



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARAPUÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO
(POP) DE ENFERMAGEM
2025-2029**

Sumário

Ficha Técnica

Grupo de Trabalho

Apresentação

POP 01 – NORMAS INSTITUCIONAIS

POP 02 – ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE HIGIENE PESSOAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

POP 03 – PRECAUÇÕES PADRÃO E USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI.

POP 04 – TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS

POP 05 – UTILIZAÇÃO DE LUVAS LÁTEX, ESTÉRIL E BORRACHA

POP 06 – ACOLHIMENTO

POP 07 – ATENDIMENTO PROGRAMADO

POP 08 – VISITA DOMICILIAR

POP 09 – PRÉ CONSULTA

POP 10 – AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

POP 11 – VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA

POP 12 – VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

POP 13 – TEMPERATURA CORPORAL

POP 14 – GLICEMIA CAPILAR

POP 15 – MEDIDA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

POP 16 – MEDIDA DA ESTATURA

POP 17 – MEDIDA DO PESO CORPORAL

POP 18 – REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA

POP 19 – MEDIDA DO PERÍMETRO ENCEFÁLICO

POP 20 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INALATÓRIA

POP 21 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRADÉRMICA

POP 22 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO OCULAR

POP 23 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO ORAL

POP 24 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO SUBCUTÂNEA

POP 25 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR

POP 26 – TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

POP 27 – SONDAGEM NASOENTERAL

POP 28 – SONDAGEM NASOGÁSTRICA

POP 29 – CATETERISMO VESÍCAL DE ALÍVIO

POP 30 – CATETERISMO VESÍCAL DE DEMORA

POP 31 – COLPOSCOPIA ONCÓTICA

POP 32 – SALA DE VACINA

POP 33 – SALA DE CURATIVO

POP 34 – CURATIVO

POP 35 – RETIRADA DOS PONTOS

POP 36 – TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA

POP 37 – COLETA DE TESTE DO PEZINHO

POP 38 – SALA DE VACINA

POP 01 – NORMAS INSTITUCIONAIS

Conceito:		
As UBSs de Guaraqueçaba (Sede, Tagaçaba, Superagui e postos de apoio) preconizam seus atendimentos em acordo com as orientações da OMS e MS, assim como orientação da SESA e SMS quando necessário adequar às necessidades local.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
08/01/2025		POP 01
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	2029	
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
<ul style="list-style-type: none"> Manter os princípios éticos e favorecer um Ambiente agradável de trabalho. 	Diariamente.	Todos os profissionais da Equipe de saúde.
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ul style="list-style-type: none"> * Apresentar-se no horário estabelecido no contrato de trabalho. * Comunicar e justificar ausências. * Respeitar clientes internos e externos à instituição: superiores, colegas de trabalho, visitantes e outros. * Adotar postura profissional compatível com as regras institucionais: 		
Considerações		
<ol style="list-style-type: none"> Falar em tom baixo. Evitar gargalhadas. Evitar diálogos desnecessários com os usuários, sem que seja questionado previamente. Não fumar e não guardar ou consumir alimentos e bebidas nos postos de trabalho (BRASIL, 2005), exceto áreas reservadas para esse fim. 		
Referências		
<p>Trindade, Cristiano S. A Importância do Acolhimento no processo de trabalho das equipes saúde da família, Nescon 2010.</p> <p>SAUDE, Ministério. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Edição 2ª. Brasília, 2010.</p> <p>SAUDE, Ministério. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.</p> <p>Pública, Escola de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor da Atenção Primária em saúde: Oficina 5.</p>		

POP 02 – ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE HIGIENE PESSOAL DO PROFISSIONAL

<i>Conceito:</i>		
Todos os profissionais de saúde que atuam dentro das UBSs devem seguir as normas de saúde de sua categoria profissional, e estes POPs para as ações específicas.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
07/01/2025		POP 02
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
<ul style="list-style-type: none"> Garantir a higienização pessoal, o bem-estar do profissional, evitando a transmissão de infecções. 	Diariamente.	Todos os profissionais da equipe de saúde.
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<p>1. Higiene pessoal</p> <p>a) Dever a todos os trabalhadores da área de saúde manter a higiene corporal, que está diretamente ligada à aparência pessoal.</p> <p>2. Cuidados com os cabelos:</p> <p>b) Os cabelos devem estar limpos e, presos, se compridos. A touca, que consta do uniforme, deverá cobrir todo o cabelo pois seu objetivo é a proteção dos cabelos.</p> <p>3. Cuidado com as unhas:</p> <p>c) As unhas devem estar sempre aparadas para evitar que a sujeira fique depositada entre as unhas e a pele dos dedos.</p> <p>4. Cuidados com o uniforme:</p> <p>d) Deve mantê-lo limpo, passado, sem manchas e com a identificação profissional.</p> <p>5. Cuidados com os sapatos:</p> <p>e) Devem ser fechados e impermeáveis, para proteger os pés.</p>		
<i>Considerações</i>		
<i>Referências</i>		
ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Cliente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies . Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília		

POP 03 - PRECAUÇÕES USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI

Conceito:		
Os EPIs visam a proteção individual e do usuário SUS, e são adequados a cada ação específica a saber.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
08/01/2025		POP 03
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	2029	
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
<ul style="list-style-type: none"> Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções e evitando acidentes de trabalho. 	Diariamente.	Todos os profissionais da equipe de saúde.
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ul style="list-style-type: none"> * Sempre que iniciar qualquer atividade verificar a necessidade do uso de EPI's; * Luvas devem ser usadas sempre quando houver risco de transmissão de patologias tanto para o profissional quanto para o usuário, e qualquer situação que for manipular ambientes que possuam depósitos de secreção, sangue, e outras matérias orgânicas; * Máscaras devem ser utilizadas quando houver risco de contágio, de patologias por meio de gotículas das vias aéreas superiores e respingo de secreções e sangue à mucosa oral, evitar irritações orais diante de produtos que liberam aerossóis; * Óculos devem ser utilizados quando o procedimento oferecer risco de respingo à mucosa ocular; * Touca deve ser utilizada quando se realizar um procedimento que necessite de técnicas assépticas, evitando queda de cabelo ou células epiteliais; * Botas devem ser utilizadas quando os sapatos não são capazes de reter secreções e água; * Avental utilizado para evitar que o uniforme não seja contaminado ao contato com respingos de secreções e evitar veiculação de microrganismo patogênicos fora do ambiente de trabalho, devendo ser retirados sempre após término do expediente; * Lavar as mãos ou usar soluções antissépticas antes e depois de qualquer procedimento; * Desprezar agulhas e instrumentos cortantes em recipientes rígidos e nunca re-encapar agulhas. 		
Considerações		
Referências		
ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Cliente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010 PORTARIA N.º 37, DE 06 DE DEZEMBRO DE 2002 MINISTÉRIO DO TRABALHO. Norma Regulamentadora 32, de 16 de novembro de 2005		

POP 04 – TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS

Conceito:		
Visam a higienização das mãos sempre que for realizar todo e qualquer procedimento, e após o procedimento (POP 2).		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
08/01/2025		POP 04
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	2029	
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
<ul style="list-style-type: none"> Garantir a higienização das mãos, evitando a Transmissão de infecções. 	Diariamente.	Todos os profissionais da equipe de saúde.
Descrição do Procedimento/Técnica		
<p>* Lavar as mãos com água e sabão líquido friccionando por 30 segundos;</p> <p>* Retirar relógios, joias e anéis das mãos e braços (sob tais objetos acumulam-se bactérias que não são removidas mesmo com a lavagem das mãos);</p> <p>* Abrir a torneira com a mão dominante, quando na ausência de dispensador de pedal, não encostar na pia para não contaminar a roupa;</p> <p>* Molhar as mãos;</p> <p>* Colocar em torno de 3 a 5 ml de sabão líquido nas mãos;</p> <p>* Ensaboar as mãos (proporcionar espuma), através de fricção por aproximadamente 30 segundos em todas as faces (palma e dorso das mãos), espaços interdigitais, articulações;</p>		
Considerações		
<p>Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais. Ao iniciar o turno de trabalho.</p> <p>2. Após ir ao banheiro.</p> <p>3. Antes e depois das refeições.</p> <p>4. Antes de preparo de alimentos.</p> <p>5. Antes de preparo e manipulação de medicamentos.</p> <p>5. Nas situações descritas a seguir para preparação alcoólica.</p> <p>Higienizar as mãos com preparação alcoólica quando estas não estiverem visivelmente sujas, em todas as situações descritas a seguir:</p> <p>Antes de contato com o usuário</p> <p>Após contato com o usuário</p> <p>Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos</p> <p>Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico</p> <p>Após risco de exposição a fluidos corporais</p> <p>Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo, durante o cuidado ao usuário</p> <p>Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao usuário</p> <p>Antes e após remoção de luvas (sem talco)</p>		
Referências		
<p>OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde; ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Versão Teste 12006/07 ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. SEGURANÇA DO CLIENTE: Higienização das mãos. Editora ANVISA. www.anvisa.gov.br Acessado: 21/08/2013 (http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.htm)</p>		

POP 05 – UTILIZAÇÃO DE LUVAS LÁTEX, ESTÉRIL E BORRACHA

<i>Conceito:</i>		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 05
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Garantir a eliminação do risco de infecção pessoal e cruzada através das mãos.	Diariamente.	Todos os profissionais da equipe de saúde.
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<p>Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utilize as luvas antes de entrar em contato com sangue, líquidos corporais, membrana mucosa, pele não intacta e outros materiais potencialmente infectantes. 2. Troque de luvas sempre que entrar em contato com outro usuário 3. Troque também durante o contato com o usuário se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, ou quando esta estiver danificada. 4. Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas. 5. A luva estéril deve ser utilizada somente para procedimentos que necessitam de ambiente totalmente estéril como uma aspiração traqueal, cateterismos 6. Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos 7. Lembre-se: A luva é um equipamento de proteção individual, o uso de luvas não substitui a higienização das mãos! <p>Remoção de luvas de látex e estéril:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegue um par de luva próximo ao seu punho em direção à ponta dos seus dedos até que a luva se dobre; 2. Pegue cuidadosamente a dobra e puxe em direção às pontas dos seus dedos. À medida que puxar você estará colocando a luva ao avesso; 3. Continue puxando a dobra até que a luva esteja quase que totalmente removida; 4. A fim de evitar contaminação do ambiente, continue a segurar a luva removida. A seguir, remova sua mão da luva completamente; 5. 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; 6. Gire o seu dedo a 180° e puxe a luva ao avesso e em direção à ponta dos seus dedos. À medida que fizer isso a primeira luva será contida dentro da segunda luva. O lado interno da segunda luva também será virado ao avesso; 		
<i>Considerações</i>		
<i>Referências</i>		
<p>www.anvisa.gov.br 21/08/2013(http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.htm)</p> <p>www.fiocruz.br Acessado: 21/08/2013(http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/luvas.html)</p> <p>ANVISA, Unidade de Tecnovigilância. Luvas cirúrgicas e Luvas de procedimentos: Considerações sobre o seu uso. Boletim Informativo de Tecnovigilância nº 2, Brasília 2011.</p>		Acessado:

POP 06 – ACOLHIMENTO

Conceito:		
A prática do acolhimento fundamenta-se no trabalho integrado, no comprometimento de toda a equipe de saúde, não apenas de um grupo de profissionais, inserindo-se no processo de trabalho. O acolhimento tem como propósito identificar a população residente no território de abrangência da unidade de atenção básica de saúde, reconhecer e responsabilizar-se pelos problemas de saúde, organizar a porta de entrada e viabilizar o primeiro contato através da equipe de saúde, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
08/01/2025		POP 06
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	2029	
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Tem como objetivo receber, escutar e oferecer uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética aos cidadãos.	Diariamente.	Todos os profissionais da equipe de saúde.
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atender o usuário em um ambiente privativo, com ambiência, permitindo o diálogo e a resolutividade do problema; 2. Durante a escuta quanto ao motivo da procura ao serviço deve-se levar em consideração o contexto em que o usuário está inserido; 3. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação; 4. 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; 5. O usuário que apresentar queixas clínicas deve ser avaliado pela enfermeira (o) e/ou médico (a) 6. O responsável pela avaliação clínica deve atender a resolutividade, agendando consultas ou retornos; 7. Responder às demandas de vigilância à saúde e encaminhar queixas ou denúncias de cunho ambiental/social às instâncias pertinentes. 		
Cabe ao enfermeiro:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisionar o acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem; receber os usuários que procuram o serviço com queixa, sinal ou sintoma, realizar acolhimento e, quando necessário, consulta de enfermagem, assim como proceder os Encaminhamentos necessários. 		
Considerações		
Referências		
<p>Trindade, Cristiano S. A Importância do Acolhimento no processo de trabalho das equipes saúde da família, Nescon2010.</p> <p>SAUDE, Ministério. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Edição 2ª. Brasília, 2010.</p> <p>SAUDE, Ministério. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.</p> <p>Pública, Escola de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor da Atenção Primária em saúde: oficina5.</p>		

POP 07 – ATENDIMENTO PROGRAMADO

Conceito:		
A atenção programada abrange todos os ciclos de vida dos indivíduos/famílias desde o nascimento à velhice, estruturados a partir das linhas-guias e operacionalizados por redes integradas de atenção. O atendimento programado tende a abordar também os problemas crônicos e/ou condições crônicas.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
08/01/2025		POP 01
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	2029	01
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento aos usuários da área de abrangência da ESF; Organização da agenda médica. 	Dependerá da rotina de cada Unidade Básica de Saúde.	Todos os profissionais da equipe de saúde.
Descrição do Procedimento/Técnica		
1. Abrir a unidade no horário determinado; 2. Realizar a marcação de consultas médicas nas datas e horários determinados para cada seguimento de programa (Saúde da Mulher, Pré-natal e puerpério, hipertensos, diabéticos, Saúde do Idoso, Saúde da criança...); 3. As marcações devem seguir de acordo com o plano diretor, agenda aberta mensal; 4. Na data da consulta o cliente deve levar o cartão do SUS municipal e nacional; 5. O usuário deverá chegar no horário agendado; após o horário a sua vaga será liberada para demanda espontânea; 6. Deverá haver a verificação de pressão arterial, peso e estatura de todos os usuários como uma pré-consulta; ver POP 7. Após as consultas o usuário terá toda informação necessária, como marcação de exames, encaminhamentos e participação em grupos operativos.		
Considerações		
Deve-se evitar o acúmulo das pessoas nos mesmos horários e os longos períodos de espera.		
Referências		
SAUDE, Ministério. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização . Brasília, 2004.		
SAUDE, Ministério. Acolhimento nas práticas de produção de saúde . Edição 2ª. Brasília, 2010.		

POP 08 – VISITA DOMICILIAR

<i>Conceito:</i>		
A visita domiciliar é uma “forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo, à família ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando a maior equidade da assistência em saúde”.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 08
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar vigilância, assistência e promoção à saúde no domicílio, dentro dos princípios do SUS, em uma área geográfica adstrita. (ESF ou PACS). 	Acamados Puérpera; Recém-nascido; Portadores de doenças infectocontagiosas; Portadores de doença crônica, idosos, dificuldade de locomoção.	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Médico.
<i>Material</i>		
* Prontuário do cliente; * Esfigmomanômetro; * Esteto; * Termômetro; * Glicosímetro; * Lancetas; * Algodão; * Luvas de procedimentos; * Palhetas reativas; * Receituários; * Caneta;		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
1. Registro de VD solicitada pela comunidade ou indicada por membros da equipe; 2. Discussão entre membros disponíveis da equipe da ESF sobre as solicitações da visita, e programação do agendamento para a semana seguinte, conforme situação de risco ou vulneráveis; 3. Primeira visita: traçar o pré-plano de assistência para usuários não visitados; 4. Usuários já visitados anteriormente, revisar plano de assistência e responsabilidades de cada componente da equipe; 5. Reservar carro para o deslocamento da equipe até o domicílio; 6. Execução da visita com registro de dados mediante prontuário do cidadão; 7. Avaliar, orientar e adotar procedimentos terapêuticos ao usuário, conforme plano terapêutico traçado pela equipe; 8. Realizar verificação de sinais vitais conforme (POP)		

9. Avaliar a condição ambiental do domicílio, e construir proposta de adequação dentro da realidade familiar e do domicílio;
10. Trabalhar as relações familiares na busca pela harmonia, otimizando ações para um ambiente familiar terapêutico, que promova qualidade de vida para o usuário, cuidador e sua família de maneira a construir uma rede de apoio;
11. Orientar a família sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotadas;
12. Avaliar a condição ambiental do domicílio, e construir proposta de adequação dentro da realidade familiar e do domicílio;
13. Orientar a família sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotadas;
14. Registrar os dados no prontuário do cidadão;
15. Oferecer a equipe o retorno sobre o atendimento realizado;

Considerações

* Compreender o indivíduo como sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde, e visualizá-lo como agente responsável pelo processo de equilíbrio entre a relação saúde-doença;

* Estar disponível para fornecer esclarecimentos e orientações à família sempre que solicitado;

* Monitorar o estado de saúde do usuário facilitando a comunicação entre família e equipe;

* Otimizar a realização do plano terapêutico estabelecido para cada pessoa;

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (2 volumes).

POP 09 – PRÉ CONSULTA

Conceito:		
É um conjunto de ações de sucessão ordenada, para conhecer a situação de saúde dos usuários e tomar decisões quanto à assistência a ser prestada.		
Data de Implantação:	Edição:	Codificação:
08/01/2025		POP 09
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	2029	01
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
<ul style="list-style-type: none"> Observar as características gerais do usuário, conhecer o seu perfil, realizar orientações e criar vínculo usuário/profissional. 	Sempre que necessário.	Enfermeiro/ técnico de enfermagem.
Material		
* Esfigmomanômetro e estetoscópio, * Glicosímetro e fita glicêmica; * Termômetro; * Balança antropométrica; * Algodão com álcool 70%; * Prontuário da família; * Ficha de produção mensal.		
Descrição do Procedimento/Técnica		
1. Lavar as mãos (POP 04); 2. Orientar o usuário quanto ao procedimento; 3. Questionar o motivo, porque procurou a UBS; 4. Registrar no prontuário os dados de aferição de: peso e estatura, pulso e respiração, temperatura corporal, pressão arterial, além de outros dados que estejam programados para o caso (POP 10, 11, 12, 13, 15 e 17); 5. Encaminhar o usuário para aguardar o atendimento; 6. Manter a sala em ordem e guardar o material.		
Considerações		
Realizar acolhimento dos clientes, explicando e retirando suas dúvidas.		
Referências		
Trindade, Cristiano S. A Importância do Acolhimento no processo de trabalho das equipes saúde da família , Nescon 2010.		

POP 10 – AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

<i>Conceito:</i>		
Procedimento para avaliar o nível de pressão arterial dos indivíduos.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 10
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Detectar precocemente desvios de normalidade; indicar variações individuais de níveis pressóricos. 	Sempre que necessário.	Enfermeiro, Técnico de enfermagem.
<i>Material</i>		
* Algodão * Álcool 70% * Estetoscópio * Esfigmomanômetro		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
1. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução; 2. Colocar o usuário em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração, apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido; 3. Identificar o manguito adequado (com largura correspondente a 40% da circunferência do braço), realizar assepsia das olivas e campânula do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%; 4. Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas; 5. Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pera e insuflar o manguito enquanto continua a palpar a artéria. Anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece.		
<i>Considerações</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar para que o usuário descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento; • Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o usuário sentado, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti-hipertensiva; • Certificar-se de que o usuário não esteja com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da aferição; • O esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses ou sempre que apresentar sinais de descalibração. 		

Referências

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO;
SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. (on line), 2010, vol. 95, n. 1, suppl. 1.
CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan, 2009.
Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem. Campinas/SP, 2009.
POTTER, P.A. & Perry, A. G. Fundamentos da Enfermagem. P. 729, 7a edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

POP 11 – VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA

<i>Conceito:</i>		
Determinar a resposta cardíaca expressa pelo batimento de uma artéria pressionada sobre uma saliência óssea. Envolve os critérios de frequência, volume e ritmo avaliados por 1 (um) minuto.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 11
<i>Validade máxima:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	02
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
<ul style="list-style-type: none"> Verificar o estado geral da saúde cardiovascular e a resposta do organismo a outros desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas; avaliar estado geral do cliente. Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações. 	Sempre que necessário.	Enfermeiro, Técnico de enfermagem.
<i>Material</i>		
* Relógio com marcador de segundos; * Estetoscópio se necessário.		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
1. Reunir o material; 2. Higienizar as mãos (POP 04); 3. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução; 4. Manter o usuário em posição confortável; 5. Posicionar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, (radial, braquial, carotídea, poplítea, femoral e pediosa) pressionando levemente contra saliência óssea; 6. Enumerar as pulsações por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto a volume, ritmo e frequência); 7. Higienizar as mãos (POP 02); 8. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado; 9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário.		
<i>Considerações</i>		
Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração; Considerar se o usuário realiza atividade física regular, neste caso, a frequência padrão pode ser inferior. Observar valores de referência: Recém-nascido: 120 a 140 bpm;		

Lactente 100 a 120 bpm;
Infância e adolescência 80 a 100 bpm; Adulto 60 a 80 bpm.

Referências

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

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão: Enfermagem**, 2012.

POTTERP. A.; PERRYA. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. RIO GRANDE DO NORTE.

Secretaria de Saúde Pública. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. **Manual de Procedimentos**, 2010.

ARCHER, E. et al. **Procedimentos e Protocolos; revisão técnica**. Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

<http://www.enfermagemnovidade.com.br/2014/07/sinais-vitais.html>.

POP 12 – VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Conceito:		
Determinar a resposta pulmonar expressa pelos movimentos respiratórios que envolve os Critérios de frequência, amplitude/profundidade, ritmo e simetria que devem ser avaliados por 1 (um) minuto.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
08/01/2025		POP 12
Validade máxima:	Revisão:	Página:
04 anos	2029	
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Cleide de Fátima Padilha	Comissão permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas. Avaliar estado geral do usuário, auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações. Acompanhar a evolução da doença. 	Sempre que necessário.	Enfermeiro, técnico de enfermagem.
Material		
* Relógio com marcador de segundos; * Estetoscópio se necessário.		
Descrição do Procedimento/Técnica		
1. Higienizar as mãos (POP 04); 2. Reunir o material e levá-lo para próximo do usuário; 3. Apresentar-se e explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante; 4. Manter o usuário em posição confortável; 5. Colocar a mão no pulso do usuário simulando a verificação do pulso; 6. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório; 8. Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos; 9. Higienizar as mãos (POP 04); 10. Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%; 11. Realizar a notação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário.		
Considerações		
Observar os padrões de frequência respiratória; Valores de referência: Recém-nascido: 30 à 40 mrpm (movimentos respiratórios por minuto); Adulto: 14 a 20 mrpm.		
Referências		
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. Procedimento Operacional Padrão: Enfermagem , 2012. GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Saúde Pública. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. Manual de Procedimentos , 2010. POTTERP. A.; PERRY A. G. Fundamentos de enfermagem . 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. ARCHER, E et al;. Procedimentos e Protocolos; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. http://www.enfermagemnovidade.com.br/2014/07/sinais-vitais.html		

POP 13 – TEMPERATURA CORPORAL

<i>Conceito:</i>		
Determinar a temperatura corpórea (da superfície da pele).		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 13
<i>Validade máxima:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas; avaliar estado geral do usuário; Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações; acompanhar a evolução da doença.	Sempre que necessário.	Enfermeiro, Técnico de enfermagem.
<i>Material</i>		
* Algodão; * Álcool a 70%; * Termômetro digital.		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
1. Reunir o material; 2. Higienizar as mãos (POP 04); 3. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução; 4. Manter o usuário em posição confortável; 5. Realizar desinfecção do termômetro zerando a temperatura armazenada anteriormente; 6. Selecionar local apropriado, livre de lesões (preferencialmente região axilar); 7. Aguardar até a emissão de sinal sonoro (termômetro digital); 8. Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%; 9. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados; 10. Higienizar as mãos (POP 02); 11. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário.		
<i>Considerações</i>		
Em crianças observar se a vestimenta está adequada à estação do ano ou temperatura ambiente ou fatores externos que possam alterar a temperatura. Valores de Referência: Temperatura oral: 37°C Temperatura axilar: 36,4°C Temperatura retal: 37,6°C Realizar acolhimento dos usuários, explicando e retirando suas dúvidas.		

Referências

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

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão: Enfermagem**, 2012.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Saúde Pública. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. **Manual de Procedimentos**, 2010.

POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ARCHER, E. et al;. **Procedimentos e Protocolos; revisão técnica** Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

<http://www.enfermagemnovidade.com.br/2014/07/sinais-vitais.html>

POP 14 – GLICEMIA CAPILAR

<i>Conceito:</i>		
Método para obtenção do nível de glicemia capilar dos indivíduos.		
<i>Data de Implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 14
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
<ul style="list-style-type: none"> Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital. 	Sempre que necessário.	Enfermeiro, Técnico de enfermagem.
<i>Material</i>		
<ul style="list-style-type: none"> * Bandeja * Algodão * Álcool a70% * Luvas de procedimento * Lanceta * Glicosímetro * Fitas reagentes 		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material; 2. Higienizar as mãos (POP 04); 3. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 4. Calçar as luvas de procedimento (POP 05); 5. Conectar a fita reagente ao glicosímetro; 6. Orientar o usuário a lavar as mãos com água e sabão, enxaguar e secar. 7. Fazer antisepsia com algodão embebido no álcool a 70% e secar completamente; 8. Posicionar o dedo do usuário para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local; 9. Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção; 10. Desprezar os materiais perfuro-cortantes em recipiente adequado; 11. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados; 12. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 05 e 02); 13. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, 14. Registrar o procedimento em planilha de produção. 15. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado. 		
<i>Considerações</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Seguir as instruções dos fabricantes dos glicosímetros, checando recomendações específicas; Evitar locais frios, cianóticos ou edemaciados para a punção para assegurar uma amostra de sangue adequada; Verificar a validade das fitas; Verificar a compatibilidade entre o número do “chip”/código como número do lote da fita utilizada; Comunicar o resultado ao enfermeiro, caso esteja alterado; Cumprir rodízio dos locais de punção; Amostras de sangue escorridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas 		

Referências

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.

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

POTTER P. A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PIANUCCI, A. **Saber Cuidar: procedimentos básicos em enfermagem**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2005.

POP 15 – MEDIDA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

Conceito:		
Técnica para avaliar aproximadamente a massa de gordura intra-abdominal e da gordura total do corpo.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
08/01/2025		POP 15
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	2029	
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a distribuição de gordura nos indivíduos, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal. 	Em todos os usuários das Unidades Básicas de Saúde	Enfermeiro, Técnico de enfermagem e médicos.
Material		
* Fita métrica não extensível/inelástica.		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> Reunir o material; Higienizar as mãos (POP 04); Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução; Solicitar ao usuário que fique em pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas; Afastar a roupa do usuário de forma que a região da cintura fique despida; Posicionar-se lateralmente ao usuário e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca; Segurar o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre o ponto médio localizado; Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura; não deve ficar larga, nem apertada; Pedir ao usuário que inspire e, em seguida, que expire totalmente. Realizar a leitura antes que a pessoa inspire novamente; Higienizar as mãos (POP 04); Realizar a notação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; Registrar o procedimento em planilha de produção. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado. 		
Considerações		
<ul style="list-style-type: none"> A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto. 		
Referências		
BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde . Brasília/DF, 2011.		

POP 16 – MEDIDA DA ESTATURA

<i>Conceito:</i>		
Técnica para obtenção da altura dos indivíduos.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 16
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Obter o valor preciso da altura dos indivíduos para avaliação antropométrica.	Em todos os usuários das Unidades Básica	Enfermeiro, Técnico de enfermagem e médicos;
<i>Material</i>		
Antropômetro		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material; 2. Higienizar as mãos (POP 04); 3. Apresentar-se ao usuário/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução; 4. Crianças menores de 2 anos: 5. Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços; 6. Manter, com a ajuda da mãe/responsável: 7. A cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, como pescoço reto e o queixo afastado do peito; 8. Os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro; 9. Os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro; 10. Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. 11. Levantar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam; 11. Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada; 12. Retirar a criança; 13. Higienizar as mãos (POP 04); 14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; 15. Registrar o procedimento em planilha de produção; 16. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado. <p>Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar o usuário descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento; 2. Solicitar ao usuário 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; 3. Solicitar ao usuário que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/parede; 4. Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo; 		

5. Solicitar ao usuário que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;
6. Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;
7. Higienizar as mãos (POP 04);
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
9. Registrar o procedimento em planilha de produção;
10. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Considerações

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

Referências

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

POP 17 – MEDIDA DO PESO CORPORAL

<i>Conceito:</i>		
Método para obtenção da medida do peso corporal dos indivíduos.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 17
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Avaliar a evolução pondero-estatural do indivíduo.	Em todos os usuários das Unidades Básica de Saúde	Enfermeiro, Técnico de enfermagem e médicos;
<i>Material</i>		
* Balança mecânica ou digital; * Papel toalha.		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
1. Reunir o material; 2. Evitar erros e facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; 3. Higienizar as mãos (POP 04); 4. Apresentar-se ao cliente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 5. Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços; 6. Manter, com a ajuda da mãe/responsável: Garantir o posicionamento correto da criança; cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa ao equipamento, como 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; 7. Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam; 8. Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada; 9. Retirar a criança; 10. Higienizar as mãos (POP 04); 11. Realizar a notação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento. 12. Registrar o procedimento em planilha de produção; 13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.		
Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:		
1. Posicionar o usuário descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento; 2. Solicitar ao usuário 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; garantir o posicionamento correto do usuário; 3. Solicitar ao usuário que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/parede; 4. Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo; 5. Solicitar ao usuário que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel; 6. Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipam		

7. Higienizar as mãos (POP 04)
8. Realizar a notação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
9. Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento.
10. Registrar o procedimento em planilha de produção;
11. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Considerações

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

Referências

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

POP 18 – REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA

Conceito:		
Registro gráfico de alterações em potencial elétrico da atividade cardíaca, cujo produto final resulta no eletrocardiograma.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
08/01/2025		POP 18
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	2029	
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
<ul style="list-style-type: none"> Obter registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica. 	Conforme prescrição médica	Enfermeiro e médicos;
Material		
<ul style="list-style-type: none"> * Eletrocardiógrafo; * Papel milimetrado; * Cardio clip; * Eletrodo descartável ou eletrodo de sucção; * Álcool a70%; * Algodão seco ou gaze; * Gel condutor; * Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário); * Lençol. 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Checar a prescrição; 2. Reunir o material; 3. Higienizar as mãos (POP 02); 4. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução; 5. Promover a privacidade do usuário (utilizar o biombo se necessário); 6. Checar o funcionamento do eletrocardiográfico; 7. Checar a integridade do cabo de força, fio terra e cabo do usuário; 8. Solicitar a retirada e/ou retirar objetos metálicos e/ou eletrônicos; 9. Solicitar e/ou posicionar o usuário em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacente, relaxados; 10. Solicitar e/ou expor tornozelos, punhos e tórax; 11. Cobrir o usuário, com o auxílio do lençol, para que o mesmo não fique totalmente exposto; 12. Conectar o eletrocardiógrafo à rede de energia, atentando-se à voltagem da tomada 13. Seguir as orientações de utilização, segundo o fabricante; 14. Ligar o eletrocardiógrafo; 15. Inserir papel milimetrado no local indicado. 16. Solicitar ao usuário que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado; 17. Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool a 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos); 18. Colocar cardio clip em membros superiores e membros inferiores, usando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante), para obtenção dos registros das derivações monophasares 		

e bipolares, seguindo o seguinte arranjo como cabo do usuário:

19. Cabo vermelho (RA) em membro superior direito;
20. Cabo amarelo (LA) em membro superior esquerdo;
21. Cabo preto (RL) em membro inferior direito;
22. Cabo verde (LL) em membro inferior esquerdo.
23. Colocar os eletrodos de sucção (preferencialmente), ou eletrodos descartáveis no tórax, utilizando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante) para os primeiros, para obtenção dos registros das derivações precordiais, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do usuário:
24. Cabo vermelho (V1) em 4º espaço intercostal, à direita do esterno;
25. Cabo amarelo (V2) em 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno;
26. Cabo verde (V3) em 5º espaço intercostal, diagonalmente entre V2 e V4;
27. Cabo marrom (V4) em 5º espaço intercostal, na linha média claviclar;
28. Cabo preto (V5) em 5º espaço intercostal, na linha axilar anterior;
29. Cabo roxo (V6) em 5º espaço intercostal, na linha axilar média.
30. Verificar os Leds de alerta para: pilha/bateria, memória, saturação, ruído, eletrodo, filtro, ganho, velocidade, modo de operação, up/down, calibração e derivações e, caneta e haste de plotagem 31.
- Corrigir problemas que forem detectados;
32. Apertar o botão “segue”;
33. Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
34. Aguardar o sinal sonoro, que indica o término da aquisição dos potenciais elétricos;
35. Retirar eletrodos e cardio clips;
36. Realizar limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores, principalmente quando utilizado o gel condutor;
37. Retirar e/ou destacar folha do ECG;
38. Identificar o ECG com: nome completo do usuário, idade, data de nascimento, data e hora da realização, carimbo e assinatura do profissional, nome da instituição;
39. Deixar o usuário confortável;
40. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
41. Higienizar as mãos (POP 04);
42. Realizar a notação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
43. Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
44. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Considerações:

- O usuário deve estar em repouso absoluto para a realização do procedimento, no mínimo 15 minutos e 30 minutos para quem estava fumando;
- Realizar tricotomia, caso seja necessário;
- Realizar limpeza imediata e eficaz das porções metálicas dos cardio clips e eletrodos de sucção, para não acumular sujidades e consequente alteração na capacidade de aquisição dos potenciais elétricos;
- Alertar o usuário quanto a possibilidade de pequenas lesões na utilização de eletrodos de sucção, que devem evoluir com regressão do hematoma em dois dias;
- Utilizar a convenção de programação com: ganho N, velocidade de aquisição de 25mm/s, modo automático e derivação D2 (II);
- É possível alteração na disposição das derivações precordiais quando as mesmas estiverem voltadas para a direita (V1R, V2R, V3R, V4R, V5R, V6R) e com derivações posteriores à esquerda (V7, V8, V9, V10, V11, V12). Nos referidos casos, deve-se identificar as novas derivações no ECG;
- Em situações que o cardio clip não pode ser utilizado nos membros devido a amputações, imobilizações e/ou traumas, deve ser utilizado eletrodos descartáveis nas porções proximais dos membros; É registrado em um programa do TELEMEDICINA, e analisado por um cardiologista

Referências

- SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner &Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- VASCONCELOS, C. C. C. S. Eletrocardiograma. Natal, 2010. FISCHBACH, F. T. Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

19 – MEDIDA DO PERÍMETRO ENCEFÁLICO

<i>Conceito:</i>		
Medida da circunferência fronte-occipital, correspondendo ao perímetro cefálico máximo.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 19
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o desenvolvimento cerebral e detectar precocemente anomalias. 	Em todas as crianças até 01 anos de vida das Unidades Básica de Saúde.	Enfermeiro, Técnico de enfermagem e médicos;
<i>Material</i>		
Fita métrica não extensível/inelástica.		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none"> Reunir o material; Higienizar as mãos (POP 04); Apresentar-se ao usuário/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal; garantir o posicionamento correto do cliente; Passar a fita métrica por baixo da cabeça da criança posicionando-a sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima; Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça; Realizar a leitura; Higienizar as mãos (POP 04); Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; Registrar o procedimento em planilha de produção; Manter ambiente de trabalho limpo e organizado 		
<i>Considerações</i>		
<p>* Não incluir pavilhão auricular;</p> <p>* Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior.</p>		
<i>Referências</i>		
<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem–Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.</p> <p>POTTER P. A.; PERRY A. G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.</p>		

POP 20 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INALATÓRIA

<i>Conceito:</i>		
Inalação é uma modalidade de tratamento na qual há a administração de medicações ou soluções por via inalatória, isto é diretamente nas vias aéreas.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 20
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Umidificar a via aérea, dilatar os brônquios e eliminar secreções.	Sempre que necessário.	Enfermeiro e/ou Técnico de Enfermagem.
<i>Material</i>		
<ul style="list-style-type: none"> * Copo nebulizador. * Máscara. * Medicação prescrita. * Soro Fisiológico. * Seringa. 		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos (POP 04). 2. Observar prescrição médica. 3. Preparar o material. 4. Colocar a quantidade prescrita de soro fisiológico e medicamentos no copo de inalação. 5. Fechar o copo de inalação. 6. Colocar a máscara de inalação de acordo com o tamanho do usuário. 7. Conectar a extensão ao copo de inalação e a outra extensão ao inalador. 8. Orientar o usuário a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento. 9. Pedir ao usuário para segurar o copo de colocar a máscara entre a boca e nariz. 10. Ligar o inalador. 11. Manter a inalação durante o tempo indicado e observar o usuário e possíveis alterações. 12. Interromper a inalação se ocorrer reações ao medicamento. 13. Desligar o inalador. 14. Oferecer papel toalha para o usuário secar a umidade do rosto. 15. Levar o material desacoplado, para lavagem e desinfecção. 16. Higienizar as mãos (POP 04). 17. Anotar o procedimento e observações no prontuário do usuário. 		

Considerações

- * Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;
- * Senão conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
- * Preparar o medicamento a ser administrado na presença do usuário;
- * Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec) deve-se solicitar ao usuário ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada;
- * Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais.
- * Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do Farmacêutico;
- * Caso a solução para diluição esteja em um frasco que será fracionado para vários procedimentos, identificar frasco com data e horário de abertura e validade;
- * Deve-se fazer a inalação com o usuário sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração.

Referências

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.

VIANA, D. L. **Manual de Procedimentos em Pediatria**. Yendis Editora. São Caetano do Sul. São Paulo, 2006.

POP 21 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRADÉRMICA

<i>Conceito:</i>		
O medicamento é aplicado entre a derme e a epiderme e sofre pouca absorção sistêmica. Por esta via é utilizado pequenos volumes (0,5 ml ou menos), para processos que envolvem reações imunológicas (exemplo: testes de sensibilidade ou alergia e tuberculose), aplicação de vacina se anestésico local.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 21
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
• Administrar testes e vacinas pela via intradérmica.	Sempre que necessário.	Enfermeiro.
<i>Material</i>		
<ul style="list-style-type: none"> * Bandeja. * Medicamento. * Recipiente de material perfuro-cortante. * Bolas de algodão ou gazes. * Seringa 1ml. * Agulha 13X4,5 mm 		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos (POP 04) 2. Verificar a prescrição. 3. Explicar o procedimento ao usuário ou familiares. 4. Escolher o local de aplicação preferencialmente no antebraço 3 a 4 dedos da fossa anticubital e cinco dedos acima do punho, que não seja pigmentado ou tenha muitos pelos. 5. Apoiar o braço sobre superfície plana. 6. Verificar se o local escolhido está limpo. 7. Proceder limpeza com soro fisiológico. 8. Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios de assepsia. 9. Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola. 10. Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante e em um movimento direto. 11. Usar a mão não dominante para esticar as dobras da pele no local da injeção. 12. Colocar a agulha formando com a pele um ângulo de 15°. 13. Injetar o líquido lentamente, ao mesmo tempo em que observa o surgimento de uma bolha. 14. Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção. 15. Não reencapar a agulha. 16. Descartar a seringa na caixa de perfuro-cortante. 17. Permanecer com o cliente e observar reação alérgica. 		

Considerações

- * Evitar conversar durante ao processo de preparação de medicamentos;
- * Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
- * Preparar o medicamento a ser administrado na presença do usuário;
- * Antes de administrar soluções intradérmicas, assegure-se de que ela está na temperatura adequada, evitando dessa forma a inativação da mesma;
- * Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo e procure a orientação do farmacêutico;
- * Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição;
- * Imediatamente após a administração, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente.

Referências

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.
SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 14/2010. **Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos**, 2010.

POP 22 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO OCULAR

<i>Conceito:</i>		
Técnica para instilar colírios ou pomadas oftálmicas na bolsa conjuntival.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 22
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
<ul style="list-style-type: none"> Obter uma resposta farmacológica adequada através da via indicada. 	Sempre que necessário.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
<i>Material</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Bandeja (se necessário). Medicamento. Luva de procedimento. Gaze estéril. Soro fisiológico 0,9% 10 ml. 		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
GOTA <ol style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos conforme (POP 04) Colocar luvas de procedimento. Pedir ao usuário para deitar em decúbito dorsal ou sentar-se em uma cadeira com a cabeça ligeiramente hiper estendida. Limpar as pálpebras do usuário com gaze embebida em SF0,9% (canto interno para o externo). Descartar a gaze e usar uma para cada limpeza. Com a mão dominante repousando sobre a fronte do usuário, segure o frasco da solução oftalmológica aproximadamente 1 a 2 cm acima do saco conjuntival. Expor o saco conjuntivo inferior e segurar a pálpebra superior bem aberta com a mão não dominante, solicitar ao usuário olhar para o teto. Instilar a medicação. Oferecer gaze ao usuário para limpar o excesso. Higienizar as mãos. (POP 04) <p>Registrar o procedimento e observações no prontuário do usuário.</p> POMADA <ol style="list-style-type: none"> Segure o aplicador acima da pálpebra inferior, aplique uma camada fina de pomada de maneira uniforme ao longo da borda interna da pálpebra inferior sobre a conjuntiva, desde o canto interno para o externo; Peça ao usuário para que feche os olhos e esfregue ligeiramente a pálpebra em movimentos circulares com a gaze, quando o atrito não for contra indicado. Desprezar materiais utilizados, observando especificidade de cada um. Higienizar as mãos (POP 04). Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente. 		

Considerações

- Usar o medicamento apenas no olho afetado.
- Observar sinais de reação alérgica e efeitos colaterais a medicação administrada.

Referências

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.
FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. **Tratado prático de enfermagem**. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.

POP 23 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO ORAL

Conceito:		
A administração de medicação via oral, VO, uso interno, enteral ou ainda peros (do latim, pela boca), em farmacologia é uma forma de administração de fármacos, caracterizada pela ingestão pela boca.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
08/01/2025		POP 23
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	2029	
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Obter uma resposta farmacológica adequada, de ação sistêmica lenta ou quando outras vias não são indicadas.	Sempre que necessário.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> * Terapia medicamentosa prescrita. * Copo descartável para medicações. * Água. * Bandeja. 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e o horário. 2. Higienizar as mãos (POP 04). 3. Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data de validade. 4. Colocar o medicamento no copo descartável sem toca-lo. Usar seringa ou medidor para medicamentos líquidos. 5. Oferecer a medicação ao usuário em uma bandeja. 6. Oferecer água para ajudar na deglutição. 7. Permanecer ao lado do usuário até que este degluta todo o medicamento. 8. Higienizar as mãos (POP 04). 9. Registrar o procedimento e observações no prontuário do usuário. 		
Considerações		
<ul style="list-style-type: none"> * Evitar conversar durante ao processo de preparação de medicamentos; * Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço; * Preparar o medicamento a ser administrado na presença do ;usuário 		
Referências		
<p>POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.</p> <p>FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.</p> <p>AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.</p> <p>BARE, B. G.; SUDARTH, D. S. BRUNNER. Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.</p>		

POP 24 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO SUBCUTÂNEA

Conceito:		
Na administração subcutânea (SC), é injetada pequena quantidade de medicamento líquido (0,5 a 2,0 ml) no tecido subcutâneo abaixo da pele do cliente. Indicada para administrar anticoagulantes (heparina, clexane), hipoglicemiantes (insulina) e vacinas (antirrábica e anti-sarampo). O medicamento é absorvido lentamente para dentro dos capilares próximos, conferindo efeito prolongado do medicamento.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
08/01/2025		POP 24
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	2029	
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Obter uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica moderada ou quando outras vias não são indicadas.	Sempre que necessário.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> * Bandeja; * Luvas de procedimento; * Algodão; * Agulha descartável 1, 20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento; * Agulha para aplicação (13x4,5 ou 8x4,5); Seringa de 1ml; * Medicamento prescrito. 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração do usuário; 2. Realizar a higienização das mãos (POP 04) 3. Preparar o medicamento utilizando a agulha de aspiração e a seringa de 1ml; 4. Retirar a agulha de aspiração e inserir a agulha 13 x 4,5 mm na seringa; 5. Colar o rótulo de identificação no medicamento; 6. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 7. Reunir o material a ser utilizado na bandeja; 8. Levar a bandeja até a unidade do usuário; 9. Informar e explicar o procedimento ao usuário; 10. Conferir o rótulo com os dados do usuário; 11. Realizar a higienização das mãos (POP 02) 12. Posicionar o usuário de forma adequada ao procedimento; 13. Calçar as luvas de procedimento (POP 05); 14. Fazer a antisepsia do local; 15. 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. O profissional deve segurar a seringa como se fosse um dardo, deixando a palma da mão para cima); 16. Inserir em um único movimento a seringa com a agulha 13 x 4,5 mm no tecido subcutâneo em um ângulo de 90°; 17. Injetar lentamente o medicamento com a mão oposta que segura a seringa (soltar a prega do tecido); 18. Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido; 		

19. Aplicar leve compressão ao local com gaze;
20. Recolher o material utilizado, deixando a unidade do usuário em ordem;
21. Desprezar os resíduos;
22. Descartar o material perfuro-cortante no Descarpax® (sem desconectar a agulha da seringa e sem reencapá-la);
23. Retirar a luva de procedimento;
24. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
25. Realizar a higienização das mãos (POP 04)
26. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
27. Fazer anotação de enfermagem se houver intercorrências.

Considerações

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

* Locais de aplicação:

- Região deltoide no terço proximal.
- Face superior externa do braço.
- Face anterior da coxa.
- Face anterior do antebraço.
- Região umbilical.
- Região da mama

Referências

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.

AME– Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.

1. * Fazer a notação de enfermagem se houver intercorrências.

POP 25 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR

Conceito:		
Na via intramuscular a medicação e vacina são introduzidas dentro do tecido muscular.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
08/01/2025		POP 25
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	2029	
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Utilizar o tecido muscular como via de administração de medicamentos, beneficiando-se da rápida absorção de substâncias por esse tecido.	Sempre que necessário.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> * Terapia medicamentosa prescrita. * Medicamento. * Luva de procedimento. * Agulha. * Seringa. * Algodão embebido em álcool 70%. * Algodão seco. * Bandeja. 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e horário. 2. Higienizar as mãos (POP 04) 3. Ler o rótulo da dosagem do medicamento, verificando a data de validade. 4. Preparar o medicamento e os materiais necessários na bandeja. 5. Esclarecer ao usuário sobre a medicação que irá receber. 6. Calçar as luvas de procedimento (POP 05) 7. Escolher o local para administração do medicamento (Dorso Glúteo, Vento glútea- Hostheter, deltoide ou Vasto lateral da coxa). 8. Posicionar o usuário de modo que auxilie no relaxamento do músculo, evitando o extravasamento e minimizando a dor. 9. Fazer antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%. 10. Introduzir a agulha num ângulo de 90° a pele. (Conforme região para aplicação). 11. Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento no músculo, para certificar de que nenhum vaso sanguíneo foi atingido. 12. Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo. 13. Retirar o conjunto agulha e seringa em movimento único. 14. Utilizar bola de algodão para tamponar, evitando que o medicamento extravase. 15. Descartar seringa/agulha em recipientes perfuro-cortante. 16. Retirar luvas. 17. Higienizar as mãos (POP 04) 18. Anotar no prontuário do usuário o procedimento, as observações e intercorrências 		
Considerações		

Locais de aplicação:

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

- * Distância em relação a vasos e nervos importantes;
- * Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;
- * Espessura do tecido adiposo;
- * Idade do usuário;
- * Irritabilidade da droga;
- * Atividade do usuário.

Dorso glúteo (DG):

- * Colocar o usuário em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição de pé é contraindicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas, quando for necessário, pedir para o usuário ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento.
- * Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz imaginária, a partir da espinha ilíaca pósterio-superior até o trocânter do fêmur.
- * Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária.
- * Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

Ventro glútea (VG) hostetter:

- * usuário pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal.
- * Colocar a mão esquerda no quadril direito do usuário.
- * Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca anterossuperior direita.
- * Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca.
- * Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador em triângulo.
- * Indicada para crianças acima de 03 anos, usuários magros, idosos ou caquéticos.

Face Vasto Lateral da Coxa:

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

Deltóide:

- * usuário poderá ficar sentado ou decúbito lateral.
- * Localizar músculo deltóide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicação no centro do triângulo imaginário.

Escolha correta do ângulo:

Vasto lateral da coxa – ângulo 45° em direção podálica.

Deltóide – ângulo 90°.

Ventro glúteo – angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca.

Dorso glúteo – ângulo 90°.

Escolha correta da agulha:

Faixa etária, via solução (aquosa, oleosa ou suspensão)

Faixa etária	Espessura subcutânea	Solução aquosa	Solução oleosa ou suspensão
Adulto	Magro	25x6/7	25x8
	Normal	30x6/7	30x8
	Obeso	30x8	30x8
Criança	Magra	20x6	20x6
	Normal	25x6/7	25x8
	Obesa	30x8	30x8

Referências

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.

AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis Editora. 2ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.

BARE, B. G.; SUDARTH, D. S. BRUNNER. Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POP 26 – TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

<i>Conceito:</i>		
Terapia realizada através da administração de sais de reidratação oral para repor líquidos e eletrólitos.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 26
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Corrigir o desequilíbrio hidroeletrolítico pela reidratação oral, prevenindo a desidratação e seus agravos.	Sempre que necessário.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
<i>Material</i>		
<ul style="list-style-type: none"> * Envelope de Soro de Reidratação Oral – SRO; * Água filtrada ou fervida (fria); * Jarra de 01 litro (vidro ou plástico com tampa); * Copo descartável. 		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material; 2. Higienizar as mãos (POP 04); 3. Apresentar-se ao usuário, sanando todas as suas dúvidas antes de iniciar a execução; 4. Diluir um envelope de SRO em 01 litro de água; 5. Ofertar ao usuário em curtos intervalos toda vez que ele desejar; 6. Solicitar reavaliação do usuário após o término da terapia; 7. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados; 8. Higienizar as mãos (POP 04); 8. Registrar procedimento no prontuário do usuário, carimbar e assinar. 		
<i>Considerações</i>		
<ul style="list-style-type: none"> * Crianças poderão receber o SRO no volume de 50 a 100 ml/kg de peso, por um período máximo de 4 a 6 horas; * Não apresentando melhora do quadro, solicitar a avaliação médica. 		
<i>Referências</i>		
<p>POTTER P. A.; PERRY A. G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.</p> <p>Portal da Saúde – Ministério da Saúde – www.saude.gov.br.</p> <p>http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/doenca-diarreica-aguda-dda</p>		

POP 27 – SONDAGEM NASOENTERAL

<i>Conceito:</i>		
Assistência ao usuário com sonda naso enteral.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 27
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Permitir a administração de dietas e medicamentos de maneira mais segura, principalmente nos usuários idosos, acamados, com reflexos diminuídos, inconscientes e/ou com dificuldade de deglutição.	Em clientes com aplicação de sonda enteral.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
<i>Material</i>		
<ul style="list-style-type: none"> * EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos); * Bandeja; * Gaze não estéril; * Seringa de 20 ml; * Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico; * Estetoscópio; * Soro fisiológico 0,9%; * Toalha ou papel toalha; 		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<i>considerações</i>		
<ul style="list-style-type: none"> * No sistema de sondagem naso enteral, o RX é considerado padrão ouro para verificar localização da sonda e segurança no procedimento, pelas Sociedades Americana, Europeia e Brasileira de Terapia Nutricional (ASPEN, ESPEN, SBNPE). C; * Checar a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos; * Realizar higiene oral a cada 6h; * Manter o usuário posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e bronco aspiração, senão houver contraindicação; * Lavar a sonda com 20 ml de água antes e após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda; * Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental; * Higienizar as narinas do usuário pelo menos uma vez ao dia; 		

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos (POP 04);
3. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Promover a privacidade do usuário
5. Posicionar o usuário em posição “Fowler” alta, a menos que haja contraindicação.
6. Paramentar-se com os EPIs;
7. Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;
8. A ausculta do fluxo de ar ao entrar no estômago é indicador da correta posição da sonda;
9. A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;
10. Evitar pressão excessiva sobre a narina e que a sonda migre para além da distância desejada;
11. Deixar o usuário confortável;
12. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
13. Higienizar as mãos (POP 04);
14. Encaminhar o usuário para controle radiológico, caso haja dúvida sobre o posicionamento correto da sonda;
15. Enviar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado e identificado, parar e passar a sonda se necessário;
16. Realizar a notação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; documentar o cuidado e subsidiar o tratamento.
17. Registrar o procedimento em Planilha de Produção.
18. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

Referências

POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 63 de 6 de julho de 2000. Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral. Brasília/DF, 2000.

POP 28 – SONDAGEM NASOGÁSTRICA

Conceito:		
Introdução de uma sonda maleável através da narina até o estômago.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
08/01/2025		POP 28
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	2029	02
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Drenar conteúdo gástrico para descompressão, realizar lavagem gástrica e administração de medicação /alimento.	Conforme prescrição médica.	Enfermeiro.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> * EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos); * Bandeja; * Sonda naso gástrica; * Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante); * Gaze não estéril; * Seringa de 20 ml; * Esparadrapo ou adesivo hipo alergênico; * Estetoscópio; * Toalha ou papel toalha; * Coletor de secreção (se necessário); * Biombo (se necessário). 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Checar a prescrição; 2. Reunir o material; 3. Higienizar as mãos (POP 04); 4. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 5. Promover a privacidade do usuário (utilizar o biombo se necessário); 6. Posicionar o usuário em posição “Fowler” alta, a menos que haja contraindicação; Caso o usuário não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente; 7. Paramentar-se com os EPIs; 8. Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo; 9. Inserir a sonda na narina não comprometida; 10. Inspeccionar a condição da cavidade oral do usuário e o uso de prótese dentária; 11. Verificar necessidade de higiene da cavidade oral após a inserção da sonda; 12. Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do usuário; 13. Higienizar narina com SF0, 9% quando necessário; 14. Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifoide adicionando dois dedos, marcando com fita adesiva; 15. Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel; 		

16. Introduzir a sonda na narina do cliente até sentir uma pequena resistência, nesse ponto, peça ao usuário para fletir ligeiramente a cabeça; A resistência indica que a sonda atingiu a nasofaringe e ao fletir a cabeça ocorre o fechamento da traqueia e a abertura do esôfago.
17. Quando possível, solicitar a colaboração do usuário, pedindo para que faça movimentos de deglutição;
18. Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do usuário até o ponto pré-marcado;
19. Suspender a progressão da sonda caso o usuário apresente náuseas, vômitos, tosse, dispneia ou cianose;
20. Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico; A ausculta do fluxo de ar ao entrar no estômago é indicador da correta posição da sonda;
21. A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;
22. Acoplar a sonda ao coletor caso a sonda tenha como objetivo a drenagem de conteúdo gástrico. Manter o coletor abaixo do nível da cintura do usuário;
23. Deixar o usuário confortável;
24. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
25. Higienizar as mãos (POP 04);
26. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário
27. Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
28. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Considerações

- Em clientes com suspeita de TCE (traumatismo crânio encefálico), é recomendado a sondagem oro gástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;
- Em usuários com suspeita de trauma raque medular, não elevar o decúbito;
- Checar sempre a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;
- Realizar higiene oral a cada 6h;
- Manter o usuário posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e bronco aspiração, se não houver contraindicação;
- Sempre lavar a sonda com 20 ml de água antes e após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;
- Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;
- Higienizar as narinas do usuário pelo menos uma vez ao dia;
- Deixar toalhas próximas, pois, durante a passagem da sonda, o usuário pode sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o cliente, retomando o procedimento mediante avaliação;
- Em caso de perda ou deslocamento da sonda em usuário de pós operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada nem mesmo reintroduzida sem avaliação médica.

Referências

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 25/2013. Inserção de sonda nasogástrica/nasoenteral (SNG/SNE) e lavagem gástrica em RN por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem, 2013.

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Manual de Procedimentos de Enfermagem. Brasília/ DF, 2012.

POP 29 – CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

Conceito:		
É a introdução de uma sonda/cateter estéril da uretra até a bexiga com finalidade diagnóstica ou terapêutica.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
08/01/2025		POP 29
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	2029	
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
<ul style="list-style-type: none"> - Colher material para exame. - Possibilitar a eliminação da urina em clientes imobilizados. - Inconscientes ou com obstrução. - Esvaziar a bexiga em caso de retenção urinária. Mensurar débito urinário. 	Conforme necessidade.	Enfermeiro.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> * EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção e luva estéril); * Biombo; * Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cubarim, pinça para antisepsia, cuba, redonda, gaze esterilizada e campo fenestrado); * Sonda uretral de alívio; * Seringa de 20ml; * Lidocaína gel 2%; * Gaze estéril se necessário; * Solução de PVPI tópico; * Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão). 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Checar a prescrição, se houver; 2. Reunir o material; 3. Higienizar as mãos (POP 04); 4. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução; 5. Promover a privacidade do usuário (utilizar o biombo se necessário); 6. Posicionar o cliente adequadamente: <ul style="list-style-type: none"> * Sexo feminino: decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados, pés sobre o leito. * Sexo masculino: decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas. 7. Paramentar-se com os EPIs; 8. Colocar o recipiente para descarte próximo ao usuário, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril; 9. Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do cliente, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo; 10. Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa e gaze estéril) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica; 		

11. Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
12. Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.
 - * Sexo feminino: colocar a solução sobre a gaze estéril.
 - * Sexo masculino: após calçar as luvas estéreis solicitar ajuda para colocar o gel dentro de uma seringa de 20ml;
13. Calçar luvas estéreis;
14. Com auxílio da pinça, proceder anti-sepsia da região genital, contaminando apenas a mão não dominante: A visualização total do meato uretral e a retração total da glândula previne a contaminação do meato uretral durante a limpeza.
15. Sexo masculino: A limpeza reduz o número de microrganismos no meato uretral.
 - A) retraindo o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glândula. Manter a mão não dominante na posição durante todo procedimento. A anti-sepsia evita contaminação do sistema urinário.
 - B) com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glândula. Repetir o procedimento três vezes.
16. Sexo feminino:
 - A) com a mão não dominante, retraindo os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento.
 - B) usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas. Solução anti- séptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos lábios e grandes lábios;
17. Colocar o Campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto; manter técnica asséptica;
18. Lubrificar a sonda com xilocaína.
19. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20ml; reduzir a fricção e a possível irritação quando da inserção da sonda;
20. Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina; O pênis devidamente posicionado facilita a inserção do cateter;
21. Drenar a diurese na cubarim, quando for realizar coleta de exames, colocar a urina no coletor próprio e após drenar a urina na cubarim;
22. Retirar a sonda e o campo fenestrado;
23. Desprezar a urina no vaso sanitário;
24. Deixar o usuário confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
25. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
26. Higienizar as mãos (POP 04);
27. Realizar a notação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
28. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Considerações

Contraindicação:

Obstrução mecânica do canal uretral.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer nº 036/2012. Realização de sondagem vesical intermitente por cuidador, 2012.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer nº 022/2009. Sondagem Vesical de demora no domicílio, 2009.

POTTER P. A.; PERRY A. G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

POP 30 – CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Conceito:		
É a introdução de uma sonda/cateter estéril e permanente da uretra até a bexiga com finalidade diagnóstica ou terapêutica.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
08/01/2025		POP 30
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	2029	
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Controlar o volume urinário; Possibilitar a eliminação da urina em clientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução.	Conforme prescrição médica.	Enfermeiro.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> * EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luva estéril); * Biombo; * Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cubarim, pinça para anti-sepsia, cuba redonda, gaze esterilizada e campo fenestrado); * 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; * Seringa de 20 ml sem luerlock; * Lidocaína gel 2%; * Fita adesiva (esparadrapo ou adesivo hipo alergênico); * Gaze estéril se necessário; * Solução de PVPI tópico; * Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão) 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material; 2. Higienizar as mãos (POP 04); 3. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução; 4. Posicionar o usuário adequadamente: <ul style="list-style-type: none"> - Sexo feminino: decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os pés sobre o leito. - Sexo masculino: decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas. <p>Paramentar-se com os EPIs;</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Colocar o recipiente para descarte próximo ao cliente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril; 6. Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do usuário, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo; 7. Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica; 8. Abrir a ampola de água destilada sobre a mesa de cabeceira do usuário; 9. Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gizes estéreis que se encontram na cuba redonda; 		

10. Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.
 - Sexo feminino: colocar a solução sobre a gaze estéril.
 - Sexo masculino: após calçar as luvas estéreis solicitar ajuda para colocar o gel dentro de uma seringa de 20 ml;
11. Calçar luvas estéreis
12. Com auxílio de uma seringa de 20 ml e uma agulha de aspiração, sem contaminar as mãos, aspirar água destilada necessária para insuflar o balonete conforme descrito na sonda de Foley e testá-lo, retirando a água após o teste e reservar a seringa com água no campo estéril;
13. Adaptar a sonda de Foley na bolsa coletora (sistema fechado de drenagem esterilizado);
14. Realizar a anti-sepsia da região genital, com auxílio da pinça, contaminando apenas a mão não dominante:
 - Sexo masculino:
 - a) Retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glândula. Manter a mão não dominante na posição durante todo procedimento;
 - b) Com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glândula. Repetir o procedimento três vezes.
 - Sexo feminino:
 - a) Com a mão não dominante, retraindo os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento;
 - b) Usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas com solução anti-séptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos e grandes lábios;
15. Colocar o campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto;
16. Lubrificar a sonda com lidocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;
17. Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina.
 - Quando usuário do sexo masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do usuário e introduzir a sonda até a bifurcação.
 - Quando usuário do sexo feminino introduzir aproximadamente mais 10 centímetros;
18. Insuflar o balonete com água destilada, observando o volume marcado na sonda;
19. Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;
20. Retirar o campo fenestrado sem desconectar o sistema fechado de drenagem;
21. Fixar sonda na parte interna da coxa (sexo feminino) e área supra púbica (sexo masculino);
22. Prender o coletor na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do funcionário;
23. Deixar o cliente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
24. Desprezar os materiais perfuro-cortantes em recipiente adequado.
25. Desprezar os materiais utilizados nos lixo apropriados;
26. Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 04);
27. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário
28. Registrar o procedimento em planilha de produção.
29. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado
30. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Considerações

- Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica;
- Recomenda-se intervalo para a troca da sonda no prazo de 30 dias
- Respeitar a privacidade do usuário, mesmo que este esteja inconsciente;
- Manter o sistema de drenagem fechado, a não ser em situações específicas, como nas irrigações urinárias;
- Escolher sondas de menor calibre (12 a 16F) em adultos. Utilizar sondas de maior calibre (20 a 24F) quando for passível a formação de coágulo;
- Trocar todo sistema de drenagem fechado quando ocorrer obstrução do cateter ou do tubo coletor, suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna do cateter, violação ou contaminação do cateter e/ou do sistema de drenagem e febre sem outra causa conhecida;
- Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e orientar o usuário a mantê-la nesta posição;
- Clampear a extensão quando for necessário e elevar o coletor acima do nível da bexiga;

- Alternar os locais da fixação e trocar a fita adesiva a cada 24 horas;
- Manter o ponto distal de drenagem do coletor de urina suspenso, ou seja, sem que este encoste no solo.
- Realizar higiene íntima com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos duas vezes ao dia;
- Perguntar ao usuário se este apresenta alergia a látex, PVPI e/ou fita adesiva (micropore ou esparadrapo).
- Em caso de urgência, (bexigoma, infecções de urina, entre outras) a troca do CVD poderá ser delegada a profissional técnico de enfermagem devidamente capacitado.

Referências

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer nº 036/2012. Realização de Sondagem vesical intermitente por cuidador, 2012.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer nº 022/2009. Sondagem Vesical de demora no domicílio, 2009.

POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

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

POP 31 – COLPOSCOPIA ONCÓTICA

<i>Conceito:</i>		
O exame de prevenção pela técnica de Papanicolaou ou citologia oncológica, consiste na coleta e análise de material celular da cérvix uterina que permite a detecção de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas, vem sendo utilizado largamente, desde sua descoberta, em 1943. É um exame bastante aceito pela comunidade científica e de relevância para a Saúde Pública, por ser de baixo custo e fácil realização.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 31
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
<p>* Realizar coleta de citologia oncológica para rastreamento e Diagnóstico de patologias cervicais e prevenção do câncer de colo uterino.</p> <p>* Coletar material cervical (endocérvice e ectocérvice) de colo uterino.</p>	Segundo a OMS, mulheres entre 24 a 65 anos, porém estendem-se as mulheres com vida sexual ativa ou quando necessário.	Enfermeiro ou médico.
<i>Material</i>		
<p>* EPIs: óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;</p> <p>* Espéculo inoxidável estéril ou Espéculo descartável;</p> <p>* Lâmina de vidro comum a extremidade fosca para identificação;</p> <p>* Espátula de Ayres;</p> <p>* Escova cervical;</p> <p>* Solução de fixação apropriada;</p> <p>* Recipiente para acondicionamento das lâminas;</p> <p>* Gaze;</p> <p>* Pinça Cheron;</p> <p>* Formulário de Requisição do exame e de remessa de exames;</p> <p>* Livro de registro;</p> <p>* Lápis para identificação da lâmina;</p> <p>* Camisola/Avental;</p> <p>* Lençol.</p>		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		

8. Solicitar à usuária que se deite sobre a mesa ginecológica, cobrindo-a com o lençol;
9. Expor as mamas e realizar exame clínico das mamas, sempre explicando o procedimento;
10. Em seguida, auxiliar a usuária a se posicionar na mesa ginecológica adequadamente, para a coleta do exame cito patológico;
11. Calçar as luvas de procedimento;
12. Realizar o exame da região vulvar;
13. Escolher o espéculo adequado (vide observações);
14. Introduzir o espéculo, na posição vertical, ligeiramente inclinado (15°), fazendo uma rotação de 90° mantendo-o em posição transversa de modo que a fenda do espéculo fique na posição horizontal;
15. Abrir o espéculo lentamente e com delicadeza;
16. Se ao visualizar o colo uterino houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça Cheron, sem esfregar, para não perder a qualidade da amostra;
17. Coleta ectocervical
18. Encaixar a ponta mais longa da espátula de Ayres no orifício do colo, apoiando-a com firmeza, e com movimento rotativo de 360° ao redor de todo o orifício. Caso a amostra não tenha sido representativa repetir o movimento;
19. Estender o material ecto cervical, dispondo-o no sentido vertical ou horizontal, ocupando 2/3 iniciais da parte transparente da lâmina, com movimento de cima para baixo, utilizando as duas laterais da espátula;
20. Coleta endocervical
21. Utilize a escova de coleta endocervical, introduzindo-a delicadamente no canal cervical realizando movimento circular em 360° ;
22. Estender o material ocupando o 1/3 restante, rolando a escova de cima para baixo, em sentido único;
23. Fixar o esfregaço imediatamente após a coleta.
24. São três as formas de fixação. O uso de Polietileno glicol é a mais recomendada.

Considerações

- Observar sangramento vaginal expressivo e/ou menstruação. Gestantes não coletar material da endocérvice.
- Em condições normais deve ser realizado anualmente em mulheres de 25 a 64 anos (Ministério da Saúde).
- * Os procedimentos de acondicionamento, conferência, preenchimento de lâminas, preenchimento de guia de remessa e envio ao Laboratório de Citologia podem ser realizados pelos Técnicos de Enfermagem, tendo os seguintes cuidados:
 - a) As lâminas devem ser acondicionadas no recipiente próprio (caixa de madeira ou plástico) para transporte;
 - b) Conferir cada lâmina com o formulário de solicitação do exame;
 - c) Preencher a relação de remessa na mesma sequência das lâminas e das requisições;
 - d) Enviar as lâminas ao Laboratório de Citologia conforme rotina do serviço; Tamanho de espéculo
- Caso a visualização do colo não seja possível solicitar que a usuária tussa ou faça pequena força com o ~~peito~~ **peleto**
- Não coletar de mulheres menstruadas: aguardar o 5º dia após término da menstruação.
- Não usar creme vaginal, ducha vaginal, ou ter relação sexual ou submeter-se a exames intravaginais (ex. ultrassom) dois dias antes do exame.
- Evitar lubrificar o espéculo com agente oleoso.
- Em mulheres idosas, com vagina ressecada recomenda-se molhar o espéculo com solução salina (SF0,9%).
- Em usuária gestante ou com suspeita de gravidez realizar apenas coleta de material ectocervical.
- Realizar coleta em mulheres histerectomizadas desde que o colo uterino tenha sido preservado, caso não, realizar coleta do fundo de saco apenas.

Referências

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 381. Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou. 2011.

POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS: Secretaria de Saúde. Manual de normas de rotinas de procedimentos para a enfermagem: assistência de enfermagem. Campinas, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica nº 13. Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama. DF: Brasília, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12 eds. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

POP 32 – OXIGENOTERAPIA

<i>Conceito:</i>		
É a administração de oxigênio medicinal em concentrações maiores àquelas do ar ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 32
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Melhorar a oxigenação, perfusão tecidual e corrigir a acidose respiratória.	Conforme necessidade.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
<i>Material</i>		
<ul style="list-style-type: none"> EPI (luvas de procedimento) Bandeja; * Kit cateter nasal e/ou kit máscara de nebulização; * Fonte de oxigênio; * Água bidestilada; * Fluxômetro. 		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none"> Reunir o material; Higienizar as mãos (POP 04); Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; Paramentar-se com o EPI Quando cateter <ol style="list-style-type: none"> Preencher o umidificador com água bidestilada até o nível recomendado pelo fabricante; prevenir desidratação das mucosas; Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio; Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio; Quando máscara de nebulização <ol style="list-style-type: none"> Preencher o umidificador com água bidestilada até o nível recomendado pelo fabricante; Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio; Conectar a traqueia da máscara umidificador de oxigênio; Retirar o EPI e higienizar as mãos (POP 02); Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; Manter ambiente de trabalho limpo e organizado. 		
<i>Considerações</i>		
<ul style="list-style-type: none"> * Não há contraindicação absoluta para realização deste procedimento. O kit cateter nasal é composto por: cateter com numeração adequada, extensor de silicone e umidificador; * O kit máscara de nebulização é composto por: máscara facial, traqueia, cadarço e umidificador; * Observar a verificação da permeabilidade, ou seja, sem dobras, fixação do fluxômetro de oxigênio, fluxo de saída de oxigênio; <ul style="list-style-type: none"> * Verificar se a fonte de oxigênio contém oxigênio suficiente para liberar a quantidade prescrita; * Observar estado das mucosas e vias aéreas superiores do usuário a fim de evitar ressecamento das mesmas; * Fornecer cuidados orais de higiene frequente; 		

- * Ajustar corretamente e frequentemente a força da fita elástica e/ou outros dispositivos para fixação, fazendo o uso de protetores, se necessário, para evitar lesões;
- * Registrar a liberação de oxigênio e o fluxo em litros, relatando a resposta do cliente à terapia e instruções dadas ao usuário e familiar.

Referências

POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

POP 33 – SALA DE CURATIVO

<i>Conceito:</i>		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 33
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	15/07/2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de curativo. 	Salas de curativo.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
<i>Material</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Materiais de limpeza conforme estabelecido pela vigilância sanitária. 		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none"> Organizar a sala; Solicitar a auxiliar de serviços gerais que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal; Trocar as almotolias semanalmente colocando novas soluções, previamente limpas, identificadas e datadas. Verificar a data de validade de materiais esterilizados; Repor materiais necessários, conforme a rotina da unidade; Realizar os curativos conforme prescrição médica e/ ou do enfermeiro. Após a realização de curativos contaminados solicitar a auxiliar de serviços gerais a limpeza concorrente e descontaminação se necessário; Desprezar o resíduo do curativo em lixo infectante. 		
<i>Considerações</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Realizar procedimento diariamente. 		
<i>Referências</i>		
Prefeitura de Colombo. Procedimento Operacional Padrão, 2012.		

POP 34 – CURATIVO

<i>Conceito:</i>		
Curativo é o procedimento que compreende o processo de limpeza, debridamento, seleção e aplicação da cobertura e/ou tratamento tópico da lesão proporcionando um meio adequado ao processo de cicatrização.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
01/01/2025		POP 34
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	15/07/2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
<ul style="list-style-type: none"> Promover a cicatrização, manter a ferida limpa, prevenir infecções e traumas físicos, aliviar a dor, promover isolamento térmico, promover conforto físico e psicológico, permitir trocas sem traumas para a lesão, manter a umidade da ferida em lesões abertas, absorver/controlar o excesso de exsudato. 	Conforme necessidade.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
<i>Material</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Mesa auxiliar ou bandeja Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly; Cabo e lâmina de bisturi (se necessário); Tesoura; Pacote de gazes esterilizadas; Atadura de rayon estéril; Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente; Agulha 25 x 1.2 ou 40x1.2; Álcool 70%; Luvas de procedimento e/ou estéril; Micropore (R)/Espadrado; Atadura de crepe; Espátula; Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão; EPI (óculos, avental e máscara), se necessário; Papel Toalha. 		

Descrição do Procedimento/Técnica

1. Conferir a prescrição;
2. Higienizar as mãos (POP 04);
3. Reunir todo o material, conforme o ambiente (UBS/domicílio);
4. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas, antes de iniciar a execução;
5. Colocar o usuário em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
6. Higienizar novamente as mãos (POP 04);
7. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários (POP 05);
8. Observar o curativo anterior antes da remoção; avaliar extravasamento do exsudato e características gerais do curativo anterior;
9. Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada do micropore e desprendimento da cobertura;
10. Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor;
11. Documentar a evolução da ferida e para subsidiar a avaliação do produto prescrito;
12. Se necessário proceder a limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele peri ferida com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha;
13. Retirar luvas e higienizar as mãos (POP 04);
14. Abrir o pacote de curativo utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças; obedecer aos princípios de assepsia;
15. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários (POP 05);
16. Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%;
17. Com o auxílio das pinças limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida de SF 0,9%;
18. Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%; remover detritos, bactérias, exsudatos, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos da superfície da ferida;
19. Na presença de tecido desvitalizado solto ou não, solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/debridamento; remover tecidos inviáveis;
20. Secar a pele peri-lesão com gaze.
21. Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível semanal/quinzenal;
22. Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo enfermeiro/médico e ocluir o curativo conforme necessidade (gazes, rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);
23. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
24. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 04);
25. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário,
26. Registrar o procedimento em planilha de produção;
27. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Considerações

- Todos curativos crônicos devem passar por uma primeira avaliação do Enfermeiro, que realizará a sistematização da assistência de enfermagem que poderá delegar aos profissionais de nível médio, a execução do procedimento, com a prescrição do cuidado e material a ser utilizado, mantendo a avaliação periódica e evolução da ferida.
- Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do cliente e local da realização do curativo.
- A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.
- O debridamento só pode ser realizado por enfermeiros e médicos.
- A indicação dos produtos/coberturas deve ser feita considerando o momento evolutivo
- Lesão, tipo de tecido, patologia, adesão ao tratamento, recursos disponíveis, materiais padronizados e protocolo de uso da Secretaria Municipal de Saúde

Referências

POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
HESS, C. T. Tratamento de Feridas e Úlceras. Rio de Janeiro: Editora Reichmann& Affonso, 2002.
RIBEIRÃO PRETO. SMS. Manual de Assistência Integral às Pessoas com Feridas, 2011.
SANTOS, J.B.D; PORTO,S.G; Suzuki,L.M; Sostizzo,L.Z; Antoniazzi,J.L. Hospital da Clínicas de Porto Alegre, RS. Avaliação e Tratamento de Feridas: Orientações aos profissionais de saúde. 2011

POP 35 – RETIRADA DE PONTOS

<i>Conceito:</i>		
Retirada de fios colocados para aproximar as bordas de uma lesão (sutura).		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 35
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	15/07/2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
<ul style="list-style-type: none"> Facilitar a cicatrização. 	Conforme prescrição médica ou avaliação do enfermeiro.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
<i>Material</i>		
<ul style="list-style-type: none"> EPIs: luvas de procedimentos; Pacote de retirada de pontos: Lâmina de bisturi, Tesoura de Íris, pinça Kelly, pinça anatômica, dente de rato ou Kocher; Soro Fisiológico 0,9%; Gazes (estéreis); 		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none"> Reunir o material; Higienizar as mãos (POP 04); Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução; Paramentar-se com os EPIs; Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar limpeza local com soro fisiológico; Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, próximo a pele com a tesoura de Íris ou lâmina de bisturi; Colocar os pontos retirados sobre uma gaze; Realizar contagem dos pontos antes e após a retirada; Cobrir a ferida se houver necessidade; Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados; Retirar os EPIs e realizar o descarte; Higienizar as mãos (POP 04); Manter ambiente de trabalho limpo e organizado; Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário. 		
<i>Considerações</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Certificar-se do tipo de fio utilizado na sutura. Em geral, suturas com fios absorvíveis não precisam ser retiradas; nos casos em que houver sinais de processos inflamatórios ou infecciosos, solicitar avaliação do enfermeiro/ médico. Na ausência de prescrição médica a avaliação do enfermeiro para retirada de pontos deverá considerar a data de realização do procedimento. 		

Referências

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

HARAGUSHIKU C. G. BERTOLDI L. Manual de procedimentos para sala de curativos. Disciplina de Administração da Assistência à Saúde, da Universidade Federal do Paraná, 2003.

POP 36 – TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA

<i>Conceito:</i>		
Higienização e troca da bolsa coletora de efluentes intestinais ou urinários em usuários portadores de colostomia, ileostomia ou urostomia.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 36
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Reter/coletar os efluentes; • Manter a higienização do estoma; • Proporcionar o conforto e bem-estar ao usuário; • Prevenir possíveis infecções e lesões de pele. 	usuários portadores de colostomia, ileostomia ou urostomia.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
<i>Material</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • EPIS (luvas de procedimento, máscara cirúrgica); • Comadre; • Tesoura curva; • Soro fisiológico 0,9%; • Gaze ou papel higiênico; • Sabão de uso habitual; • Bolsa de estomia indicada ao cliente; • Escala de medida do estoma; • Placa da bolsa se houver (dispositivo de duas peças); • Protetor de pele (se necessário); • Pasta de resina sintética (se necessário). 		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material; 2. Higienizar as mãos (POP 04); 3. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução; 4. Promover a privacidade do usuário expondo somente a área do estoma, colocando em decúbito dorsal; 5. Paramentar-se com EPIS; 6. Esvaziar a bolsa coletora, observando o aspecto do material coletado (cor, consistência, quantidade, odor) e desprezar na comadre ou no vaso sanitário; 7. Umedecer a região do adesivo da bolsa ou da placa com gaze embebida em SF 0,9% aquecido e remover cuidadosamente da pele; 		

8. Limpar o estoma e região periestomal com gaze, água e sabão ou SF 0,9%, observando as condições da pele e mantendo-a seca para aplicação do dispositivo. Utilizar gaze sobre o mesmo para evitar drenagem de urina ou fezes enquanto prepara a nova bolsa coletora;
9. Medir o estoma com escala de medidas, traçar molde no verso da bolsa, deixando área de segurança de 1mm e recortar. Estoma irregular, preparar molde sob medida;
10. Colocar pasta de resina sintética (se necessário), preenchendo os espaços vazios na região do periestoma. Aplicar pó protetor na pele periestoma em caso de sinais de irritação local;
11. Retirar o papel protetor da base adesiva da bolsa ou da placa;
12. Adaptar nova bolsa coletora, ajustando sua abertura ao estoma, pressionando suavemente contra a parede abdominal. Colocar o clamp/presilha no dispositivo e fechar. A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes;
13. Em caso de dispositivo com duas peças (placa mais bolsa coletora), traçar o molde no verso da placa e recortar conforme medida. Após adaptar a placa à abertura do estoma deve-se pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa;
14. Deixar o usuário confortável;
15. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
16. Retirar os EPIS, desprezar em local adequado e higienizar as mãos (POP 04);
17. Realizar evolução no prontuário do usuário, carimbar e assinar a mesma;

Considerações

- Existem estomias intestinais e urológicas, assim deve ser utilizada bolsa coletora específica para cada caso.
- As bolsas coletoras podem ser de peça única (na mesma peça está a bolsa coletora e a barreira protetora de pele/placa separadas).
- As bolsas coletoras podem ser abertas (reutilizáveis) ou fechadas (uso único). A bolsa aberta é drenável e deve ser lavada com água e sabão e mantida enquanto houver boa aderência à pele.
- Remover o sistema de bolsas se o usuário reclamar de queimação ou coceira sob ele ou se houver drenagem purulenta ao redor do estoma.
- Se o dispositivo for de duas peças, conectar a bolsa à base de modo que facilite o esvaziamento, levando-se em conta a preferência do usuário.
- Usar apenas SF ou água e sabão na pele ao redor do estoma para realizar limpeza.
- Reservar o clamp/presilha para ser reutilizado após limpeza.
- A bolsa coletora deve ser esvaziada sempre que o fluente atingir um terço ou, no máximo, metade da sua capacidade, a fim de evitar vazamento ou desprendimento da bolsa.
- O esvaziamento e a higienização regular da bolsa coletora aumentam sua durabilidade, o conforto e evita constrangimento ao usuário.
- Orientar o usuário para eliminar o gás através da abertura do clamp.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Orientações sobre ostomias**, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ostomias.pdf>. Último acesso: 28/08/2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.

PORTAL OSTOMIZADOS. Disponível em: <http://www.ostomizados.com/index.hyml>. Último acesso: 28/08/2017.

POP 37 – COLETA DE TESTE DO PEZINHO

Conceito:		
Exame laboratorial que detecta precocemente doenças metabólicas, genéticas e infecciosas, que poderão causar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
08/01/2025		POP 36
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	2029	
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Detectar e tratar precocemente diversas patologias, dentre elas: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística.	O teste é realizado no 5º dia de vida da criança (porém o teste também pode ser realizado entre o 5º e 7º dia de vida. Se o 5º dia por sábado ou feriado a coleta deverá ser realizada no 4º dia de vida.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> * Luvas de procedimento (1par); * Álcool a 70%; * Gaze estéril; * Algodão; * Lanceta com ponta triangular estéril; * Cartão específico para a coleta (papel filtro); * Envelope para papel filtro; * Livro de registro; * Esparadrapo micro poroso; * Caixa para descarte de material perfuro cortante. 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepcionar a família, orientando-a sobre o exame; 2. Preencher os formulários, livros de registros e cartão de coleta, checando todas as informações com a família; 3. Solicitar a mãe que permaneça em pé e segure a criança na posição vertical de costas para o coletor que deve permanecer sentado; 4. Higienizar as mãos conforme (POP 04); 5. Segure o pezinho com uma das mãos para imobilizar e facilitar a punção; 6. Envolver o pé e o tornozelo da criança com o dedo indicador e o polegar, mantendo-o fletido, deixando exposto apenas o calcanhar; 7. Massagear o calcanhar de bebê suavemente; 8. Fazer anti-sepsia no local, com algodão levemente umedecido com álcool a 70%; 9. Espere o álcool secar antes de iniciar a coleta; 10. Posicionar o calcanhar sempre abaixo do nível do coração, puncionar em uma das laterais da região plantar o local, com movimento firme e contínuo (sentido quase perpendicular à superfície da pele); 11. Desprezar a primeira gota, limpando-a com algodão ou gaze seca, utilizar a 2ª gota para a coleta. Evite o sangramento abundante que resulta em camada excessiva de sangue no papel (mal colhido). Se isso acontecer, estanque o sangue com algodão seco e aguarde o sangramento lento e contínuo; 12. Encostar levemente o verso do papel de filtro, na direção do círculo, a partir da segunda gota, fazendo leves movimentos circulares com o papel. Não deixar coagular o sangue no pezinho e nem no papel durante a coleta; 13. Deixe formar a gota de sangue espontaneamente, sem espremer ou ordenhar o local da punção para 		

extrair o sangue. A ordenha libera plasma do tecido, diluindo o material colhido. A camada de sangue deve ser fina e homogênea, sem excesso ou manchas. Permitir que o sangue preencha a superfície do círculo completamente;

14. Repetir o procedimento até preencher os cinco círculos;
 15. Ao término da coleta deitar a criança no colo ou na maca, comprimindo o local com algodão ou gaze;
 16. Comunicar a equipe em caso de intercorrência;
 17. Aplique um curativo na punção;
 18. Desprezar a lanceta no lixo para perfuro cortante;
 19. Colocar a amostra para a secagem por 2 horas em posição horizontal, evitando o contato do sangue com qualquer superfície, nunca os expondo ao sol.
 20. Retirar as luvas de procedimento;
 21. Higienizar as mãos conforme (POP 04);
 22. Manter o recém-nascido confortável;
 23. Anotar os dados no prontuário e em formulários próprios;
 24. Preencher papel filtro com caneta e preencher todos os campos de forma legível sem abreviaturas dos dados;
 25. Assinar e carimbar o registro;
 26. Deixe o local organizado;
 27. Depois de completamente secos colocar o papel filtro dentro do envelope (Não dobrar). Nunca expor o papel filtro depois de colhido o exame, ao calor ou a umidade. Colocar o envelope dentro de um saco plástico bem vedado na geladeira (geladeira própria), evitando assim o ressecamento das amostras, o que é prejudicial aos testes;
- As amostras deverão ser enviadas ao laboratório o mais rápido possível.

Considerações

- Não realizar coleta em salas frias e/ou com ar refrigerado;
- Não há necessidade de jejum da criança;
- Iniciar coleta somente após checar se todos os dados foram preenchidos corretamente;
- A punção é exclusivamente nas laterais da região plantar, no calcanhar, para não correr o risco de atingir o osso;
- Evitar tocar nos círculos do papel filtro antes ou após a coleta para prevenir contaminação da amostra ou intercorrência na camada de papel;
- Caso não obtenha uma mancha adequada de sangue, faça uma nova punção para obter a quantidade necessária;
- A amostra depois de seca deve ficar de cor amarronzada;
- Após secas as amostras devem ser acondicionadas em um único envelope, e estes colocados na geladeira (dentro de saco plástico), onde devem permanecer por no máximo 03 dias até serem enviadas ao laboratório de triagem neonatal;
- Nunca retenha as amostras nos serviços por um tempo maior que o estritamente necessário (não deixe acumular) exames para somente depois enviar ao laboratório, pois isso estará atrasando a realização do exame e liberação do resultado, o que poderá prejudicar uma criança portadora de patologias congênitas, causando nela sequelas irreparáveis;
- Abaixo segue alguns exemplos pelos quais o material deverá ser considerado mal colhido. Nestes casos a criança deverá ser chamada para a nova coleta o mais breve possível para que o exame possa ser realizado ainda na fase de prevenção de sequelas para a criança:
 - Inadequada: sangue não homogêneo papel amassado ou raspado;
 - Insuficiente: os círculos não estão totalmente preenchidos de sangue;
 - Concentrado: aspecto escurecido, papel duro e retorcido, indicando excesso de sangue.

Referências

Manual Técnico de Coleta para o “Teste do Pezinho”. Fundação Ecumênica de proteção ao Excepcional – FEPE, 2013. Disponível: <http://www.fepe.org.br>.

MARTONDA SILVA, M.B.G.; DOMINGOS, M. T.; WITTIG, E.O. Manual de Normas Técnicas para a Coleta de Sangue no “Teste do Pezinho”. Programa desenvolvido e executado pela Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional para a Secretaria de Estado da Saúde e Ministério da Saúde. 2004

POP – 38 SALA DE VACINA – EQUIPAMENTO CÂMARA FRIA

<i>Conceito:</i>		
Câmara para conservação de vacinas, medicamentos e termolábeis com temperatura de trabalho entre 2° C a 8° C, capacidade para 120 litros.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
08/01/2025		POP 39
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	2029	
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Cleide de Fátima Padilha	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>1. Objetivos</i>	<i>2. Responsabilidade</i>	<i>2.1 Executante</i>
<ul style="list-style-type: none"> Assegurar que a Câmara Fria usada pelo setor de Vacinação tenha sua higiene e limpeza realizada em acordo com as regras padronizadas neste documento, as quais permitem fornecer subsídios para evitar contaminação cruzada e garantir a qualidade do produto. 	Responsável técnica pelo setor de vacinação, e o responsável pela aplicação e treinamento para o cumprimento correto deste procedimento.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
<i>3. Material</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Câmara para conservação de vacinas, medicamentos e termolábeis, com temperatura de trabalho entre 2° C a 8° C, capacidade de 120 litros 		

Descrição do equipamento

1. Gabinete externo: Tipo vertical construído com chapas de aço tratado quimicamente com pintura epóxi a alta temperatura, montado sobre chassi metálico sobre rodízios giratórios traváveis.
2. Gabinete interno: iluminação interna em LED de alta capacidade e vida útil, com acionamento temporizado na abertura da porta ou externamente no painel frontal com a porta fechada.
3. Isolamento térmico: Isolamento térmico em poliuretano injetado de alta pressão, livre de CFC.
4. Porta: Vertical em vidro duplo (nofog) com vedação em perfil magnético com alarme temporizado quando a abertura de porta.
5. Refrigeração: Através de compressor hermético, com circulação de gás ecológico R – 134 A isento de CFC. Sistema de degelo automático seco em evaporação do condensado.
6. Painel de Comando: Montado na parte superior da Câmara com chave geral, fusíveis de proteção na parte posterior e painel frontal do tipo membrana com teclas soft-touch. Display em LCD com apresentação simultânea das temperaturas de momento, temperaturas mínima e máximas atingidas, ajuste dos parâmetros, sistema de verificação automática da programação, sistema de travamento da programação contra manuseio inadvertido, sistema que restabelece os parâmetros programados mesmo com variação brusca da energia ou desligamento do equipamento, sistema de auto teste do sistema de emergência para falta de energia e discadora com programação antecipada de data e hora para realização dos testes, filtro contra ruídos eletromagnéticos, com apresentação de data e horário. Dotado de sensores tipo PT-100.
7. Alarmes: Temperatura visual e sonoro abaixo de 2° C, temperatura alta acima de 8° C (ou programável pelo usuário), falta de energia elétrica, porta aberta, com tecla de inibição para silenciar o buzzer por 15 minutos (ou programável conforme solicitação pelo usuário)
8. Faixa de Trabalho: Entre 2° C e 8° C, com ponto fixo em 4° C por solução diatérmica, ou programável pelo usuário.
9. Registrador de Temperatura: Registrador eletrônico das temperaturas mínima e máximas atingidas, apresentadas no display de processos. Entrada USB/PENDRIVE para extração de relatórios de performance.
10. Discador: Sistema automático que realiza ligações via central telefônica ou linha fixa direta, para até 06 (seis) números (celulares ou fixos) sempre que o equipamento alarmar por temperatura crítica, falta de energia ou tensão baixa do sistema de emergência (ou programável pelo usuário).
11. Sistema de emergência para falta de energia elétrica: Através de conversor 12 volts (cc) para 110/220 volts (ac), mantendo todas as funções eletroeletrônicas, inclusive o compressor de frio, com autonomia de 48 horas, integrado ao gabinete, montado na parte inferior da câmara, com suporte para a bateria estacionária.

3.2 Localização
<ul style="list-style-type: none">A câmara fria encontrar-se-á no setor de vacinação.
3.3 Limpeza e Higiene
3.3.1. Verificar se toda a vacina foi retirada da Câmara; 3.3.2. Depois de tudo limpo, ligar a câmara novamente na tomada e no controle interno, colocando na posição no 1. 3.3.3. Avisar o Responsável do Setor de Vacinação que a Limpeza foi finalizada para que o mesmo possa colocar o termômetro de mínima e máxima na Câmara.
3.4. Armazenagem de Vacinas e Análogos durante a limpeza da câmara. Se houver materiais que precisem ficar na câmara, coloca-los em caixa térmica e ir trocando o gelox conforme a necessidade ou ainda colocar em outra câmara disponível dentro da Secretaria Municipal de Saúde, sempre observando a temperatura ideal de conservação.
3.5. Frequência: A limpeza e higiene interna da câmara deverá ser realizada a cada 30 dias e externa deve ser feita a cada 15 dias.
4. Política
<ul style="list-style-type: none">Quando técnicos encarregados pela limpeza encontrarem circunstâncias que não permitirem conformidade com esse POP deverão imediatamente consultar o Responsável Técnico pelo Setor de Vacinação.
5. Registros da Qualidade
Mod. 001 – Registro de Limpeza e Manutenção de Câmaras de Sala de Vacina
6. Documentos Complementares Não há
7. Referências Bibliográficas.
12. Registro do equipamento: ANVISA. 13. Revimedi equipamentos médicos Ltda. Av. Presidente Vargas, 280 –SL 01- Bairro Floresta – Maravilha – SC. CEP: 89874-000 – Fone: 049.3664.3435 E-mail: revimedic1@gmail.com . CNPJ – 27.074.498/0001-93 IE – 25.824.018-0.

DATA DA EMISSÃO 08/01/2025	EMITIDO POR: Responsável técnico. Cleide de Fátima Padilha	Aprovado por – Secretaria de Saúde. Neiva Borget
Revisão nº	Rubrica	Rubrica