças nascidas com critérios de risco, identificados pelo SINASC, que não compareceram na unidade de saúde nos primeiros 15 dias de vida;

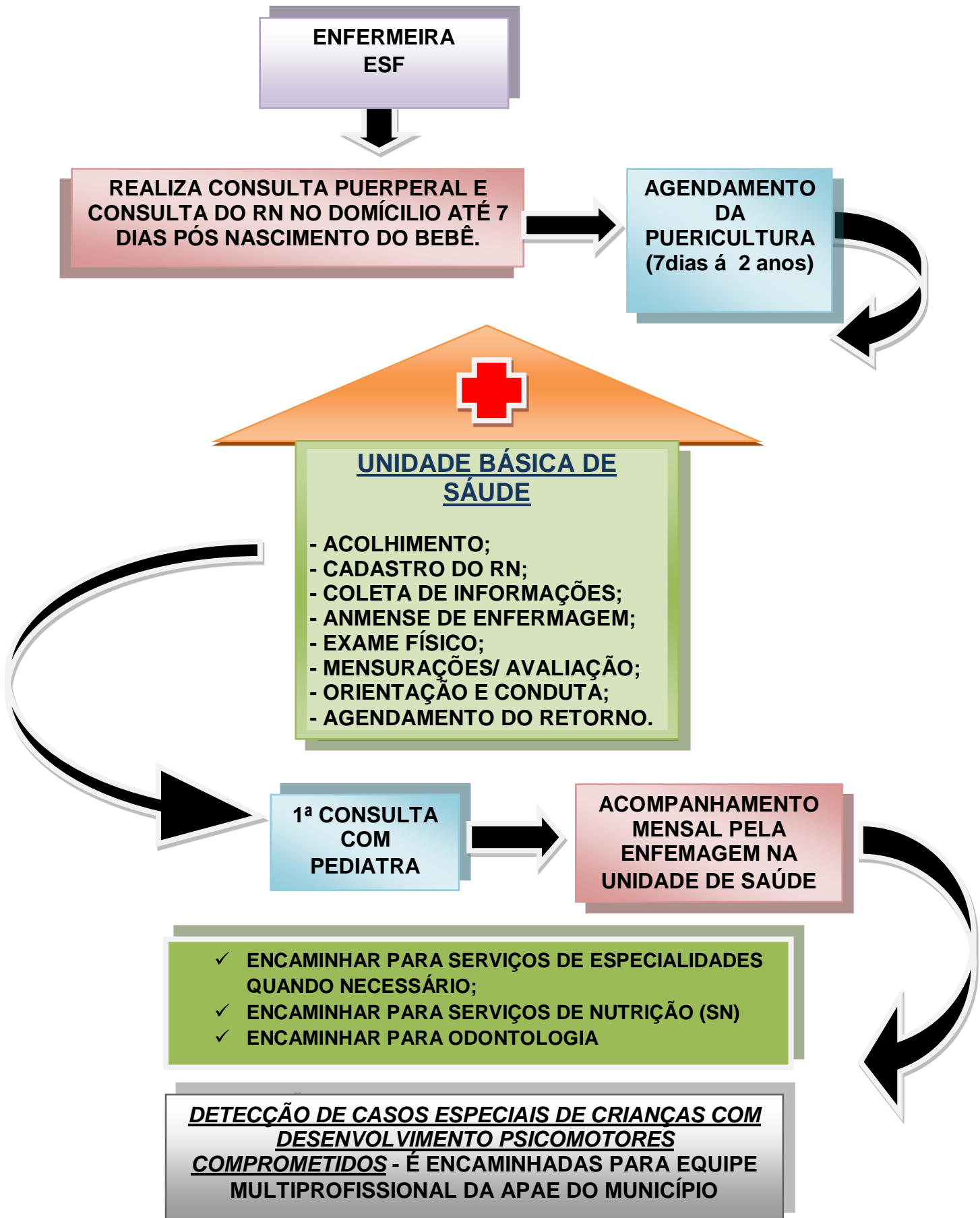
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- **Acolhimento:** Acolher a criança, o adolescente e a família interagindo com eles, demonstrando interesse em ouvi-los e ajudá-los.
- **Coleta de dados:** Realizar o levantamento dos dados através de uma entrevista,


colhendo dados pessoais, história pessoal e familiar, e história atual com atenção especial para as queixas.

- **Em consultas de seguimento de puericultura**, avaliar a condição de crescimento em crianças menores de 10 anos e de desenvolvimento em menores de 36 meses.
- **Realizar antropometria**: verificar SSVV e exame físico completo na primeira consulta (com crianças menores de 2 anos, utilizar a técnica do brinquedo terapêutico para prepará-las para a antropometria e exame físico. Caso a consulta esteja direcionada a com diabetes, observar com atenção as áreas de aplicação de insulina em busca de presença de hiperlipodistrofia).
- **Diagnóstico de Enfermagem**: interpretar os dados coletados, considerando tanto os achados normais como anormais estabelecendo a partir daí um julgamento.
- **Resultados esperados**: estabelecer os resultados esperados dependendo dos diagnósticos, podendo ser estabelecido para aquela consulta ou para as posteriores.
- **Intervenções de Enfermagem**: Implementar as orientações e procedimentos junto ao cliente para atender necessidades identificadas.
- **Avaliação**: Avaliar a compreensão das orientações fornecidas junto à criança, adolescente e família, e verificar se foram implementadas por elas nas consultas posteriores.
- Registrar todos os dados no prontuário do cliente.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NA UBS DE PUERICULTURA



4.23. TÉCNICA DO TESTE DA MÃEZINHA

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 34	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem e Enfermeiros		
TESTE DA MÃEZINHA			
<p>CONCEITO:</p> <p>O Programa de Prevenção das Hemoglobinopatias, mais conhecido como Teste da Mãezinha, é coordenado pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (Sesa), responsável por realizar um conjunto de ações voltadas para a atenção e cuidado da gestante e do recém-nascido no seu primeiro ano de vida.</p> <p>Criado em 2012, o programa é viabilizado pela Fepe, instituição responsável pela análise laboratorial das amostras de sangue coletadas durante o pré-natal.</p> <p>Graças ao Teste da Mãezinha, gestantes de mais de 300 municípios do Estado do Paraná tem o direito de realizar, gratuitamente, o exame para a detecção precoce de hemoglobinopatias, como a Doença Falciforme e a Talassemia Major, além do acesso ao tratamento dos casos identificados.</p> <p>O diagnóstico precoce tem o objetivo de garantir mais segurança para a gestante, ao feto e o recém-nascido, pois, mulheres que apresentam alguma dessas patologias podem sofrer gravidez de risco com crises de dor, infecções e até mesmo o parto prematuro. É importante que o teste seja realizado já no primeiro trimestre de gestação.</p> <p>O Teste da Mãezinha é realizado gratuitamente nas gestantes, sendo idealmente realizado no primeiro trimestre de gestação, e tem como objetivo detectar, prevenir e tratar a Anemia Falciforme, bem como a Talassemia Major.</p> <p>O Teste da Mãezinha tem como objetivo detectar e prevenir as hemoglobinopatias, como a doença falciforme, que é hereditária. A doença é caracterizada por uma alteração da hemoglobina, substância existente no interior dos glóbulos vermelhos do sangue, responsável pelo transporte de oxigênio ao organismo.</p>			

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

O teste necessário para triagem diagnóstica das hemoglobinopatias pode ser realizado de forma simples e segura no primeiro trimestre de gestação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios credenciados à Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional – Fepe.

Uma amostra de sangue da gestante é colhida por punção digital, depositada em papel-filtro e enviada pelos Correios para o Laboratório de Triagem Pré-Natal da Fepe, em Curitiba, onde será analisada.

Em caso de resultado positivo no teste de triagem, a gestante será encaminhada para orientação e acompanhamento junto a uma equipe médica de hematologistas.

MÉTODO DE COLETA:

- Separe todos os materiais necessários;
- Preencha todos os campos da ficha de coleta com caneta azul ou preta;
- Higienize suas mão e calce as luvas, escolha o dedo a ser puncionado (com menos calosidade);
- Faça a antisepsia no local com álcool e deixe secar espontaneamente. Pressione a lanceta na lateral do dedo, aperte firmemente furando a pele.
- Pressione o dedo próximo ao local da perfuração para formação da gota de sangue e preencha todos os círculos do papel filtro;
- Certifique-se que o sangue estela visível no verso do papel filtro;
- Cubra o local com algodão e solicite que faça pressão;
- Entregue o informativo a gestante anexo a ficha de coleta;
- Deixe a ficha de coleta secar por 2 horas;
- Preencha a lista nominal de gestante e o identifique envelope;
- Coloque as fichas de coleta juntamente com a ficha nominal dentro do envelope de porte pago e envie pra FEPE, diariamente pela agencia dos correios.

Obs: os resultados ficará disponível no site da FEPE por 90 dias

✓ www.fepe.org.br

✓ Será fornecida uma senha de acesso.

MODELO DA FICHA DE COLETA


FICHA DE COLETA (FRENTE)

The image shows the front of a pink form titled 'FICHA DE COLETA'. At the top left is the 'Fepe' logo. The main header includes 'PARANÁ GOVERNO DO ESTADO' and 'INFORMATIVO À GESTANTE MÃE PARANAENSE'. A red circle highlights the 'UNIDADE DE SAÚDE' field, which contains the number '02418846'. Below this, there are various data entry fields for patient information, including 'NOME COMPLETO', 'RUA', 'BAIRRO', 'CIDADE', 'CEP', 'UF', 'DDD', 'FONE', and 'CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE ONDE REALIZOU O PRÉ-NATAL'. On the right side, there are fields for 'FEZ TRANSFUÇÃO?', 'DATA DA ÚLTIMA TRANSFUÇÃO?', and 'IDADE GESTACIONAL?'. At the bottom right, there are fields for 'COLETA' (DIA, MÊS, ANO). A red arrow points from the circled 'UNIDADE DE SAÚDE' field to the 'CÓDIGO' field in the bottom section of the form.

PREENCHIMENTO

The image shows the back of the pink form. At the top left is the 'Fepe' logo. The main header includes 'PARANÁ GOVERNO DO ESTADO' and 'INFORMATIVO À GESTANTE MÃE PARANAENSE'. A red box labeled 'RG DA MÃE' points to the 'RG - documento materno' field. Another red box labeled 'CARTÃO SUS' points to the 'Nº DO CARTÃO DO SUS' field. A red box labeled 'CÓDIGO' points to the 'CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE ONDE REALIZOU O PRÉ-NATAL' field. A red box labeled 'TRANSFUÇÃO' points to the 'FEZ TRANSFUÇÃO?' field. At the bottom, a red box contains the text 'COLETAR ANTES SEMPRE !!!!!' with a red arrow pointing to the 'TRANSFUÇÃO' field.

4.24. ROTINAS PARA EXECUÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 35	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
EXECUTANTE: Médicos e enfermeiros capacitados			
TÉCNICA DE REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO * HIV/SÍFILIS/HEPATITE B E HEPATITE C*			
<p>A utilização dos testes rápidos permite atender à crescente demanda pelo diagnóstico aumentando a agilidade da resposta aos indivíduos e permitindo seu rápido encaminhamento para assistência médica e início de tratamento.</p> <p>Os testes laboratoriais convencionais são operacionalmente mais complexos, requerem profissionais especializados em laboratório, infra-estrutura física e de máquinas apropriadas.</p> <p>Além disso, o prazo para entrega dos resultados desses testes pode ser longo, levando o indivíduo a se desinteressar pelo resultado e à conseqüente perda deste pelo sistema de saúde.</p> <p>Ter um diagnóstico positivo precocemente permite que o paciente comece o tratamento no momento certo e tenha uma melhor qualidade de vida.</p> <p>Mães soropositivas podem aumentar suas chances de terem filhos sem o HIV, se forem orientadas corretamente e seguirem o tratamento recomendado durante o pré-natal, parto e pós-parto.</p> <p>OBJETIVO:</p> <p>Investigar a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana <i>HIV</i>, <i>SÍFILIS</i>, <i>HEPATITE B E HEPATITE C</i>.</p> <p>➤ A QUEM O TESTE RÁPIDO É INDICADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • População em geral atendida nos serviços de saúde; • Pacientes em serviços de pronto atendimento (urgência e emergência); 			

- Portadores de Infecções Sexualmente Transmissível (IST) ou casos suspeitos e contactantes;
- Gestantes em rotina de pré-natal, integrantes ou não da REDE MATERNO-INFANTIL (gestantes que apresentarem relato de novo parceiro, sinais e sintomas de IST, parceiro com sinais e sintomas de IST ou tuberculose serão orientadas a repetir os testes em outras oportunidades);
- Parturientes, que são mães de bebês com até 42 dias de vida (o teste é indicado para as parturientes não testadas no pré-natal, sem registro de testagem no pré-natal, que não fizeram pré-natal, portadoras de IST, que trocaram de parceiro no último trimestre e usuárias de drogas);
- Pessoas com diagnóstico de tuberculose ativa ou infecção latente;
- Populações carcerárias;
- Populações indígenas;
- Populações em situação de rua;
- Usuários de drogas;
- Pessoas em situação de exposição sexual de risco ou violência sexual;
- Profissionais de saúde acidentalmente expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados e pacientes-fonte.

➤ **O Que São IST?**

- As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos.
- São transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) sem o uso de preservativo masculino ou feminino, com uma pessoa que esteja infectada.
- A transmissão de uma IST pode acontecer, ainda, da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação.
- O tratamento das pessoas com IST melhora a qualidade de vida e interrompe a cadeia de transmissão dessas infecções.
- O atendimento e o tratamento são gratuitos nos serviços de saúde do SUS. A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passa a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissível (DST), porque

destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas.

➤ **PROCEDIMENTO GERAL TESTAGEM:**

- Os kits (HIV/ sífilis/ hepatite b e hepatite c) são fornecidos pela 18ª regional de saúde;
- Temos uma agenda específica nas quais agendamos as gestantes/parceiros - por trimestres e público não gestantes. Em casos de urgências e emergências realizamos no ato.

➤ **RECURSOS NECESSÁRIOS:**

- Em superfície plana e forrada com papel Separar o material: Kit a ser utilizado, luva, algodão e álcool 70% (evitar que o dedo fique úmido);
- Lavar as mãos e colocar as luvas;
- Abrir as embalagens dos dispositivos para facilitar execução e identificá-los com as iniciais do paciente e horário da coleta;
- Antes de coletar a amostra por punção digital, higienize o dedo, passando uma vez um algodão com álcool 70%, espere o álcool evaporar;
- Massageie o dedo e perfure a lateral da polpa digital com a lanceta fornecida no kit;
- Aperte a pipeta capilar e posicione-a próxima à gota de sangue;
- Solte o bulbo da pipeta capilar lentamente para que a amostra flua para seu interior;
- Dispense o sangue na cavidade da amostra (poço), sem formar bolhas;
- Dispense a quantidade de solução diluente na cavidade da amostra, com o frasco na vertical, sem formar bolhas;
- O tempo de leitura é singular para cada teste, observar especificações do fabricante;
- Utilize os reagentes de cada kit até a data de validade definida pelo fabricante, estampada na parte externa da embalagem. Quando acabar o dispositivo de teste ou o reagente, jogue todo o restante fora, em recipiente apropriado. O dispositivo de teste é descartável e ele deve ser conservado no envelope lacrado até o momento da utilização.
- Todos os dispositivos possuem as letras T e C referenciando respectivamente

TESTE e CONTROLE;

- Em todas as execuções dos testes deve aparecer a marca C na faixa, significando que o teste foi realizado corretamente;
- Quando aparecer a faixa T, ficando, portanto duas faixas pintadas, significa que o teste é reagente;
- O laudo deverá ser entregue ao paciente com todas as informações devidamente preenchidas e mediante a um documento com foto.

➤ FICHA PRÉ-TESTE:

A ficha é preenchida pelo (a) profissional responsável com todos os dados solicitados e assinatura ao final da ficha pelo paciente.

Segue modelo em anexo da ficha de teste e do laudo resultado.

➤ PROCEDIMENTO ESPECÍFICO:

1. TESTE RÁPIDO HIV BIOCLIN E BIO- MANGUINHOS

- Utilizar duas marcas para realizar o exame, sendo uma para realização de rotina e o outro para confirmação se acaso o resultado for positivo.

*Na UBS- padronizamos o Bioclin para realização de rotina e o **BIO-Manguinhos** para confirmatório.*



TÉCNICA UTILIZANDO PUNÇÃO DIGITAL:

Para realização do teste é necessário que o kit e as amostras estejam a temperatura ambiente.

1- Retirar o Dispositivo de Teste (Cassete) da embalagem protetora colocá-lo sobre uma superfície limpa e nivelada, e identificá-lo de forma adequada.

2. Selecionar um dos dedos “Indicador, Médio ou Anelar” para fazer a punção. - Pressionar a ponta do dedo que será perfurada pela lanceta para acúmulo de sangue nesta região.

3. Passar álcool 70% (p/p) na ponta do dedo para assepsia da área utilizada. Espere secar afim de não alterar o teste.

4. Posicionar e pressionar a lanceta com firmeza sob a área a ser puncionada. Em seguida, o sangue sairá pela área perfurada.

5. Coletar o sangue com auxílio da pipeta plástica descartável que acompanha o kit.

6. Aspire o sangue pelo menos até o traço marcado na pipeta plástica descartável.

7. No poço A dispensar o sangue pressionando a pipeta plástica descartável.

8. Segurar o frasco de Diluente (Reagente nº 2) verticalmente e aplicar 2 gotas (70 µL) de diluente no poço B.

9. Aguardar a formação das linhas na janela de leitura. Interpretar os resultados entre 15 e 30 minutos. Não interpretar após 30 minutos.

* **Resultado Reagente:** A amostra é considerada reagente para HIV-1 quando surgem duas linhas coloridas na janela de leitura: linha colorida na área de controle (C) e uma linha colorida na área de teste (T) que contém o número “1”.

A amostra é considerada reagente para HIV-2, quando surgem duas linhas coloridas na janela de leitura: linha colorida na área de controle (C) e uma linha colorida na área de teste (T) que contém o número “2”.

* **Resultado Não Reagente:** Quando o resultado for não reagente, aparecerá somente uma linha colorida na área de controle (C)

Se a linha de controle (C) não aparecer dentro do tempo determinado pelo fabricante para leitura do resultado – isto é, entre 15 e 30 minutos após a adição do diluente –, o teste não será considerado válido, mesmo que apareça alguma linha colorida na área de teste (T).

➤ **NOTAS:**

A linha na região controle aparecerá antes dos 15 minutos do teste, e isso não significa que os resultados possam ser interpretados antes do tempo previsto.

O resultado reagente não irá mudar após 30 minutos de teste, mas o resultado não deve ser interpretado após esse tempo para evitar resultados incorretos.

É importante o uso do volume correto de amostra, pois volumes inferiores ou superiores podem determinar resultados errôneos. Evite a formação de bolhas. O tempo de leitura da reação deve ser seguido conforme a técnica estabelecida, a fim de se evitar falsas interpretações dos resultados.

O HIV-2 apresenta homologia em relação ao HIV-1. Portanto, caso o kit HIV Tri Line apresente resultado reagente para HIV-1 e HIV-2, seguir as orientações do Manual Técnico para o diagnóstico do HIV. Considerando que é raro haver co-infecção por HIV 1 e 2, é provável que o resultado tenha sido causado por reatividade cruzada entre eles. O kit HIV Tri Line é um teste inicial para caracterizar a presença de anticorpos anti-HIV 1, incluindo o subtipo O, e anti-HIV 2. Resultados reagentes devem ser confirmados com outro teste e informações clínicas disponíveis. Os resultados isolados do teste não podem ser utilizados para o diagnóstico definitivo. O resultado não reagente indica que naquele momento não foram detectados anticorpos anti-HIV no indivíduo. Portadores do HIV podem apresentar um período de incubação conhecido como janela imunológica, duração do período entre a infecção pelo HIV até a primeira detecção de anticorpos anti-HIV.

Em casos de suspeita de infecção pelo vírus, a pessoa deve repetir o teste em intervalos periódicos, conforme orientação médica. Os resultados fornecidos por este teste devem ser interpretados pelo profissional habilitado, não sendo o único critério para a determinação do diagnóstico e/ou tratamento do paciente.

A realização do teste não é indicada para a investigação da infecção pelo HIV em crianças com idade inferior a 18 meses. Isto porque, nas amostras das crianças,

podem ser detectados anticorpos maternos, transferidos ao bebê por via placentária. O diagnóstico em crianças abaixo de 18 meses deve ser realizado por meio de testes moleculares.

1.1. Teste Rápido BIO- Manguinhos

O Teste Rápido HIV-1/2 - Bio-Manguinhos é um teste de triagem de uso único, que usa um conjunto de antígenos para detectar anticorpos para HIV-1/2 em sangue total, soro ou plasma humano. O teste baseia-se na tecnologia de imunocromatografia e utiliza plataforma de fluxo lateral. O Teste Rápido HIV-1/2 - Bio-Manguinhos emprega uma combinação de uma proteína conjugada com partículas de ouro coloidal e antígenos de HIV-1/2 ligados a uma fase sólida (membrana). A amostra é aplicada ao poço (S), seguida pela adição de um tampão de corrida. O tampão propicia o fluxo lateral dos componentes, promovendo a ligação dos anticorpos específicos da amostra com o antígeno.

Resultados reativos são evidências de exposição ao HIV-1/2 e podem ser usados como suporte ao diagnóstico clínico. O Teste Rápido HIV-1/2 – Bio-Manguinhos é indicado para uso por profissionais de saúde, de acordo com as instruções fornecidas.

SEGUE EM ANEXO O GUIA DE PROCEDIMENTO DE COLETA DO TESTE BIO-MANGUINHOS.

1.2. TESTE RÁPIDO DE SÍFILIS

1.2.1 FINALIDADE:

Detectar de forma qualitativa o anticorpo contra antígenos do *Treponema pallidum*.

No momento a marca recebida pelo estado é a **Abon**

1.2.2. INDICAÇÃO/ CONTRAINDICAÇÃO:

- ✓ Indicação: homens e mulheres que procurem a unidade de saúde com necessidade de conhecimento de status sorológico, indivíduos com exposição de risco e/ou gestantes;
- ✓ Contraindicação: não se aplica.

MATERIAL:

- kit de Teste Rápido de Sífilis
- Diluente (solução Tampão)
- Alças coletoras descartáveis (pipeta)
- Lancetas descartáveis
- Álcool 70 %
- Algodão
- Luvas de procedimento
- Cronômetro ou relógio
- Recipiente para descarte para material biológico potencialmente infectante
- Caneta com tinta permanente para escrever
- Impresso para emissão do Laudo
- FOLHA DE TRABALHO com nome do testador, data, marca do teste, lote e validade.

DESCRIÇÃO TÉCNICA:

01. Acolher o paciente, explicando o propósito do exame e as etapas do procedimento;
02. Realizar a entrevista padronizada, individualmente com apresentação de documento oficial com foto. E encaminhar para coleta individual.
 - Proporcionar um acolhimento com escuta qualificada, atendimento ético e humanizado;
03. Higienizar as mãos;
04. Retire o suporte de teste do envelope laminado, identifique-o com o nome/número de identificação do indivíduo;
05. Verificar a integridade de todos os componentes do teste de acordo com as orientações do fabricante (bula)



06. Vestir as luvas de procedimento;
07. Coletar da amostra por punção digital (sangue total).
08. Perfurar a extremidade do dedo com a lanceta fornecida no kit.
09. Encostar a pipeta na gota de sangue a ser testado, recolhendo o sangue de acordo com as orientações de cada bula específica de cada teste.
10. Depositar a amostra de sangue coletado pela pipeta no poço do dispositivo do teste de acordo com as instruções da bula.
11. Adicionar as gotas da solução necessárias ao poço de acordo com as instruções da bula, mantendo o frasco na posição vertical (Figura 2).



(Figura 2. Dispositivo de teste)

12. Registrar o horário através do relógio marcando no dispositivo do teste após adicionar a solução tampão.

13. Aguardar o aparecimento da(s) linha(s) colorida(s). Interpretar o resultado. Seguir o tempo necessário para a leitura do resultado segundo as instruções da bula, não devendo realizar a leitura depois de transcorrido esse tempo.
14. Desprezar a lanceta em recipiente para perfurocortante;
15. Desprezar o dispositivo do teste e a pipeta em lixo para descarte de material biológico potencialmente contaminado;
16. Retirar e descartar as luvas de procedimento;
17. Aconselhar o indivíduo quanto às infecções IST, tratamento, janela imunológica, prevenção e sobre os testes rápidos.
18. Interpretar o resultado obtido pelo teste e informar o paciente, mostrando o dispositivo do teste reagente para que seja feita a conferência junto o mesmo;
19. Preencher o laudo do teste rápido, assinar e entregar para o paciente;
20. Necessária titulação para descartar cicatriz sorológica.
20. Se o resultado obtido for reagente, solicitar titulação por meio do exame VDRL;
21. Se houver titulação, iniciar tratamento com prescrição médica.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O TESTE:

Interpretação de resultados (Figura Abaixo):

- ✓ **NÃO REAGENTE:** apenas uma linha colorida é formada na região da linha controle (C). Nenhuma linha é formada na região teste (T);
- ✓ **REAGENTE:** duas linhas coloridas são formadas na janela de resultado. Uma linha colorida é formada na região da linha controle (C) e outra linha colorida é formada na região da linha teste (T);





INVÁLIDO: a linha controle (C) não é formada. Os resultados de qualquer teste que não tenha produzido a linha controle (C) no momento de leitura especificado devem ser descartados. Volume insuficiente de amostra, problemas na migração da amostra ou técnicas de procedimento incorretas são as razões mais prováveis de falha na linha controle (C).



OBSERVAÇÕES:

- CONSULTE SEMPRE A BULA DO TESTE DISPONIBILIZADO, pois algumas orientações podem variar de um laboratório para outro*;
- SEMPRE OFERTAR PARA GESTANTES, visando à diminuição da transmissão vertical;
- Fornecer o resultado acompanhado do laudo, mediante apresentação de documento com foto;
- Laudo sempre assinado e carimbado pelo testador;
- Orientar a necessidade do parceiro (a) realizar o teste rápido para sífilis;
- Notificar o caso no SINAN caso resultado reagente e preencher o cartão de sífilis

formulado pela unidade de saúde.

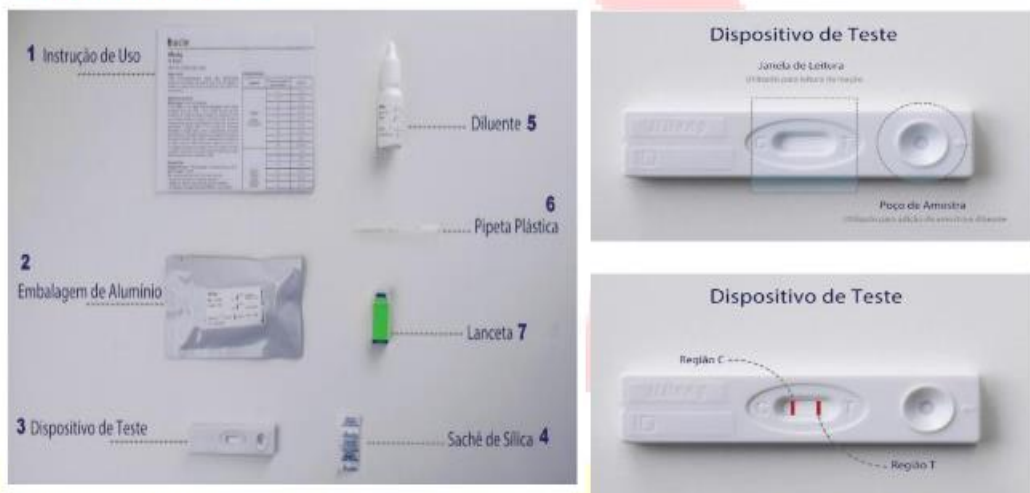
1.3. TESTE RÁPIDO HEPATITE B

Na Unidade básica de saúde atualmente esta sendo utilizada a MARCA BIOCLIN

MATERIAL:

- Luva de procedimento;
- Álcool;
- Algodão;

COMPOSIÇÃO DO KIT HBsAg- BIOCLIN



- 1- Instrução de Uso
- 2- Embalagem de Alumínio contendo:
 - 3- Dispositivo de Teste (Denominado Cassete)
 - 4- Sachê de Sílica
- 5- Diluente
- 6- Pipeta Plástica Descartável
- 7- Lanceta

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

Para realização do teste é necessário que o kit e as amostras estejam a temperatura ambiente.



Retirar o Dispositivo de Teste (cassete) da embalagem protetora.



Colocá-lo sobre uma superfície limpa e nivelada, e identificá-lo de forma adequada.



Selecionar um dos dedos “Indicador, Médio ou Anelar” para fazer a punção. Pressionar levemente a ponta do dedo, onde sera feita a punção, para acúmulo de sangue nesta região



Passar álcool 70% na ponta do dedo para assepsia da área utilizada.



Remover a tampa de proteção da lanceta.



Posicionar e pressionar a lanceta com firmeza. Em seguida, uma gota de sangue sairá pela area puncionada.



Coletar o sangue com auxílio da pipeta plástica descartável que acompanha o kit.



Encoste a pipeta sobre a gota de sangue e deixe o sangue fluir por capilaridade, sem pressionar o bulbo, até o traço marcado na pipeta plástica descartável (equivalente a 75 μ L de sangue).



No poço de amostra, dispensar o sangue pressionando o bulbo da pipeta.



Segurar o frasco de Diluente verticalmente e aplicar 2 gotas (50 μ L) de Diluente no poço de amostra evitando a formação de bolhas.



Aguardar a formação das linhas. **Interpretar os resultados entre 15 e 30 minutos.** Não interpretar após 30 minutos.



Resultado Reagente: A amostra é considerada reagente para HBsAg quando surgem duas linhas coloridas na janela de leitura: linha colorida na área de controle (C) e uma linha colorida na área de teste (T).



Resultado Não Reagente: Quando o resultado for não reagente, aparecerá somente uma linha colorida na área de controle (C).



Se a linha de controle (C) não aparecer dentro do tempo determinado pelo fabricante para leitura do resultado – isto é, entre 15 e 30 minutos após a adição do diluente –, o teste não será considerado válido.



Mesmo que apareça alguma linha colorida na área de teste (T).

1-A linha na região controle aparecerá antes dos 15 minutos de corrida do teste, isso não significa que os resultados possam ser interpretados antes do tempo previsto. Tanto para o resultado reagente quanto não reagente, a leitura pode ser feita no intervalo entre 15 e 30 minutos, nem antes dos 15 minutos e nem após os 30 minutos.

2- É importante o uso do volume correto de amostra, pois volumes inferiores ou superiores podem determinar resultados errôneos.

3-Caso persista a suspeita de infecção pelo HBV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta da primeira amostra para a realização de um novo teste.

4-Segundo o Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais, aprovado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 25, de 01 de Dezembro de 2015, um resultado reagente para HBsAg no teste inicial deve ser confirmado. A pessoa testada deverá ser encaminhada para complementação diagnóstica utilizando testes laboratoriais.

1.4. TESTE RÁPIDO HEPATITE C

PROCEDIMENTO:

O TR é uma ferramenta importante para a ampliação da possibilidade de diagnóstico para Hepatite C (Anti-HCV). Esse teste permite identificar oportunamente o indivíduo que teve contato prévio com o HCV e realizar os devidos encaminhamentos para a complementação diagnóstica e para a vinculação da pessoa ao serviço de saúde.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Teste que estiver em uso;
- Material recomendado pelo Teste em estoque;
- Instrução de uso do Kit;
- Descarte biológico e perfurocortante;
- Cronômetro ou Relógio;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze;
- Luvas descartáveis;
- Jaleco ou avental;
- Óculos de proteção facial;
- Máscara*;
- Touca*.

*EPIs opcionais conforme prática de cada área.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Para realização do teste é necessário que o Kit e as amostras estejam em temperatura ambiente.
- Informar ao usuário ou acompanhante sobre o procedimento;
- Fazer aconselhamento pré-testes;

- Higienizar as mãos;
- Verificar a data de validade do teste antes de abrir a embalagem. Conferir se o Cassete corresponde ao agravo. Seguir orientações conforme a bula;
- Retirar o Dispositivo de Teste (cassete) da embalagem protetora, colocá-lo sobre uma superfície limpa e nivelada, e identificá-lo de forma adequada;



- Selecione um dos dedos “Indicador, Médio ou Anelar” para fazer a punção. Pressionar levemente a ponta do dedo, onde será feita a punção, para acúmulo de sangue nesta região;



- Passar álcool 70% na ponta do dedo para assepsia da área a ser utilizada;



- Remover a tampa de proteção da lanceta.



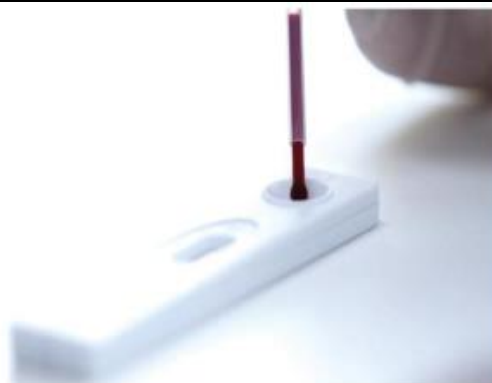
- Posicionar e pressionar a lanceta com firmeza. Em seguida, uma gota de sangue sairá pela área puncionada.



- Coletar o sangue com auxílio da pipeta plástica descartável que acompanha o Kit. Encoste a pipeta sobre a gota de sangue e deixe o sangue fluir por capilaridade, sem pressionar o bulbo, até o traço marcado na pipeta plástica descartável ou até preenchimento total do capilar, sem que haja a formação de bolhas;



- No poço da amostra, dispensar o sangue, pressionando o bulbo da pipeta, na quantidade especificada pelo fabricante;



- Segurar o frasco de diluente (Reagente) verticalmente e aplicar a quantidade de diluente solicitada pelo fabricante no poço de amostra, evitando a formação de bolhas.



- Aguardar a formação das linhas. Interpretar o resultado conforme o tempo determinado pelo fabricante do teste. Não ultrapassar o tempo máximo determinado pelo fabricante.

Todas as amostras devem ser consideradas potencialmente infectantes e devem ser manipuladas e descartadas de acordo com as precauções de utilização e descarte recomendadas pela RDC/ANVISA Nº 306/2004.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:

- **Resultado Reagente**

A amostra é considerada reagente para Anti-HCV quando surgem duas linhas coloridas na janela de leitura: linha colorida na área de controle (C) e uma linha colorida na área de teste (T).



Atenção: A coloração da linha da área de Teste (T) pode apresentar variações na sua intensidade. Qualquer coloração significa um resultado REAGENTE.

➤ Resultado Não Reagente

Quando o resultado for não reagente, aparecerá somente uma linha colorida na área de controle (C).



➤ Teste Inválido

O teste será considerado inválido quando não aparecer a linha de controle (C) no tempo determinado pelo fabricante para a leitura do resultado, isto é, entre o tempo mínimo e máximo após a adição do diluente, mesmo que apareça alguma linha colorida na área de teste (T).



Dispositivo apresentando um resultado de teste inválido – ausência de linha na área C e presença de linha na área T.



Dispositivo apresentando um resultado de teste inválido – ausência de linha na área C e na área T.


IMPORTANTE:

Neste caso, outro teste deverá ser realizado. Se o problema persistir, não utilizen nenhum teste desta embalagem. Guarde o Kit utilizado, abra um chamado imediatamente no Serviço de Assessoria ao Cliente do Laboratório (SAC) e informe a Gerência da Área Técnica de Hepatites Virais e a Área de Laboratório (LAB) do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais (DIAHV).

➤ **NOTAS**

- O Kit de TR Anti-HCV é um teste de triagem para caracterizar a presença de anticorpos anti-HCV, não sendo um teste de diagnóstico definitivo, além de estar sujeito a um período de janela imunológica;
- Devem ser realizados aconselhamentos pré e pós teste.
- Devem ser respeitadas as condições de armazenamento descritas por cada fabricante para garantir a qualidade dos testes ofertados.
- Devem ser respeitados os volumes para amostra e diluente na realização do teste.
- Os resultados fornecidos pelo teste devem ser interpretados pelo profissional responsável, não sendo o único critério para a determinação do diagnóstico e/ou tratamento do paciente.
- Um resultado não reagente não exclui a possibilidade de infecção com o vírus da Hepatite C (HCV).
- Este Kit foi validado somente para amostras de soro, plasma e sangue total. Não utilizar outros líquidos biológicos.

5. TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 36	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem, Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal.		
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS			
<p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balde ou bacia com tampa; - Fita adesiva para identificação dos recipientes com soluções; - EPI (avental impermeável, touca, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luvas e sapato fechado); - Hipoclorito de sódio a 1%; - Solução de água e detergente; - 01 esponja macia de limpeza; - Pia com torneira e água limpa. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento; 2. Paramentar-se com os EPIs; 3. Levar as almotolias à pia do expurgo; 4. Retirar as etiquetas de identificação das embalagens; 5. Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia; 6. Lavar externamente e internamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza; 7. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente; 8. Colocar as almotolias e tampas para escorrer sobre o pano limpo e seco, retirando o excesso de água; 9. Para desinfecção química, imergir as almotolias em solução de hipoclorito a 1% sem diluição por 30 minutos, em recipiente identificado com: nome do produto, 			

data do preparo, validade da solução, nome do profissional e COREN;

10. Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco e aguardar até secar completamente;

11. Trocar as luvas para reabastecer, preencher as almotolias até, no máximo, 2/3 da sua capacidade;

12. Colar as etiquetas nas almotolias identificando o tipo de solução, concentração, data do envase e da validade e nome do responsável pelo fracionamento;

13. Deixar o expurgo limpo e em ordem;

14. Retirar os EPI's e realizar a Técnica de Higiene Simples das Mãos;

15. Registrar em livro próprio a data, a solução fracionada, a quantidade de almotolias processadas, carimbar e assinar;

16. Distribuir as almotolias nos setores necessários;


17. As almotolias vazias deverão ser acondicionadas em local limpo e seco.

Observações:

- Procedimento realizado após o término da solução envasada ou no máximo a cada 07(sete) dias e quando almotolia estiver sem identificação;

- Nunca reabastecer as almotolias sem limpeza e desinfecção prévia

5.1.TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES


PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP			
	Número: POP- 37	Data da validação: 28/03/2023	Data da Revisão: 28/03/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiros.		
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES			
<p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a carga microbiana dos nebulizadores (máscara, copinhos, cachimbo, extensão e traqueia); - Prevenir a contaminação das soluções/ medicações que será utilizada, promover uma assistência livre de danos. <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balde ou bacia plástica de cor escura, sem transparência e com tampa. Não usar recipientes metálicos; • Fita adesiva para identificação dos recipientes com soluções; • Compressas não estéreis ou panos limpos e secos; • Embalagens individuais; • EPI (avental impermeável, máscara cirúrgica, touca, óculos e proteção, luvas de borracha e sapato fechado); • Hipoclorito de sódio a 1%; • Recipiente com tampa; • Seringa de 20ml, sem rosca; • Solução de água e detergente neutro. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento; 2. Paramentar-se com os EPIs; 			

3. Realizar a pré-lavagem do material quando houver resíduos;
4. Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente;
5. Injetar a solução de água e detergente na luz do tubo com ajuda de uma seringa de 20 ml;
6. Enxaguar o tubo com água corrente, usando o mesmo processo anterior para parte interna;
7. Enxaguar as demais peças rigorosamente interna e externamente;
8. Deixar escorrer sobre um pano limpo, completar a secagem manualmente se necessário;
9. Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% sem diluição por 30 minutos no recipiente opaco e com tampa identificada com: nome do produto, data do preparo, validade da solução, nome do profissional e COREN;
10. Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e/ou pinça longa;
11. Enxaguar as peças rigorosamente em água corrente;
12. Secar com pano limpo e seco;
13. Guardar as peças montadas em recipiente com tampa (as máscaras devem ser acondicionadas em embalagens individuais, devidamente identificadas com data de desinfecção e validade);
14. Desprezar a solução de hipoclorito, no final do dia, enxaguar e secar o recipiente;
15. Retirar os EPI's e realizar a Técnica de Higiene Simples das Mãos;
16. Registrar em livro próprio a data de desinfecção, a quantidade de nebulizadores processados, carimbar e assinar;
17. Manter a sala em ordem.

Observações:

- A desinfecção do material deverá ser realizada cada 7 dias, independentemente de seu uso, conforme recomendações da ANVISA.

5.2. TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBU COM SOLUÇÃO DE HIPOCLORITO


	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 38	Data da validação: 02/10/2023	Data da Revisão: 02/10/2024
	EXECUTANTE: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiros.		
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBU COM SOLUÇÃO DE HIPOCLORITO			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Garantir a limpeza e desinfecção ambu após cada uso.</p> <p>RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recipiente próprio com tampa para o desinfetante; - Fita adesiva para identificação dos recipientes com soluções; - EPI (avental impermeável, máscara cirúrgica, touca, óculos e proteção, luvas de borracha e sapato fechado); - Compressa limpa e seca; - Detergente neutro ou enzimático (preferencialmente) e Solução de hipoclorito 1%; - Escova. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento; 2. Paramentar-se com os EPIs; 3. Realizar a pré-lavagem do material quando houver resíduos; 4. Desmontar o ambu; 5. Lavar com detergente neutro ou enzimático com auxílio da escova; 6. Enxaguar com água corrente e secar com compressa limpa e seca; 7. Imergir máscara e conexões totalmente em solução de hipoclorito a 1% sem 			

diluição por 30 minutos em recipiente próprio com tampa, identificado com: nome do produto, data do preparo, validade da solução, nome do profissional e COREN;

8. Enxaguar abundantemente com água corrente interna e externamente;
9. Secar com compressas limpas e secas;
10. Verificar a montagem do ambu e funcionamento;
11. Armazenar protegido da poeira em sacos plásticos;
12. Identificar com data de desinfecção e validade;
13. Desprezar a solução de hipoclorito, lavar o recipiente, enxaguar e secar;
14. Retirar os EPI's e realizar a Técnica de Higiene Simples das Mãos;
15. Registrar em livro próprio a data de desinfecção, carimbar e assinar.

Observações:

- A desinfecção é válida por 30 dias, conforme recomendações da ANVISA.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP		
	Número: POP- 010	Data da validação: 28/03/2023	Data da Revisão: 28/03/2024
	EXECUTANTE:		

