

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMIRANGA – PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUAMIRANGA – PARANÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ENFERMAGEM

GUAMIRANGA, PARANÁ – 2024

COORDENAÇÃO TÉCNICA DE ELABORAÇÃO DO MANUAL:

ENFERMEIRA: MARCIA VANESSA CORREA DE ALMEIDA

ENFERMEIRA: DELIS RENARDIN

ENFERMEIRA: REGIANE MARA RESCK BETIN

COORDENAÇÃO DE APOIO E REVISÃO:

ENFERMEIRA: JOELMA GONÇALVES

ENFERMEIRA: TATIANA MARCONATO POSSEBAM

ENFERMEIRA: THIANA CAROLINE PONTAROLLO

MÉDICA AUDITORA: GISELE CUZZUOL PEDRINI

APOIO

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUAMIRANGA: LUCAS JHEIMES DE ALMEIDA

SUMÁRIO

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	6
FRICÇÃO ANTI-SÉPTICA DAS MÃOS	10
PROTOCOLO DA UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	12
ORIENTAÇÕES QUANTO A PRECAUÇÕES E ISOLAMENTO	15
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	18
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	20
PREPARO DO LEITO	23
IDENTIFICAÇÃO DO LEITO DO PACIENTE	25
PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO	27
PREVENÇÃO DE QUEDAS	30
SINAIS VITAIS - PRESSÃO ARTERIAL	34
SINAIS VITAIS - FREQUÊNCIA CARDÍACA	38
SINAIS VITAIS - TEMPERATURA CORPORAL	40
SINAIS VITAIS - FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	42
GLICEMIA CAPILAR	44
SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO	47
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	49
PASSAGEM DE PLANTÃO	51
COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA E PACIENTES/FAMILIARES	53
NOTIFICAÇÃO DAS DOENÇAS E SITUAÇÕES OBRIGATÓRIAS	56
OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL	59
OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI	61
MÁSCARA DE ALTO FLUXO	63
PREPARO DE MEDICAMENTOS	65
USO SEGURO DE MEDICAMENTOS	67
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	71
PUNÇÃO VENOSA	73
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA ORAL (cápsulas, comprimidos, pílulas e drágeas)	76
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA ORAL	78

(gotas, xaropes e soluções)	78
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA SUBLINGUAL	80
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA TÓPICA OU CUTÂNEA MUCOSA	82
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR	84
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA AURICULAR	86
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA NASAL	88
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL	90
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA	92
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA	94
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR	97
NEBULIZAÇÃO	99
HIGIENE ORAL	101
AUXILIO NO BANHO DE ASPERSÃO	104
BANHO NO LEITO	106
HIGIENE ÍNTIMA FEMININA	110
HIGIENE ÍNTIMA MASCULINA	112
COLOCAÇÃO E RETIRADA DA COMADRE NO PACIENTE ACAMADO	114
APLICAÇÃO DE CALOR E FRIO	116
CURATIVO	119
RETIRADA DE SUTURA	123
COLOCAR LUVA ESTÉRIL	125
SONDAGEM NASOGÁSTRICA	127
SONDAGEM NASOENTÉRICA	131
LAVAGEM GÁSTRICA	135
LAVAGEM INTESTINAL (ENEMA)	139
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO E MASCULINO E CISTOSTOMIA SUPRAPÚBICA	142
TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E PRONTO ATENDIMENTO	148
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS	150
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOTOMIA	153
REALIZAÇÃO DO ECG – ELETROCARDIOGRAMA	156
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS – SANGUE	159

COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS – URINA	161
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS – FEZES	163
ALTA DO PACIENTE	165
PROTOCOLO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ARMÁRIOS, GAVETAS E SUPERFÍCIES	167
Estabelecer uma rotina de limpeza e desinfecção adequada lavando, retirando a poeira, as manchas dos móveis e equipamentos	167
PROTOCOLO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO ESFIGNOMANOMETRO E ESTETOSCÓPIO	169
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO TERMÔMETRO E OXÍMETRO	171
COLETA DE CITOPATOLÓGICO	172
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ESPECÍFICOS PARA OS VÍRUS HIV, SÍFILIS, HEPATITE B E HEPATITE C	176
TESTAGEM PARA DETECÇÃO DO VÍRUS DA COVID-19	180
REFERÊNCIAS	184

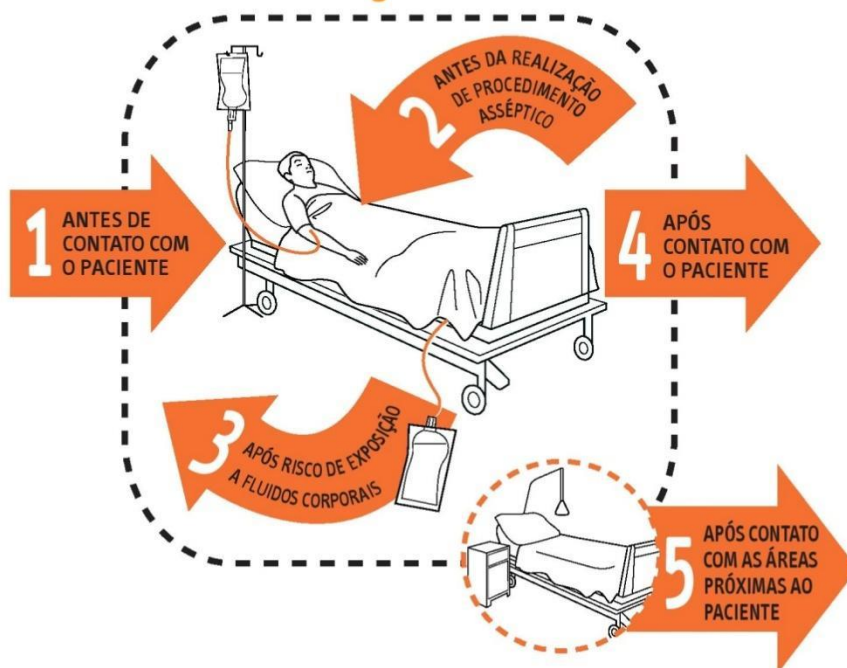
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP	POP N° 01	
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:	Enfermeiras: Marcia Vanessa Corrêa de Almeida; Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.		
Aprovado por:	Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida		
Objetivos do Procedimento	<ul style="list-style-type: none">• Prevenir a transmissão de patógenos.• Eliminar o grande número de microrganismos das mãos.• Remover sujidades, prevenindo infecções.		
Executante:	Equipe dos serviços de saúde.		
MATERIAL NECESSÁRIO Lavatório; Dispensadores de sabão e anti-sépticos; Porta papel toalha; Lixeira para lixo comum.			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO <ol style="list-style-type: none">1. Arregaçar as mangas até altura do cotovelo;2. Abrir a torneira sem encostar-se a pia;3. Molhar as mãos a partir dos pulsos na direção dos dedos;4. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos;			

5. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.
6. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice versa
7. Entrelaçar os dedos e em seguida friccionar os espaços interdigitais
8. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, realizando o movimento de vai e vem e vice versa.
9. Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando movimento circular e vice-versa.
10. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, realizando movimento circular e vice versa.
11. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, fazendo o movimento circular e vice-versa.
12. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão, impedir o contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.
13. Realizar a secagem das mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
14. Fechar a torneira com o papel toalha;
15. Desprezar o papel toalha em lixeira de resíduos comum;

Anexo 1. Cinco momentos para a Higienização das mãos;

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO! Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO	QUANDO! Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	QUANDO! Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO! Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.
5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	QUANDO! Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY

Organização
Pan-Americana
de Saúde
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
World Health Organization

SUS

ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Ministério
da Saúde

World Health
Organization

A Organização Mundial de Saúde tomou todas as precauções cabíveis para verificar a informação contida neste informativo. Entretanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer garantia expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso deste material é do leitor. A Organização Mundial de Saúde não se responsabilizará em hipótese alguma pelos danos provocados pelo seu uso.

A OMS agradece ao Hospital Universitário de Ginebra (HUG), em especial aos membros do Programa de Controle de Infecção, pela participação ativa no desenvolvimento deste material.

Anexo 2. Técnica para Higienização das mãos;



1. Abra a torneira e molhe as mãos, evitando encostar na pia.



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



3. Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



4. Estregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos.



5. Entrelace os dedos e fricção os espaços interdigitais.



6. Estregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice-versa), segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem.



7. Estregue o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.



8. Fricção as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha (e vice-versa), fazendo movimento circular.



9. Estregue o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita (e vice-versa), utilizando movimento circular.



10. Enxágüe as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evite contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.



11. Seque as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos.

Para a técnica de Higienização Anti-séptica das mãos, seguir os mesmos passos e substituir o sabonete líquido comum por um associado a anti-séptico.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 02	
FRICÇÃO ANTI-SÉPTICA DAS MÃOS			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Corrêa de Almeida; Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir a transmissão de patógenos. • Reduzir a carga microbiana das mãos. 	
Executante:		Equipe dos serviços de saúde.	
MATERIAL NECESSÁRIO			
Álcool a 70%; Álcool glicerinado com 1-3 % de glicerina.			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar na palma da mão a quantidade suficiente do produto para cobrir as superfícies das mãos; 2. Friccionar entre si as palmas das mãos; 3. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa; 4. Friccionar entre si a palma das mãos com os dedos entrelaçados; 5. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice versa; 			

6. Friccionar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando, portanto o movimento circular e vice-versa;
7. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, realizando um movimento circular e vice-versa;
8. Friccionar os punhos realizando movimentos circulares;
9. Friccionar até secar, sem utilizar o papel toalha.

Anexo 1. Técnica para anti-sepsia das mãos:



- 1.** Aplique na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



- 2.** Friccione as palmas das mãos entre si.



- 4.** Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



- 3.** Friccione a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos.



- 5.** Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice-versa), segurando os dedos.



- 6.** Friccione o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.



- 7.** Friccione as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita (e vice-versa), fazendo um movimento circular.



- 8.** Friccione os punhos com movimentos circulares.



- 9.** Friccionar até secar. Não utilizar papel toalha.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão - POP		POP N° 03
PROTOCOLO DA UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida; Regiane Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> ● Proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, evitando e minimizando os riscos à saúde. ● Promover a barreira de proteção individual e manutenção da cadeia asséptica no atendimento ao paciente em procedimentos invasivos. 	
Justificativa		Fornecer orientações a Equipe de Enfermagem a utilização correta, guarda e descarte dos EPI's.	
Quando aplicar		Em todos os procedimentos onde possa ocorrer contato com sangue e secreções corpóreas.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIS: óculos de proteção, luvas de procedimento, luva estéril, máscara cirúrgica, mascaró N95, jalecos, touca, calçado fechado.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

A utilização de EPI é exclusiva dentro do ambiente, no qual o uso está previsto, para não expor outras pessoas a riscos desnecessários.

A) CABEÇA

Óculos de proteção: em procedimentos que gerem respingos de sangue ou secreções (líquidos), evitando assim exposição da mucosa dos olhos. Por exemplo, no momento de aspiração de secreções. Após o uso proceder à limpeza, conforme POP específico da CME, lembrando que o seu uso é sempre individual.

Touca: deve ser utilizada visando a prevenção de contaminação dos cabelos dos funcionários e a queda dos mesmos no preparo de produtos para a saúde. Devem ser descartáveis, de uso individual.

B) APARELHO RESPIRATÓRIO

Máscara cirúrgica: utilizada para proteger o trabalhador de saúde de infecções por inalação de gotículas transmitidas a curta distância igual ou inferior a um metro e pela projeção de sangue e outros fluidos corpóreos que possam atingir suas vias respiratórias.

Máscaras com filtro biológico (n95, PFF2): são de uso exclusivo do profissional da saúde para precauções com aerossóis, já os pacientes em condições de transporte devem utilizar máscara cirúrgica. As máscaras PFF2 não têm tempo definido de uso, podendo ser reutilizada pelo mesmo trabalhador enquanto permanecer em boas condições de uso (com vedação aceitável e tirantes elásticos íntegros) se não estiver suja, úmida ou contaminada por fluidos corpóreos, para tanto, deve-se guardá-la em embalagem individual identificada preferencialmente em saco plástico perfurada, sem laço para evitar a umidade e proliferação de micro-organismos.

C) TRONCO

Jaleco: oferece proteção contra respingos de materiais biológicos ou substâncias reagentes, o modelo ideal deve ter mangas longas e comprimento até os joelhos devendo estar sempre limpo, totalmente fechado, trocar diariamente ou quando visivelmente apresentar sujidade, tirar o jaleco dobrando-o pelo avesso, transportar em saco plástico individual.

Em caso de material biológico e fluidos corporais deixar de molho por 30 minutos com hipoclorito de sódio a 1% deixando na unidade para proceder a lavagem.

MEMBROS SUPERIORES

Luvax: para prevenção dos riscos com materiais ou objetos cortantes ou perfurantes e acidentes com agentes biológicos e fluídos corporais.

Luvax de procedimentos: São indicadas para procedimentos que impliquem risco de contato com sangue e secreções, sua indicação restritiva a proteção do profissional. Por não ser esterilizada, seu uso não é permitido para a realização de procedimentos com técnica asséptica, sendo de uso individual e descartável.

Luvax cirúrgicas estéreis: são indicadas para procedimentos cirúrgicos, após seu uso devem ser descartadas, sendo utilizadas todas as vezes que se faz necessário realizar procedimentos estéreis sendo de uso individual e descartável.

Luvax de limpeza (amarelas): utilizada para limpeza e desinfecção de superfícies e materiais.

MEMBROS INFERIORES:

Calçados fechados: para proteção contra agentes biológicos e fluídos corporais, com solado antiderrapante e quedas.

RECOMENDAÇÕES

É obrigação do profissional:

- Usá-los apenas para a finalidade a que se destina.
- Responsabilizar-se por sua guarda e conservação.
- Comunicar ao responsável técnico qualquer alteração que o torne impróprio para uso.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão - POP	POP N ° 04	
ORIENTAÇÕES QUANTO A PRECAUÇÕES E ISOLAMENTO			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regiane Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		Evitar a disseminação das doenças ocasionadas por agentes infecciosos transmissíveis entre os hospedeiros susceptíveis.	
Justificativa		Prevenir risco de disseminação da doença.	
Quando aplicar		Ao suspeitar ou confirmar uma doença infectocontagiosa.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
EPIs - luvas de procedimento, avental descartável, óculos, máscara cirúrgica.			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			
FUNDAMENTO DAS PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar a higienização das mãos; 2. Calçar as luvas; 3. Colocar os EPIs necessários de acordo com o risco apresentado da patologia do paciente; 			

4. Instalar o paciente em local isolado se o mesmo permanecer em observação;
5. Recolher os materiais utilizados no paciente, organizando e descartando conforme segregação de resíduos, em serviços de saúde;
6. Higienizar as mãos.

RECOMENDAÇÕES

PRECAUÇÕES COM AEROSSÓIS: São destinados a diminuir o risco de transmissão de agentes infecciosos pelo ar sob forma de partículas de pequeno tamanho (menor de 5 micra, com abrangência de contato em metros), como os causadores da tuberculose, do sarampo, da varicela, do herpes zoster. Ao atender um paciente com estas patologias, o profissional deverá utilizar máscara cirúrgica e deverá colocar máscara cirúrgica no paciente deixando-o isolado até avaliação médica, manter o paciente em local privativo e com a porta fechada, limitar o transporte de pacientes, somente se houver necessidade e em casos de procedimentos invasivos, utilizar a máscara n 95.

PRECAUÇÕES COM GOTÍCULAS: São destinadas a diminuir o risco de transmissão por gotículas pelo ar que alcançam curtas distâncias (partículas ou gotículas maiores de 5 micra com abrangência de contato até 2 metros). Pacientes com meningite, pneumonia, rubéola, caxumba, coqueluche, pois nestas patologias a transmissão por via aérea é mais curta. Ao atender um paciente com estas patologias, o profissional deverá utilizar máscara cirúrgica e deverá colocar máscara cirúrgica no paciente deixando-o isolado até avaliação médica, manter o paciente em local privativo ou com outros pacientes com infecção com os mesmo microrganismo e com a porta fechada, limitar o transporte de pacientes, somente se houver necessidade em casos de procedimentos invasivos utilizar a máscara n 95.

PRECAUÇÃO DE CONTATO: São designadas para reduzir o risco de transmissão de microrganismos epidemiologicamente importantes por contato direto e indireto. Contato com um ou mais tipos de matéria orgânica. E pacientes com suspeita ou identificado com as seguintes patologias: infecção ou colonização por agentes multirresistentes, herpes simples, furúnculos, piodermites, pediculose, escabiose, conjuntivite, abscessos grandes não contidos, queimados, gastroenterites. Ao atender o paciente realizar a

higienização rigorosa das mãos, calçar luvas, colocar avental se contato com o paciente, se ficar em observação manter em quarto privativo, limitar a movimentação e o transporte somente se for necessário, realizar a limpeza diária da sala de observação e equipamentos, manter o mínimo de equipamentos e mobília.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão - POP		POP N° 05
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida; Regiane Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> ● Acolher o usuário na unidade. ● Avaliar a necessidade de cuidados imediatos, classificando os riscos e definindo prioridades 	
Justificativa		Organizar o acesso dos usuários que buscam atendimentos, identificando as vulnerabilidades, encaminhando	

	para o cuidado de acordo com a sua classificação
Quando aplicar	No procedimento de entrada na Secretaria de Saúde e nas Unidades Básicas de Saúde.
Executante:	Enfermeiro
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Prontuário do paciente/ ficha de atendimento, esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, caneta, algodão com álcool, oxímetro, glicosímetro, fitas, lancetas e EPIs necessários (jaleco, luvas de procedimento, máscara).	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Colocar os EPIs necessários; 3. Promover a privacidade do paciente; 4. Acolher o paciente com gentileza chamá-lo pelo nome e apresentar-se com clareza; 5. Acomodar o paciente, orientar sobre a rotina da unidade, verificar sinais vitais (SSVV), principais queixas, início dos sintomas, avaliação breve do exame físico classificar o risco, conforme protocolo municipal, realizar orientações gerais e registrar no prontuário eletrônico 6. Retirar os EPIs utilizados e descartar conforme segregação de resíduos, em serviços de saúde; 7. Lavar as mãos; 8. Encaminhar para avaliação médica; 9. Deixar a unidade em ordem. 	

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 06	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Corrêa de Almeida; Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidente. • Assegurar ao paciente que o cuidado prestado seja á pessoa para qual se destina. 	

Executante:	Equipe dos serviços de saúde.
MATERIAL NECESSÁRIO	
Pulseira de identificação; Caneta.	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar o paciente quando o mesmo permanecer na unidade para observação ou aguardando transferência. 2. Colocar a pulseira preferencialmente no punho direito. Caso não seja possível a instalação nesse membro, será obedecida a seguinte ordem: <ul style="list-style-type: none"> - Punho esquerdo; - Tornozelo direito; - Tornozelo esquerdo 3. Preencher a identificação do paciente utilizando no mínimo dois identificadores, como: <ul style="list-style-type: none"> - nome completo do paciente; - nome completo da mãe do paciente; - data de nascimento; 4. Identificar com letra legível a fim de facilitar a leitura; 5. Confirmar a identificação do paciente antes de todos os procedimentos como: <ul style="list-style-type: none"> - administração de medicamentos; - coleta de material para exame; - procedimentos invasivos; - entre outros; 6. Deverá o profissional perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira, antes de realizar qualquer procedimento. 	
Recomendações:	

A pulseira de identificação não deve ser fixada na roupa, no equipamento ou nos dispositivos, inclusive nos acessos venosos;

A identificação deverá ser impermeável, resistente a líquido, fáceis de limpar e manusear;

As pulseiras de identificação do paciente devem se adequar ao perfil dos mesmos sem ocasionar desconforto;

Substituir a identificação quando a pulseira cair ou ficar ilegível;

Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação a fim de garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.

A pulseira de identificação só deverá ser removida, pela equipe de enfermagem, após a alta.

Anexo1. Modelo de pulseira para identificação do paciente;



Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 07	
PREPARO DO LEITO			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida; Regiane Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Preparar o leito para recebimento do paciente. 	
Justificativa		Deixar a unidade e o leito em ordem, para proporcionar conforto, segurança e bem estar ao paciente no momento da sua admissão.	
Quando aplicar		Sempre que houver a necessidade de admissão de um novo paciente.	

Executante:	Equipe de enfermagem.
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Travesseiro, fronha, lençol e sobre lençol, cobertor.	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ol style="list-style-type: none">1. Lavar as mãos e reunir o material e levá-lo até a unidade colocando-o na mesa de cabeceira da cama;2. Certificar-se que a limpeza terminal/ concorrente já foi realizada;3. Manter a cabeceira abaixada para facilitar a arrumação;4. Realizar o mínimo de movimentação possível durante a arrumação do leito;5. Utilizar da mecânica corporal e movimentos sincronizados;6. Colocar o lençol na cama estendê-lo sem sacudi-lo. Se o lençol for com elástico, encaixá-lo no colchão, se não possuir elástico podem-se amarrar suas pontas por baixo do colchão permitindo maior aderência;7. Certificar-se que não ficaram pregas ou dobras no lençol, ele deve ficar completamente esticado, a fim de evitar atritos na pele do paciente;8. Colocar a fronha no travesseiro e deixá-lo na cabeceira de cama;9. Estender o sobre lençol e fixar as laterais sob o colchão;10. Prender as pontas do sobre lençol no colchão (modelo envelope);11. Disponibilizar o cobertor, conforme o desejo do paciente;12. Deixar a unidade em ordem;13. Higienizar as mãos.	

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP	POP N° 08	
IDENTIFICAÇÃO DO LEITO DO PACIENTE			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Corrêa de Almeida; Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> ● Garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidente. ● Assegurar ao paciente que o cuidado prestado seja a pessoa para qual se destina. 	
Executante:		Equipe dos serviços de saúde.	

MATERIAL NECESSÁRIO

Ficha de identificação; Caneta.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Identificar o leito do paciente quando o mesmo permanecer na unidade para observação ou aguardando transferência.
2. Preencher a ficha com o nome completo do paciente, idade, data, médico responsável, conforme anexo 1;
3. Anexar à ficha de identificação na cabeceira do leito;
4. Retirar a identificação apenas quando o paciente receber alta.

Anexo1. Ficha de identificação do leito do paciente:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Data: ____/____/____

Idade: _____ Nome da Mãe: _____

Enfermaria: () Masculina () Feminina Leito nº: ____ Médico Responsável: _____

Risco de Queda: () Alto () Baixo

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 09	
PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2026	Data da Aprovação: 06/2026	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Corrêa de Almeida; Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> Promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão e lesão de pele. 	
Executante:		Equipe dos serviços de saúde.	
<p>DEFINIÇÃO: Define-se úlcera por pressão uma lesão localizada na pele e/ou nos tecidos ou estruturas subjacentes localizada geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou combinada com fricção e cisalhamento. Portanto a avaliação periódica dos riscos que cada paciente apresenta para a ocorrência de úlceras por pressão orienta os profissionais a desenvolver estratégias para a sua prevenção.</p> <p>FATORES DE RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO: Grau de mobilidade alterado, incontinência urinária e/ou fecal, alterações da sensibilidade cutânea e do estado de consciência, presença de doença vascular, estado nutricional alterado.</p> <p>MEDIDAS PREVENTIVAS</p>			

Avaliar o risco do paciente para desenvolvimento de úlceras por pressão na admissão fazendo as seguintes orientações aos cuidadores:

- Higienizar a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário, utilizando água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da mesma.
- Proteger a pele do paciente do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento.
- Manter os lençóis secos, sem vincos e restos alimentares.
- Utilizar dispositivos de elevação, rolamentos ou lençóis ao realizar a transferência do paciente da cama para a maca ou poltrona, mudança de decúbito entre outras.
- Hidratar a pele do paciente utilizando cremes a base de ácidos graxos essenciais.
- Realizar mudança de decúbito de 2 em 2 horas reposicionando o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída, utilizando 30 graus na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30 graus para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo) se as condições do paciente permitir. (Anexo 1)
- Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos, proeminências ósseas com hiperemia não reativa.
- Observar presença de sinais clínicos de desnutrição, como por exemplo: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, baixa aceitação nutricional.
- Avaliar a necessidade da utilização de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de úlceras por pressão por fricção.
- Utilizar superfícies de suporte e alívio da carga mecânica para tornar mínimos os efeitos do excesso de pressão causado pela imobilidade, como o uso de almofadas, travesseiros ou coxins apropriados.
- Manter calcâneos afastados da superfície da cama.
- Providenciar colchão de poliuretano para o paciente acamado.

OBSERVAÇÕES

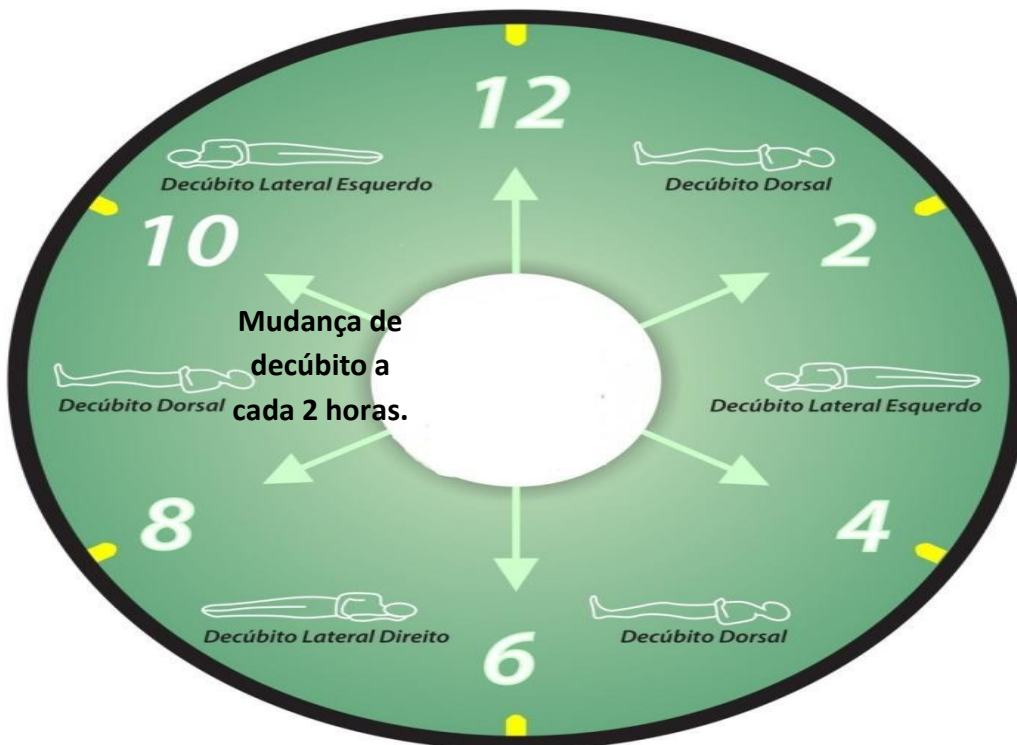
Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em um ângulo superior a 30 graus, evitando a centralização e o aumento da pressão na região do sacro e no cóccix.

Deve-se restringir o tempo que o paciente passa na cadeira sem alívio da pressão, pois o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão.

Massagem é contra indicada em presença de inflamação.

Quando sentado se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um apoio ou um banquinho para os pés, impedindo que o paciente deslize para fora da cadeira.

Anexo 1. Relógio para mudança de decúbito.



Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 10	
PREVENÇÃO DE QUEDAS			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Corrêa de Almeida; Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida ..	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> ● Prevenir a ocorrência de quedas de pacientes e os danos dela decorrentes; ● Implantar medidas que garantem um cuidado multidisciplinar e um ambiente seguro; ● Promover a educação do paciente, familiares e profissionais. 	
Executante:		Equipe dos serviços de saúde.	
Definição:			
Queda: “Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano”,			

segundo o Programa Nacional de Segurança do Paciente e Organização Mundial de Saúde;

Considera-se queda quando “o paciente é encontrado no chão ou quando durante o deslocamento, necessite de amparo, ainda que não chegue ao chão”, podendo ocorrer da própria altura, de macas/camas, cadeiras de rodas.

Fatores de risco para quedas:

Fatores demográficos:

- crianças menores de cinco anos;
- idosos acima de sessenta e cinco anos;

Fatores Psico- Cognitivos:

- declínio cognitivo; depressão e ansiedade;

Condições de Saúde:

- Portador de doenças crônicas; AVC prévio; Hipotensão postural; Tonturas; Convulsões; Sincopes; Dor intensa; Baixo índice de massa corporal; Anemia; Insônia; Incontinência ou urgência miccional; Incontinência ou urgência para evacuação; artrite; osteoporose; hipoglicemia e outras alterações metabólicas;

Fatores relacionados à funcionalidade:

- Dificuldade no desenvolvimento das atividades diárias; Necessidade de dispositivos de auxílio à marcha; Amputação de membros inferiores; Fraqueza muscular e articular; Deformidade nos membros inferiores;

Comprometimentos sensoriais:

- visão, audição e tato;

Equilíbrio corporal:

- marcha alterada;

Uso de medicamentos:

- Medicamentos que possam ocasionar alterações no SNC, metabólicas ou uso de 4 ou mais medicamentos;

Obesidade severa.

Historia prévia de quedas.

Critérios para classificar o grau de risco de quedas nos pacientes:

Alto risco de queda:

- Pacientes independentes, que realizam suas atividades diárias, mas possuem um fator de risco;

- Pacientes dependentes de ajuda de terceiros ou de dispositivos para realizar suas atividades ou locomoção, com ou sem fator de risco;

- Pacientes em maca, com ou sem fator de risco;

Baixo risco de queda:

- Pacientes acamado, restrito ao leito, completamente dependente de ajuda com ou sem fatores de risco;

- Indivíduos independentes e sem nenhum fator de risco;

Este protocolo não utiliza escalas de avaliação de risco de quedas particulares e sim tem por finalidade adotar medidas para prevenção de quedas nos pacientes que permanecem em observação nas unidades e no Pronto Atendimento.

AÇÕES PREVENTIVAS:

O Serviço de Saúde deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, com a criação de um ambiente seguro contendo: pisos antiderrapantes, mobiliários e iluminação adequada, corredores livres de obstáculos, sinalizadores de pisos molhados ou presença de obstáculos.

A avaliação do risco e a classificação do paciente devem ser feita no momento da admissão do paciente, utilizando estratégias de educação aos pacientes e familiares/acompanhantes, quanto ao risco e os danos devido à queda e como prevenir.

A identificação de risco compete à equipe multidisciplinar, e esta deve assegurar uma comunicação efetiva entre todos os profissionais, garantindo a prevenção de quedas.

Algumas medidas devem ser tomadas para reduzir o risco de queda dos pacientes, como:

1. Avaliar a autonomia para deambular e a necessidade de uso de dispositivos para auxílio (cadeiras de rodas);
2. Orientar paciente e acompanhante a apenas levantar do leito acompanhado por um profissional;
3. Orientar paciente e acompanhante quando administrado medicamentos que possam causar efeitos colaterais como: vertigens, tonturas, sonolência, mal estar geral, alterações visuais e de reflexos, que aumentem o risco de quedas.

4. Orientar quanto o uso de equipamentos/dispositivos, avaliando o nível de dependência;
5. Colocar os equipamentos de modo que facilite a movimentação do paciente;
6. Colocar os pacientes com alto risco de quedas próximo ao posto de Enfermagem;
7. Orientar o paciente e acompanhante para ao sair do leito garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelhos auditivos;

Caso ocorra queda de um paciente, esta deve ser notificada e o paciente avaliado e atendido imediatamente. Avaliar as causas, identificando fatores que contribuíram para o evento.

As notificações deverão ser encaminhadas para o Núcleo de Segurança do Paciente do Município. Estes, por sua vez, juntaram as informações produzindo indicadores, por meio de análise dos dados. Estas informações resultarão na adoção de medidas para melhoria da prevenção de quedas.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP	POP N° 11	
SINAIS VITAIS - PRESSÃO ARTERIAL			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regiane Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida ..	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Verificar parâmetros da pressão arterial. 	
Justificativa		São indicadores do estado de saúde do paciente.	
Quando aplicar		Na admissão, permanência, transferência e alta do paciente.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
Esfignomanômetro, estetoscópio, bolas de algodão umedecidas em álcool a 70%; equipamentos de proteção individual (jaleco).			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Interagir com o paciente, apresentar-se, conferir o prontuário, explicar o procedimento e oferecer privacidade ao mesmo; 3. Orientar repouso de 5 a 10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável; 			

4. Perguntar ao paciente se está com a bexiga cheia, praticou exercício físico, ingeriu bebida alcoólica, café, alimentos ou fumou nos últimos 30 minutos;
5. Preparar os materiais, selecionando o manguito adequado à circunferência do membro;
6. Deixar o paciente em posição confortável, mantendo as pernas descruzadas e atentar-se para que o membro fique na mesma altura do coração;
7. Solicitar que o paciente não fale durante a medida;
8. Expor o membro retirando a roupa do mesmo e posicioná-lo na altura do coração, apoiado com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
9. Medir a circunferência do braço do paciente;
10. Selecionar o manguito do tamanho adequado ao braço;
11. Palpar a artéria braquial, posicionar o manguito 2,5 cm acima da artéria, centralizar o manômetro na melhor posição para o profissional colocando o manguito de forma a não deixar folgas e centralizando o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
12. Palpar o pulso radial, inflar o manguito até o desaparecimento do pulso, para estimar o nível da pressão sistólica, desinflar e aguardar 30 segundos antes de inflar novamente;
13. O profissional deve colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos e localizar a artéria braquial do paciente colocando a campânula do estetoscópio sobre ela;
14. Fechar a válvula de pressão da pêra e inflar o manguito até 30 mmHg acima da pressão sistólica estimada e liberar a válvula a uma velocidade de 2 mmHg/segundo;
15. Observar no manômetro o ponto onde o primeiro som é ouvido, esvaziar gradativamente observando o ponto onde os sons desaparecem.
16. Esvaziar completamente o manguito e retirá-lo do braço do paciente;
17. Informar ao paciente os resultados da pressão arterial;
18. Limpar as olivas e diafragma do estetoscópio com algodão e álcool 70%;
19. Higienizar as mãos;

20. Registrar no prontuário eletrônico /ficha de atendimento:

- data e horário;
- resultado da pressão arterial;
- queixas apresentadas;
- possíveis intercorrências e providências adotadas;
- nome completo e Coren do responsável pelo procedimento;

RECOMENDAÇÕES:

- O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.
- Nos pacientes que foram submetidos a mastectomia ou possuem fistula no membro superior não verificar a PA neste mesmo membro e sim no oposto, portanto se o paciente possuir fistula nos dois membros superiores verificar a PA nos membros inferiores.
- Também precisa-se avaliar os parâmetros normais da PA de cada paciente.
- A medida da PA em crianças é recomendada em toda a avaliação clínica após os 3 anos de idade anualmente.
- É necessário também avaliar a circunferência de braço recomendada para uso.

TABELA 1. DIMENSÕES ACEITÁVEIS DA BOLSA DE BORRACHA PARA BRAÇOS DE DIFERENTES TAMANHOS

Circunferência do braço	Tamanho do Manguito	Tamanho
22 a 26 cm	12 a 22 cm	Adulto pequeno
27 a 34 cm	16 a 30 cm	Adulto
35 a 44 cm	16 a 36 cm	Adulto grande
45 a 52 cm	16 a 42 cm	Coxa de adulto

Outros tamanhos: neonatal 7-13 cm; Infantil 10-18 cm

TABELA 2. CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM A MEDIDA CASUAL NO CONSULTÓRIO (> 18 ANOS)

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
----------------------	-------------------	-------------------

Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-Hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes a maior deve ser utilizada para a classificação da PA

Considera-se hipertensão sistólica isolada se ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg devendo a mesma ser classificada em estágio 1, 2 e 3.

TABELA 3. MÉDIA DA PRESSÃO ARTERIAL ÓTIMA POR IDADE

Idade	Pressão Arterial
Recém-nascido (3.000g [6,6 lb])	40 (média)
1 mês	85/54
1 ano	95/65
6 anos*	105/65
10-13 anos*	110/65
14/17 anos*	120/75
>18	<120/80

(POTTER PERRY, 2009)

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 12	
SINAIS VITAIS - FREQUÊNCIA CARDÍACA			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida; Regiane Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> ● Detectar desvios de normalidade da frequência cardíaca; ● Avaliar arritmias cardíacas. 	
Justificativa		São indicadores do estado de saúde do paciente.	
Quando aplicar		Na admissão, permanência, transferência e alta do paciente.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
Relógio que tenha o demonstrador de segundos, estetoscópio, oxímetro, algodão, álcool a 70%, equipamentos de proteção individual (jaleco).			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			

1. Higienizar as mãos;
2. Interagir com o paciente, apresentar-se, conferir o prontuário eletrônico/ ficha de atendimento e explicar o procedimento;
3. Oferecer privacidade ao paciente;
4. Colocar as digitais do profissional sobre a artéria escolhida (braquial, radial, carótida, poplítea, plantar e dorsal) do paciente, comprimir levemente até sentir a pulsação e concentrar-se no procedimento ou posicionar o dedo no oxímetro de pulso aguardar o parâmetro de frequência e anotar;
5. Contar o número da frequência cardíaca por um minuto;
6. Informar ao paciente os valores da frequência cardíaca;
7. Higienizar as mão;
8. Registrar no prontuário eletrônico / ficha de atendimento:
 - resultado da frequência cardíaca;
 - data, hora que foram verificados;
 - as queixas apresentadas;
 - o estado geral do paciente;
 - possíveis intercorrências e providências adotadas;
 - nome completo e Coren do responsável pelo procedimento;

Nomenclatura e valores de referência:

Lactente: de 120 a 160 batimentos cardíacos por minuto (fcpm);

Criança: de 75 a 100 batimentos cardíacos por minuto (fcpm);

Adolescente: 60 a 90 batimentos cardíacos por minuto (fcpm);

Adulto: 60 a 100 batimentos cardíacos por minuto (fcpm).

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 13	
SINAIS VITAIS - TEMPERATURA CORPORAL			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regiane Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> ● Verificar o equilíbrio entre produção e eliminação do calor; ● Auxiliar no diagnóstico e tratamento; ● Indicar atividade metabólica. 	
Justificativa		São indicadores do estado de saúde do paciente.	
Quando aplicar		Na admissão, permanência, transferência e alta do paciente.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
EPI (jaleco), bandeja, termômetro, relógio, algodão, álcool a 70%.			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			
1. Higienizar as mãos;			

2. Interagir com o paciente, apresentar-se, conferir o prontuário e explicar o procedimento;
3. Oferecer privacidade ao paciente;
4. Realizar a desinfecção do termômetro com algodão umedecido em álcool a 70%;
5. Apertar o botão para o termômetro ligar e aguardar a calibragem;
6. Deixar o paciente em posição confortável, colocar o bulbo do termômetro no centro da axila em contato com a pele e abaixar o braço do paciente;
7. Manter o termômetro posicionado por um período de 3 a 5 minutos até soar o alarme;
8. Retirar o termômetro, segurando-o pelo lado oposto ao bulbo e realizar a leitura ;
9. Informar o resultado da temperatura ao paciente;
10. Apertar o botão para desligar;
11. Realizar a desinfecção do termômetro com algodão e álcool 70%;
12. Higienizar as mãos.
13. Registrar no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento:
 - o resultado da temperatura axilar;
 - data, hora que foram verificados;
 - as queixas apresentadas;
 - o estado geral do paciente;
 - possíveis intercorrência e providências adotadas;
 - nome completo e Coren do responsável pelo procedimento;

Nomenclatura e valores de referência:

Hipotermia: temperatura menor que 36°C.

Faixa normal média: temperatura entre 36°C a 37,9° C.

Hipertermia: temperatura maior que 38°C

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 14	
SINAIS VITAIS - FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regiane Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida ..	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Verificar e monitorar frequência respiratória. 	
Justificativa		São indicadores do estado de saúde do paciente.	
Quando aplicar		Na admissão, permanência, transferência e alta do paciente.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
EPI (jaleco), relógio que tenha o demonstrador de segundos.			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Posicionar o paciente de modo confortável, preferencialmente sentado ou deitado com o tórax de maneira visível; 			

3. Colocar a mão no pulso radial do paciente como se fosse contar o pulso, neste momento o profissional conta a frequência respiratória durante um minuto, observando os movimentos torácicos e/ou abdominais;
4. Informar ao paciente os valores de frequência respiratória;
5. Higienizar as mãos;
6. Registrar no prontuário eletrônico /ficha de atendimento:
 - o resultado da frequência respiratória;
 - data, hora que foram verificados;
 - as queixas apresentadas;
 - o estado geral do paciente;
 - possíveis intercorrências e providências adotadas;
 - nome completo e Coren do responsável pelo procedimento;

TABELA 1. VARIAÇÕES ACEITÁVEIS DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Idade	Frequência (respirações por minuto)
Recém-nascido	30-60
Lactente (6 meses)	30-50
Criança pequena (2 anos)	25-32
Criança	20-30
Adolescente	16-19
Adulto	12-20

Classificação: Abaixo do normal – Bradipnéia; normal – Eupinéia; acima do normal – Taquipinéia.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 15	
GLICEMIA CAPILAR			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regiane Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Controlar níveis de glicose no sangue. 	
Justificativa		São indicadores do estado de saúde do paciente.	
Quando aplicar		Quando o paciente apresentar sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e de acordo á prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
Fita teste para glicemia, glicosímetro, lancetas ou agulhas descartáveis, algodão, álcool 70%, bandeja, equipamentos de proteção individual (jaleco e luvas de procedimento), caixa de perfuro cortante.			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			
1. Higienizar as mãos;			

2. Interagir com o paciente, apresentar-se, conferir o prontuário eletrônico/ ficha de atendimento, explicar o procedimento e oferecer privacidade ao mesmo;
3. Preparar os materiais;
4. Verificar se o número de código apresentado no monitor corresponde ao código que aparece no tubo de tiras de teste;
5. Introduzir a tira teste no monitor na direção das setas. O monitor liga automaticamente;
6. Colocar a luva de procedimento;
7. Selecionar o local da punção: polpa dos dedos (mãos e pés) ou lóbulo da orelha;
8. Observar o aspecto da polpa digital (cor, limpeza, integridade da pele);
9. Considerar o desconforto decorrente da perfuração necessária para obter a gota de sangue;
10. Fazer a anti-sepsia do local com algodão umedecido com álcool a 70% deixando secar completamente antes de iniciar o teste ou se possível higienizar as mãos antes do procedimento;
11. Realizar a punção e coletar o sangue no local reagente da fita teste;
12. Pressionar o local com algodão até certificar-se da interrupção do sangramento;
13. Aguardar o resultado do teste;
14. Ler o manual de cada glicosímetro, a fim de averiguar os possíveis erros de leitura ou símbolo após ter realizado a glicemia capilar.
15. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;
16. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
17. Informar ao paciente os valores de glicemia;
18. Higienizar as mãos;
19. Registrar no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento:
 - data, hora que foram verificados;
 - condição do paciente (jejum, alimentado);
 - registrar os valores da glicemia capilar (Mg/dl);

- observar se houve intercorrências e providências adotadas;
- orientações efetuadas;
- nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

RECOMENDAÇÕES DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES

Categoria

Glicemia capilar em jejum	>70 mg/dl	<100 mg/dl
Glicemia capilar até 2 horas após alimentação	>70 mg/dl	<140 mg/dl

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP	POP N° 16	
SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regiane Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a saturação de oxigênio. 	
Justificativa		É um indicador do estado de saúde do paciente.	
Quando aplicar		Em atendimento á prescrição médica e de enfermagem.	
Executante:		Equipe de enfermagem/médica.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
EPI (jaleco), oxímetro, algodão e álcool a 70%.			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Promover a privacidade do paciente; 3. Ligar o botão MENU e aguardar o teste das configurações padrão; 			

4. Escolher um lugar adequado para o sensor o dedo indicador do paciente é o local preferencial e o local alternativo é o dedo mínimo;
5. Retirar com removedor de esmalte caso paciente esteja com as unhas pintadas com esmalte de cor escura e/ou interfira na leitura do aparelho;
6. Inserir o dedo do paciente até o final do sensor;
7. Observar os valores da saturação de oxigênio frequentemente e registrar no prontuário eletrônico /ficha de atendimento a cada duas horas ou de acordo com a orientação médica;
8. Realizar a assepsia do aparelho desligado com algodão e álcool a 70%;
9. Higienizar as mãos;
10. Deixar o setor em ordem.

RECOMENDAÇÕES:

Valores de referência:

Saturação normal: maior que 96%.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 17	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regiane Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida .	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Registrar dados que possam auxiliar na assistência ao paciente, promovendo a segurança do profissional e do paciente envolvido. 	
Justificativa		É utilizado como método de comunicação para os demais membros da equipe oferecendo dados em relação à assistência prestada.	
Quando aplicar		Ao prestar assistência, realizar procedimento e outras atividades pela equipe de enfermagem.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
Prontuário do paciente ou ficha de atendimento.			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Relatar o estado geral do paciente de forma clara e objetiva, contribuindo para que a equipe de saúde possa realizar o diagnóstico, planejamento e prescrição além de ser um documento que serve de elemento jurídico e de auditoria.

RECOMENDAÇÕES:

As anotações de enfermagem devem obedecer a um padrão: horário de chegada, origem/quem trouxe, nível de consciência, história clínica/o que o paciente relata, exame físico (o que o profissional observa), sinais vitais. No final da anotação registrar o nome completo e Coren do profissional responsável pelo procedimento.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP	POP N° 18	
PASSAGEM DE PLANTÃO			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regiane Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida.	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> Promover a continuidade da assistência de enfermagem ao paciente. 	
Justificativa		Oferecer continuidade aos cuidados de enfermagem, visando à recuperação do paciente.	
Quando aplicar		Durante a troca de plantão.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
Prontuário eletrônico do paciente/ ficha de atendimento.			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			
- Relatar estado de cada paciente que esteja em observação ou que estejam aguardando o atendimento;			

- Informar as intercorrências em relação ao turno de trabalho, que possam ter envolvido os usuários, familiares;
- Informar se houver intercorrências ou falhas em relação a equipamentos ou materiais de cada setor;
- Comunicar as medicações e procedimentos realizados durante o turno de trabalho.

RECOMENDAÇÕES:

Ao entregar o plantão verificar se o ambiente ficou limpo e organizado, em caso de impossibilidade destes cuidados, justificar ao plantonista seguinte.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N ° 19	
COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA E PACIENTES/FAMILIARES			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Corrêa de Almeida. Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida ..	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a efetividade da comunicação entre os profissionais que prestam atendimento ao paciente; • Assegurar uma efetiva comunicação da equipe de enfermagem e médica com o paciente e seus familiares. 	
Executante:		Equipe dos serviços de saúde.	
Os pacientes recebem cuidados de equipe multidisciplinar e em diferentes locais, sendo assim imprescindível a comunicação eficaz entre os envolvidos na equipe.			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			
Passagem de Plantão:			
- Proceder à passagem do plantão na troca de turno do trabalho em ambiente silencioso, com todos os membros da equipe de enfermagem envolvidos e concentrados nas informações repassadas,			

- Repassar a informação de maneira clara, concisa, completa e uniforme, tanto entre a equipe assistencial, pacientes e familiares, para que o receptor não tenha dúvidas da informação e seja possível a continuidade da assistência com segurança.
- Comunique as condições do paciente, os medicamentos que utiliza, os resultados de exames, as recomendações sobre os cuidados e as alterações significativas.
- Informe sobre os procedimentos realizados e no caso de crianças, idosos, portadores de necessidades especiais e qual familiar acompanhou sua realização.

Registro em Prontuários:

- Registrar as informações e os procedimentos realizados no prontuário eletrônico /ficha de atendimento do paciente com fácil compreensão.
- Verificar se o prontuário onde estão sendo realizados os registros pertencem ao paciente.
- Colocar data e horário antes de iniciar o registro da informação.
- Registrar as informações no prontuário eletrônico, se utilizar fichas de atendimentos realizar as anotações em local adequado, com letra legível sem rasuras, de modo completo e objetivo, desprovido de impressões pessoais a fim de que a comunicação seja efetiva e segura
- Fazer uso apenas de abreviaturas e siglas padronizadas, observando as que não devem ser utilizadas.
- Registrar nome completo do profissional e o Coren ao final de cada procedimento realizado.

RECOMENDAÇÕES:

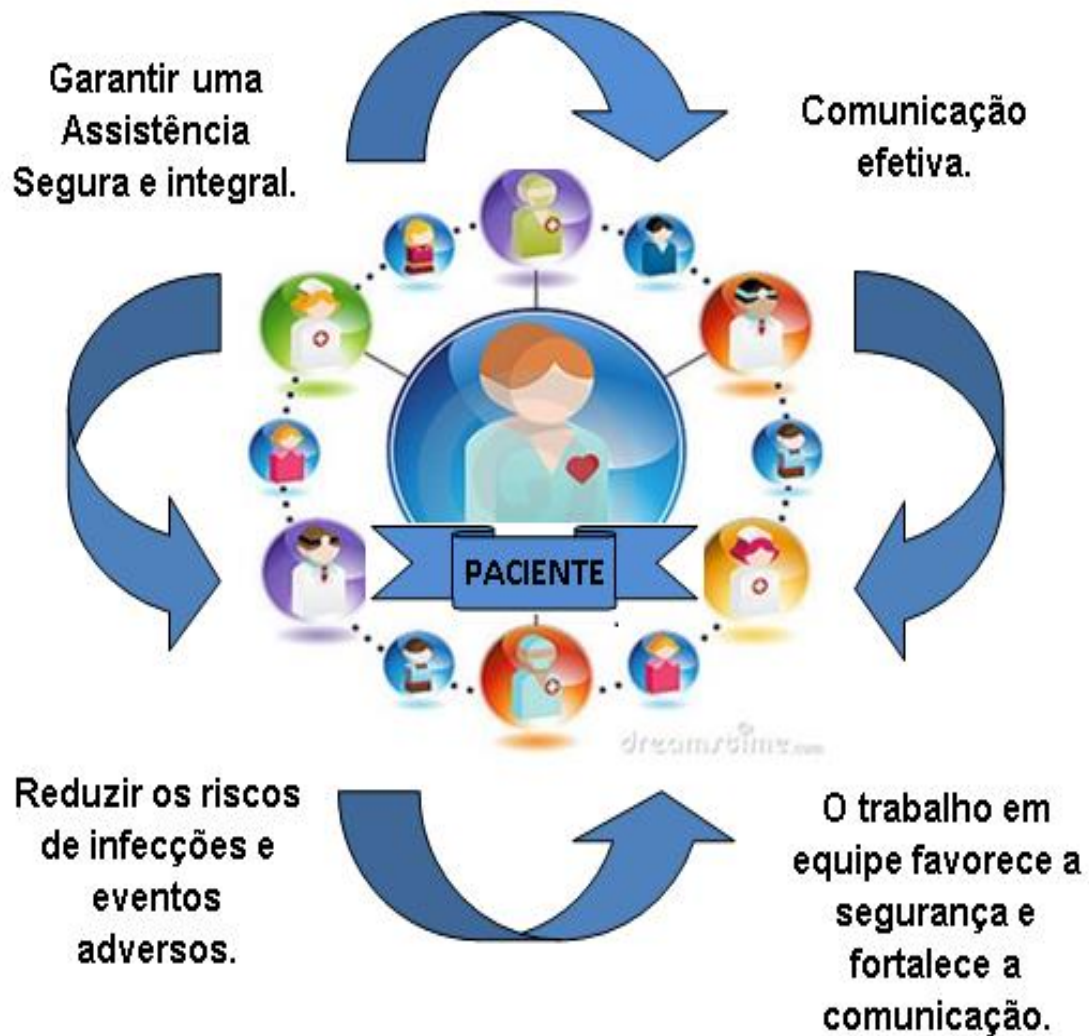
O paciente tem o direito de conhecer todos os registros realizados em seu prontuário.

As informações relativas às condições clínicas do paciente são restritas a ele próprio, aos profissionais envolvidos e aos que são pelo paciente autorizado ou legalmente estabelecido.

As prescrições verbais ou telefônica só poderão acontecer em situações de emergência, realizando as seguintes medidas de segurança como: ficar em local

silencioso, repetir em voz alta, de maneira completa a informação dada pelo emissor e assim que possível prescrever no prontuário.

O trabalho em equipe favorece a segurança fortalecendo a comunicação.



Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP	POP N° 20	
NOTIFICAÇÃO DAS DOENÇAS E SITUAÇÕES OBRIGATORIAS			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regiane Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Notificar as doenças e situações de notificação obrigatória. 	
Justificativa		Informar aos órgãos competentes sobre ocorrência de doenças ou situações de notificação obrigatória para que estes possam tomar as devidas providencias.	
Quando aplicar		Em caso de ocorrência de doença ou situações de notificação obrigatória.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
Ficha de notificação conforme a doença ou situação.			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			

- Utilizar impresso próprio para cada caso/ficha correspondente da situação ou agravo;
- Preencher corretamente todos os campos solicitados na ficha. Caso o paciente não esteja portando documento ou não saiba relatar uma informação no momento, pegar contato para posterior coleta da informação;
- Encaminhar a ficha de notificação devidamente preenchida para a Vigilância em Saúde.
- Notificar todos os casos suspeitos os confirmados, conforme a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória:
 - Acidente de trabalho com exposição à material biológico;
 - Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes;
 - Acidente por animal peçonhento;
 - Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva;
 - Botulismo;
 - Cólera;
 - Coqueluche;
 - Dengue – Casos;
 - Dengue – Óbitos;
 - Difteria;
 - Doença de Chagas Aguda ;
 - Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) ;
 - Doença de Chagas Aguda ;
 - Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) ;
 - Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza";
 - Doença Meningocócica;
 - Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico b. Tularemia c. Varíola;
 - Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: a. Arenavírus b. Ebola c. Marburg d. Lassa e. Febre purpúrica brasileira;
 - Esquistossomose;
 - Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública;
 - Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação;
 - Febre Amarela;

Febre de Chikungunya;
Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública;
Febre Maculosa e outras Riquetisioses;
Febre Tifóide;
Hanseníase;
Hantavirose;
Hepatites virais;
HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;
Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV;
Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV);
Influenza humana produzida por novo subtipo viral;
Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
Leishmaniose Tegumentar Americana;
Leishmaniose Visceral;
Leptospirose, a. Malária na região amazônica b. Malária na região extra Amazônica;
Óbito: a. Infantil b. Materno;
Poliomielite por poliovírus selvagem;
Peste;
Raiva humana;
Síndrome da Rubéola Congênita;
Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola;
Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante;
Síndrome da Paralisia Flácida Aguda;
Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus a. SARS-CoV b. MERS-CoV;
Tétano: a. Acidental b. Neonatal;
Tuberculose;
Varicela ;
Violência: doméstica e/ou outras violências;

Violência: sexual e tentativa de suicídio.			
RECOMENDAÇÕES:			
Nos casos de diagnóstico médico Varicela preencher a ficha específica de notificação do município.			
Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N ° 21
OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida; Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar concentração de oxigênio durante inspiração, melhorar desconforto respiratório, auxiliar no tratamento de patologias do sistema respiratório. 	
Justificativa		Corrigir ou atenuar deficiência de oxigênio ou hipóxia.	
Quando aplicar		De acordo com prescrição médica, ou quando o paciente apresentar sinais de hipóxia.	

Executante:	Equipe de enfermagem, médico.
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Cateter nasal, umidificador de oxigênio, extensão estéril, água destilada, luvas de procedimentos, fonte de oxigênio ou cilindro de oxigênio.	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmar a prescrição médica do procedimento ou sinais de hipóxia; 2. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente; 3. Lavar as mãos; 4. Colocar os EPIS necessários; 5. Organizar os materiais; 6. Promover a privacidade do paciente; 7. Posicionar o paciente em decúbito elevado se não houver contra indicação; 8. Conectar a ponta do cateter nasal na extensão está no umidificador contendo água destilada até o nível indicado, adaptar o umidificador na fonte de oxigênio ou cilindro; 9. Ajustar o volume de oxigênio prescrito; 10. Colocar o cateter nasal nas narinas do paciente, ajustar o mesmo em torno da cabeça, certificando-se da correta adaptação; 11. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde; 12. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável; 13. Retirar os EPIS; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde; 14. Higienizar as mãos; 15. Registrar o procedimento realizado no prontuário eletrônico / ficha de atendimento, com nome completo do profissional e o Coren. 	
Fluxo necessário (L/min) FiO2 (%)	
1 litro	24%
2 litros	28%

3 litros	32%
4 litros	36%
5 litros	40%
6 litros	44%

Secretaria de Saúde de Guamaranga	Procedimento Operacional Padrão-POP	POP N° 22	
OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida; Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamaranga: Lucas Jheimes de Almeida.	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar concentração de oxigênio durante a inspiração (24 a 50%), de forma precisa segura e controlada. 	
Justificativa		Corrigir ou atenuar deficiência de oxigênio ou hipóxia.	
Quando aplicar		De acordo com prescrição médica, ou quando paciente apresentar sinais de hipóxia.	
Executante:		Equipe de enfermagem, médico.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			

Cateter máscara de venturi, traqueia, diluidores coloridos para diferentes concentrações (24%, 28%, 31%, 35%, 40% e 50%), umidificador de oxigênio, extensão estéril, água destilada, luvas de procedimentos, fonte ou cilindro de oxigênio.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Confirmar a prescrição médica do procedimento ou sinais de hipóxia;
2. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
3. Lavar as mãos;
4. Organizar o material necessário;
5. Promover a privacidade do paciente;
6. Posicionar o paciente em decúbito elevado se não houver contra indicação;
7. Adaptar a máscara à traquéia e está ao diluidor colorido, de acordo com a prescrição médica;
8. Ajustar o adaptador de nebulização ao diluidor;
9. Preencher o umidificador com água destilada até o nível máximo;
10. Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;
11. Adaptar o sistema de Venturi ao umidificador e ajustar o fluxômetro de acordo com prescrição médica;
12. Colocar a máscara de Venturi sobre o nariz, boca e queixo do paciente, certificando-se da correta adaptação;
13. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
14. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
15. Retirar os EPIs após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
16. Higienizar as mãos;
17. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico / ficha de atendimento, com o nome completo do profissional e Coren.

RECOMENDAÇÕES:

Com concentração de oxigênio a 4 litros por minuto, diluidores coloridos, azul 24%, amarelo 28%, branco 31%;

Concentração de oxigênio a 6 litros por minuto diluidores verde 35 %;

Concentração de oxigênio a 8 litros por minuto diluidores vermelho 40 %;
 Concentração de oxigênio a 12 litros por minuto diluidores laranja 50 %;

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 24
PREPARO DE MEDICAMENTOS			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida; Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida.	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Preparar corretamente a medicação. 	
Justificativa		Proporcionar segurança para o paciente frente à terapêutica.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Bandeja, medicamento prescrito pelo médico, seringas, agulhas 25/7, 40/12, algodão, álcool 70%, esparadrapo, etiqueta para identificar e caneta, EPIs (máscara, jaleco, luvas, óculos de proteção).

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Conferir prescrição médica;

Higienizar as mãos;

Colocar luvas de procedimentos;

Preparar o medicamento em local com boa iluminação;

Evitar distração como músicas e outros ruídos;

Verificar o prazo de validade, alterações quanto ao aspecto e cuidados no preparo com técnica asséptica;

Avaliar a integridade dos invólucros que protegem a seringa e a agulha;

Conectar a agulha na seringa, evitando contaminar a agulha e o êmbolo;

Realizar a desinfecção com algodão e álcool a 70% no frasco ampola e a borracha do frasco após retirar a tampa metálica, aguardando a secagem;

Aspirar a solução da ampola na seringa (no caso de frasco-ampola introduzir o diluente e homogeneizar o solvente com o soluto sem sacudir), após ter realizado a diluição, aspirar novamente na seringa e colocar no soro indicado, ou de acordo com a prescrição médica, considerando os cuidados de administração de medicamentos em enfermagem;

Proteger a agulha com o protetor próprio e retirar o ar;

Deixar o local de preparo da medicação limpo e em ordem;

Proceder à desinfecção da bancada com álcool a 70%;

Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;

Retirar os EPIs;
Higienizar as mãos.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP	POP N° 25	
USO SEGURO DE MEDICAMENTOS			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Farmaceutico: Marcos Cristiano Michalowski	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida.	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir eventos adversos decorrentes da administração de medicamentos potencialmente perigosos 	
Executante:		Equipe dos serviços de saúde.	
<p>CONCEITO: compreende a prevenção de eventos decorrentes da administração incorreta de medicamentos</p> <p>FATORES PREDISPONETES PARA ERROS DE ADMINISTRAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescrição medica incorreta (medicamento errado, dose e/ou via de administração incorreta) - Deficiência de pessoal - Falta de atenção aos procedimentos 			

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

Itens de verificação para a administração segura de medicamentos:

- Paciente certo
- Medicamento certo
- Via certa
- Hora certa
- Dose certa
- Registro certo
- Ação certa
- Forma certa
- Resposta certa

SEQUENCIA OPERACIONAL DA ROTINA

- Verificar os nove certos da terapia medicamentosa.
- Documentar corretamente o processo de administração.
- Somente administrar medicamento se as dúvidas forem esclarecidas.
- Estabelecer protocolos institucionais de administração de medicamentos.
- Utilizar materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos por via parenteral.
- Registrar todas as ações imediatamente após a administração do medicamento.
- O enfermeiro deve supervisionar o preparo e a administração de medicamentos realizados por técnicos de enfermagem.
- Discutir conduta com o prescritor em casos de preparo de pacientes para exames ou jejum, não administrar nem adiar a administração de doses de medicamentos que estejam prescritos.

- Registrar adequadamente a omissão de dose e comunicar ao enfermeiro.
- Quando possível, adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida pelo paciente.
- Evitar, dentro do possível, interações entre medicamentos e entre nutrição.
- Discutir a prevenção das interações medicamentosas com a equipe multiprofissional.
- Seguir o protocolo institucional quanto à verificação das prescrições na passagem de plantão.
- Cuidar para que não haja a administração de medicamentos suspensos pelo médico.
- Padronizar o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos que estão sob a guarda da equipe de enfermagem.
- Organizar local adequado para o preparo de medicamentos, preferencialmente sem fontes de distração.
- A instituição deve disponibilizar e atualizar guias de prevenção de incompatibilidades entre fármacos e soluções e guias de diluição de medicamentos.
- Solicitar revisão por um colega sempre que calcular doses para medicamentos potencialmente perigosos.
- Consultar o farmacêutico em caso de dúvidas sobre os medicamentos prescritos.
- Seguir os sistemas de identificação do paciente e do leito ou sala de medicação estabelecidos nos protocolos institucionais.
- Não utilizar bandeja contendo diversos medicamentos para diferentes pacientes, no momento da administração.
- Preparar as medicações imediatamente antes da administração.

- Manter registro adequado dos frascos de medicamentos preparados que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo e validade).
- Administrar medicamentos por ordem verbal somente em caso de emergência, utilizando método de dupla checagem para administração com registro por escrito da ordem verbal.
- Registrar corretamente a administração do medicamento prescrito, evitando a duplicação da administração do medicamento por outro profissional.
- Informar ao paciente e à família sobre eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa, registrando-os em prontuário e notificando-os ao Núcleo de Segurança do Paciente.
- Comunicar ao paciente qual medicamento está sendo administrado e qual a sua ação no momento da administração.
 - Na reposição de medicamentos, revalidar o frasco que for permanecer em uso considerando 25 % do restante do tempo.

ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES

- Notificar os eventos adversos relacionados à administração de medicamentos ao Núcleo de Segurança do Paciente.
- Estabelecer indicadores de processos de administração de medicamentos.
- A instituição deverá desenvolver uma política de incentivo à melhoria da segurança no uso de medicamentos, centrado no trabalho em equipe, notificação e ambiente não punitivo.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP	POP N° 26	
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Alcançar efeitos terapêuticos. 	
Justificativa		Processo de preparo e introdução de fármacos no organismo humano.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
Bandeja, medicamentos prescritos pelo médico, agulha, seringa, algodão, álcool a 70%, equipamentos de proteção individual (jaleco, luvas de procedimento).			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			
Verificar sempre os nove certos: paciente certo (conferir nome e sobrenome do paciente, solicitando ao mesmo que fale seu nome), medicamento certo (antes de preparar a medicação certificar-se mediante a prescrição qual é o medicamento e conferir lendo, mais de uma vez o rótulo do mesmo), dose certa (antes de preparar e administrar a medicação, certificar-se da dose prescrita, lendo mais de uma vez e comparando com o preparado), via certa (antes de administrar a medicação, certificar-se da via mediante prescrição, lendo mais de uma vez e só então administrar), hora certa (administrar no horário previsto na			

prescrição, e no espaço de tempo determinado), **tempo certo** (na administração da medicação, respeitar o tempo previsto na prescrição, controlar adequadamente o gotejamento, conforme a prescrição), **validade certa** (antes de preparar a medicação sempre conferir a data de validade, jamais administrar medicação vencida), **abordagem certa** (antes de administrar o medicamento, explicar ao paciente de maneira clara e objetiva o que será administrado, via, principal ação do medicamento e como será realizada a administração, deve-se levar em consideração também o direito de recusa do medicamento pelo paciente), **registro certo** (após administrar a medicação registrar no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento, anotando queixas, suspensão ou não aceitação da medicação em seguida colocar o nome completo do profissional e Coren .

Utilizar luvas de procedimento sempre que houver a possibilidade de entrar em contato com sangue ou secreções do paciente;

Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

Higienizar as mãos;

Deixar a unidade em ordem

RECOMENDAÇÕES

Se houver dúvidas sobre a medicação, não administrar, recorrer ao enfermeiro supervisor e/ou médico;

Quando se tratar de medicamentos narcóticos e seus derivados, procurar o enfermeiro supervisor com a prescrição médica;

Manter sob refrigeração os medicamentos que necessitam tal cuidado como insulina e outras drogas;

Antes de administrar o medicamento, avaliar a história prévia do paciente em resposta à droga como efeitos colaterais e alergias.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 27	
PUNÇÃO VENOSA			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> ● Administrar fluídos de forma contínua; ● Realizar a administração de medicamentos ou manutenção de uma via de acesso venosa, através da introdução de um cateter em um vaso sanguíneo venoso periférico; 	
Justificativa		Auxiliar no alívio da dor, tratamento e recuperação do paciente.	
Quando aplicar		De acordo com prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
EPIs (jaleco, luvas de procedimentos) álcool a 70%, bandeja, algodão, esparadrapo ou micropore, cateter ou scalp, garrote, recipiente para descartar perfuro cortante			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO:

PUNÇÃO VENOSA PARA ADMINISTRAR FLUIDOS CONTÍNUOS E/OU, MEDICAMENTOS.

1. Higienizar as mãos;
2. Preparar a badeja com material necessário;
3. Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares;
4. Deixar o paciente em posição confortável e adequada;
5. Avaliar o local adequado para punção, iniciar a seleção da parte distal para proximal de membros superiores;
6. Colocar as luvas de procedimentos;
7. Garrotear o local acima da região escolhida para puncionar;
8. Proceder à anti-sepsia da pele friccionando algodão com álcool 70% virando a face do algodão e trocando o mesmo três vezes, ou conforme necessidade no sentido do retorno venoso;
9. Realizar a punção venosa com o bisel para cima;
10. Observar o retorno do sangue e retirar o garrote;
11. Fixar o cateter/scalp com esparadrapo/micropore;
12. Imobilizar o membro puncionado com tala, se necessário;
13. Identificar com data, hora, número do cateter, nome e COREN do profissional que puncionou;
14. Recolher o material e descartar conforme segregação de resíduos de serviços de saúde;
15. Retirar as luvas após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
16. Lavar as mãos;
17. Deixar a unidade em ordem;
18. Anotar o procedimento realizado no prontuário eletrônico / ficha de atendimento do paciente, devendo conter:
 - data e hora da punção;
 - local;
 - tipo e calibre do cateter;
 - salinização/heparinização;

- Intercorrências e providências adotadas;
- medida de segurança adotada (tala ou contenção);
- queixas;
- nome Completo do profissional e Coren do responsável pelo procedimento;

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 28	
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA ORAL (cápsulas, comprimidos, pílulas e drágeas)			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida.	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> ● Administrar medicações com as seguintes apresentações: comprimidos, drágeas, cápsulas, pastilhas. 	
Justificativa		Provocar efeitos sistêmicos após a absorção no trato digestório.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	

Executante:	Equipe de enfermagem.
<p>MATERIAIS NECESSÁRIOS</p> <p>Bandeja, copinhos descartáveis, canudinho, copo com água, fita crepe/etiquetas, seringa, espátula, medicamento prescrito, copo com água, papel toalha, EPIs (luvas de procedimento e jaleco).</p>	
<p>EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem; 2. Organizar o material necessário; 3. Promover a privacidade do paciente; 4. Lavar as mãos; 5. Colocar os EPIs; 6. Deixar o paciente em posição confortável para facilitar a deglutição e oferecer água; 7. Administrar a medicação sem tocá-la diretamente com as mãos; 8. Ficar ao lado do paciente até confirmar a deglutição do medicamento; 9. Deixar o paciente confortável; 10. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde; 11. Higienizar as mãos; 12. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde; 13. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico / ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração. 	
<p>RECOMENDAÇÕES</p> <p>- Quando o paciente utilizar a sonda nasogástrica deixar o mesmo em posição semi-fowler/ Fowler, portanto os comprimidos deverão ser triturados e diluídos em água e administrados com seringa, introduzindo 10 a 20 ml de água após a medicação.</p>	

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP	POP N° 29	
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA ORAL (gotas, xaropes e soluções)			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida.	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Administrar medicações com as seguintes apresentações: xarope, gotas e soluções. 	
Justificativa		Provocar efeitos sistêmicos após a absorção no trato digestório.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
Bandeja, copinhos descartáveis, canudinho, conta gotas, copo com água, fita crepe/etiquetas, seringa, espátula, medicamento prescrito, copo com água, papel toalha, EPIs (luvas de procedimento e jaleco).			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			

1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem;
2. Organizar o material necessário;
3. Promover a privacidade do paciente;
4. Lavar as mãos;
5. Colocar os EPIs;
6. Agitar o frasco antes da administração caso haja precipitado;
7. Dispor a medicação no recipiente graduado, evitando retorno do medicamento ao recipiente de origem;
8. Posicionar o paciente em posição confortável e favorável à deglutição;
9. Ficar ao lado do paciente até confirmar a deglutição do medicamento;
10. Deixar o paciente confortável;
11. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
12. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
13. Higienizar as mãos;
14. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP	POP N°30	
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA SUBLINGUAL			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida.	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Administrar a medicação com absorção rápida através da fina membrana sublingual para os vasos da base da língua. 	
Justificativa		Terapêutica utilizada por via sublingual para a medicação ser absorvida pelos pequenos vasos sanguíneos ali situados, sem passar através da parede intestinal e pelo fígado.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
Bandeja, copinhos descartáveis, fita crepe/etiquetas, cuba rim, papel toalha, EPIs (luvas de procedimento, jaleco).			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			
1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem;			

2. Organizar o material necessário;
3. Promover a privacidade do paciente;
4. Lavar as mãos;
5. Colocar os EPIs;
6. Fornecer água ao paciente para enxaguar a boca e remover resíduos alimentares desprezando na cuba rim, antes de administrar o medicamento via sublingual;
7. Colocar o medicamento ou orientá-lo a pôr sob a língua solicitar para deglutir a saliva até dissolver o medicamento; se o paciente estiver incapacitado, abrir a boca do mesmo e pôr o medicamento sob a língua.
8. Deixar o paciente confortável;
9. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
10. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
11. Higienizar as mãos;
12. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico, ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

Secretaria de Saúde de Guamiranga		Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 31	
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA TÓPICA OU CUTÂNEA MUCOSA				
Edição: 4°		Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:			Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:			Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento			<ul style="list-style-type: none"> ● Obter ação local do medicamento e eventualmente sistêmica. 	
Justificativa			Aplicação de medicamentos na pele para efeito constante, local e lento.	
Quando aplicar			Conforme prescrição médica.	
Executante:			Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Bandeja, gases, espátulas, fita crepe/etiquetas, medicação prescrita, EPIs(luvas de procedimento e jaleco).				
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO				

1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem;
2. Organizar o material necessário;
3. Promover a privacidade do paciente;
4. Lavar as mãos;
5. Colocar os EPIs;
6. Proceder à limpeza da pele com água e sabão antes da aplicação do medicamento, se necessário (pele oleosa e com sujidade);
7. Dispor o medicamento sobre a gaze com a espátula e aplicar uma camada fina de pomada com uma espátula ou luvas de procedimento;
8. Aplicar o medicamento massageando a pele delicadamente, fazendo fricção se necessário;
9. Deixar o paciente confortável;
10. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
11. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
12. Higienizar as mãos;
13. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico , ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

OBS: Embalar espátulas e esterilizar para uso de aplicação de pomadas.

<p>Secretaria de Saúde de Guamiranga</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão- POP</p>	<p>POP N° 32</p>
<p>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR</p>		

Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida.	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Anestésiar; • Dilatar a pupila; • Tratar infecção. 	
Justificativa		Terapêutica utilizada para o tratamento de patologias oculares, exames oftalmológicos ou lubrificação ocular.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
Bandeja, medicação prescrita, fita crepe/etiquetas, gases, EPIs (jaleco e luvas de procedimento).			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem; 2. Organizar o material necessário; 3. Promover a privacidade do paciente; 4. Lavar as mãos; 5. Colocar os EPIs; 6. Posicionar o paciente sentado ou elevar a cabeceira da cama; 			

7. Realizar ou auxiliar o paciente na lavagem dos olhos no sentido do canto interno do olho para o externo com soro fisiológico, se houver presença de secreção/ resíduos em seguida secar com uma gaze;
8. Solicitar ao paciente que olhe para cima e tracionar a pálpebra delicadamente inferior para baixo utilizando o dedo indicador;
9. Segurar o conta gotas próximo ao olho e pedir ao paciente para olhar para cima pingando a quantidade prescrita do colírio, sem encostar o aplicador na conjuntiva, orientando o paciente a fechar os olhos, movê-los e piscar suavemente, secar o excesso da medicação com gaze;
10. Proceder à aplicação da pomada, colocando uma fina camada ao longo da extremidade interna da pálpebra inferior, com o cuidado de não encostar a ponta da bisnaga na conjuntiva do paciente, limpar o excesso com uma gaze, solicitando que o paciente permaneça com o olho fechado por alguns minutos;
11. Deixar o paciente confortável;
12. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
13. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
14. Higienizar as mãos;
15. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico / ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 33	
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA AURICULAR			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026

Elaborado por:	Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.
Aprovado por:	Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida.
Objetivos do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> ● Facilitar a saída de corpos estranhos e cerúmen; ● Prevenir ou tratar processos infecciosos, inflamatórios.
Justificativa	Procedimento para a introdução de medicamentos no canal auditivo com conta-gotas, auxiliando no tratamento de patologias específicas e nos exames otológicos.
Quando aplicar	Conforme prescrição médica.
Executante:	Equipe de enfermagem.
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Bandeja, medicação prescrita, conta-gotas, fita crepe/etiquetas, gases, EPIs (jaleco e luvas de procedimento).	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem; 2. Organizar o material necessário; 3. Promover a privacidade do paciente; 4. Lavar as mãos; 5. Colocar os EPIs; 6. Posicionar o paciente em decúbito lateral (com o ouvido a ser medicado para cima); 	

7. Segurar o lóbulo da orelha e delicadamente puxá-lo para cima e para trás (em adultos) ou puxar para baixo e para trás (crianças) em seguida pingar a medicação, evitando que o conta gotas toque no orifício do ouvido;
8. Proteger com gaze o orifício, solicitando ao paciente que permaneça por alguns minutos nesta posição;
9. Repetir o mesmo procedimento para o ouvido oposto;
10. Limpar se necessário com gaze a região auricular externa;
11. Deixar o paciente confortável;
12. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
13. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
14. Higienizar as mãos;
15. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico, ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 34	
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA NASAL			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026

Elaborado por:	Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.
Aprovado por:	Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida.
Objetivos do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> Promover vasoconstrição, aliviar a congestão, facilitando a drenagem da secreção nasal.
Justificativa	Terapêutica utilizada no tratamento de infecções ou congestão nasal.
Quando aplicar	Conforme prescrição médica.
Executante:	Equipe de enfermagem.
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Bandeja, fita crepe/etiquetas, medicação prescrita, conta gotas, gases ou lenço de papel, cotonete, EPIs (jaleco e luvas de procedimento).	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem; 2. Organizar o material necessário; 3. Promover a privacidade do paciente; 4. Lavar as mãos; 5. Colocar os EPIs; 6. Realizar ou solicitar ao paciente que higienize as narinas com lenço de papel; 7. Posicionar o paciente sentado ou elevar a cabeceira da cama, solicitando para inclinar a cabeça para trás; 8. Administrar o número de gotas prescritas nas narinas sem tocá-las, explicar ao paciente para manter-se nessa posição por alguns minutos, segurando a gaze de encontro à narina; 9. Deixar o paciente confortável; 	

10. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
11. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
12. Higienizar as mãos;
13. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico / ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP	POP N° 35	
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026

Elaborado por:	Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.
Aprovado por:	Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida.
Objetivos do Procedimento	Promover eliminações de fezes; Aliviar flatulências; Administrar fármacos.
Justificativa	Terapêutica utilizada para administrar a medicação por via retal ou quando o medicamento pode ser instável no sistema digestivo, facilitando a absorção devido a circulação dupla existente na mucosa retal.
Quando aplicar	Conforme prescrição médica.
Executante:	Equipe de enfermagem.
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Bandeja, gases; supositório/pomada e aplicador; fita crepe/etiquetas para identificação, papel higiênico, comadre, recipiente para lixo, biombo, EPIs (luvas de procedimento, jaleco, máscara, óculos de proteção).	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem; 2. Organizar o material necessário; 3. Promover a privacidade do paciente; 4. Lavar as mãos; 5. Colocar os EPIs; 6. Envolver em uma gaze o supositório; 7. Posicionar o paciente em decúbito lateral ou Sims, expondo somente a área necessária para introdução do supositório; 	

8. Afastar com auxílio do papel higiênico a prega Inter glútea, para melhor visualização da região anal;
9. Introduzir delicadamente o supositório além do esfíncter anal, solicitando ao paciente que o retenha por alguns minutos a fim de evitar que o supositório seja expelido;
10. Orientar o paciente caso tenha condições de auto aplicação quanto ao procedimento e a importância na deambulação, pois ajuda a promover o peristaltismo;
11. Deixar o paciente confortável;
12. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
13. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
14. Higienizar as mãos;
15. Registrar o procedimento no prontuário, eletrônico / ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 36
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida; Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida	

Objetivos do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar medicações quando tratamento requer absorção lenta, segura e contínua.
Justificativa	Aplicação de medicamentos no tecido subcutâneo para efeito local constante e lento.
Quando aplicar	Conforme prescrição médica.
Executante:	Equipe de enfermagem.
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Bandeja, medicação prescrita, seringa, agulha 13x45 para aplicação e agulha 25x8 ou 40x12 para aspiração, bolas de algodão, álcool 70% e EPIs (luvas de procedimento e jaleco).	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem; 2. Organizar o material necessário; 3. Promover a privacidade do paciente; 4. Lavar as mãos; 5. Colocar os EPIs; 6. Expor o local de aplicação (braços regiões posteriores, três dedos abaixo das axilas e três dedos acima dos cotovelos abdome regiões laterais direita e esquerda, distantes três dedos do umbigo, coxas regiões frontais e laterais externas, três dedos abaixo da virilha e três dedos acima dos joelhos, nádegas regiões superiores externas variando o local de administração); 7. Realizar a anti-sepsia da região de baixo para cima com algodão umedecido em álcool 70%; 8. Fazer a prega cutânea com o polegar e 9. Desfazer a prega e aspirar certificando-se que não atingiu nenhum vaso sanguíneo; 	

10. Injetar a medicação lentamente;
11. Retirar a agulha com movimento preciso e rápido comprimindo a pele com algodão seco, sem massagear;
12. Deixar o paciente confortável;
13. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
14. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
15. Higienizar as mãos;
16. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico / ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

RECOMENDAÇÕES

- Não massagear o local da aplicação após ter administrado o medicamento;
- Utilizar sempre seringas e agulhas próprias para injeções subcutâneas;
- A medicação subcutânea deve ser realizada distante de áreas vermelhas, inflamações, cicatrizes, hérnias, feridas cirúrgicas ou de pele (escoriações);
- Não exceder o volume de 1ml na aplicação;
- No caso de anticoagulante, não realizar a aspiração após a aplicação, pois poderá ocasionar hematoma.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 37
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA			
Edição: 4°	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	

Aprovado por:	Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida.
Objetivos do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar grandes volumes de líquido e substâncias hipertônicas, obter imediato efeito do medicamento.
Justificativa	Quando é necessária ação imediata da medicação e infusão de grande volume.
Quando aplicar	Conforme prescrição médica.
Executante:	Equipe de enfermagem.
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Bandeja, medicação prescrita, seringa, scalp ou cateter venoso periférico, equipo de soro, macro e microgotas, soro prescrito identificado, micropore ou esparadrapo, suporte de soro, garrote, bolas de algodão, álcool 70%, EPIs (luvas de procedimento, máscara e jaleco).	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem; 2. Organizar o material necessário; 3. Promover a privacidade do paciente; 4. Lavar as mãos; 5. Colocar os EPIs; 6. Fixar o equipo no frasco e retirar o ar do mesmo scalp/polifix; 7. Expor o local de aplicação escolhendo a veia do membro a ser puncionado, iniciando da região distal para a proximal; 8. Garrotear o local a ser puncionado aproximadamente 4cm acima da veia escolhida; 9. Palpar a veia novamente e verificar se é mesmo a mais indicada; 10. Solicitar ao paciente que abra e feche a mão várias vezes e depois mantê-la fechada; 	

11. Realizar a anti-sepsia do local com algodão umedecido em álcool a 70% em sentido único do retorno venoso (de baixo para cima);
12. Fixar a veia com o polegar abaixo do local onde será puncionado;
13. Puncionar a veia com scalp ou cateter venoso periférico cerca de 50 graus e depois paralelo a pele com o bisel voltado para cima;
14. Verificar o retorno de sangue para certificar-se de que está na veia;
15. Soltar o garrote;
16. Conectar a extremidade do dispositivo venoso ao equipo de soro previamente preparado;
17. Abrir a roldana do equipo injetando lentamente o líquido e observar a reação;
18. Fixar o dispositivo venoso com micropore ou esparadrapo;
19. Controlar o gotejamento do soro conforme prescrição médica;
20. Deixar o paciente confortável;
21. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde;
22. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
23. Higienizar as mãos;
24. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico / ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração.

RECOMENDAÇÕES

- Orientar o paciente a evitar levantar o membro puncionado, não alterar o gotejamento e comunicar a equipe de enfermagem/ médica se perceber alguma anormalidade como edema, hiperemia, ardência.
- Nos pacientes que foram submetidos a mastectomia ou possuem fistula no membro superior não realizar a punção venosa neste mesmo membro e sim no oposto, portanto se o paciente possuir fistula nos dois membros superiores verificar a possibilidade de puncionar nos membros inferiores.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 38	
ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		Administrar medicamentos de forma rápida e segura.	
Justificativa		Utilizada para administrar substâncias irritantes, de difícil absorção com volume de até 5 ml.	

Quando aplicar	Conforme prescrição médica.
Executante:	Equipe de enfermagem.
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Bandeja, medicação prescrita, seringa, agulha 25x6, 25x7, 25x8 ,micropore ou esparadrapo, bolas de algodão, álcool 70%, EPIs (luvas de procedimento, e jaleco).	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem; 2. Organizar o material necessário; 3. Promover a privacidade do paciente; 4. Lavar as mãos; 5. Colocar os EPIs; 6. Fazer a anti-sepsia do local com algodão umedecido em álcool 70%; 7. Introduzir o bisel da agulha lateralizado, ou seja, a favor das fibras musculares, em movimento único; 8. Aspirar, se não haver retorno de sangue injetar a medicação lentamente, mas, caso retorne sangue, retirar a agulha e proceder novamente a técnica em outro local; 9. Retirar a agulha em movimento único, rápido e preciso; 10. Comprimir o local, porém não massagear; 11. Deixar o paciente confortável; 12. Recolher o material e descartá-lo conforme resíduos de serviço de saúde; 13. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde; 14. Higienizar as mãos; 15. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico , ficha de atendimento, nome completo e Coren do profissional responsável pela administração. 	
RECOMENDAÇÕES	
<ul style="list-style-type: none"> - Respeitar os volumes de solução: músculo glúteo na região do dorso glútea até 5 ml, deltóide 2 ml, vasto lateral da coxa 3 ml; - Utilizar o músculo vasto lateral da coxa em crianças abaixo de três anos; 	

- Orientar o paciente a manter uma posição que facilite o relaxamento do músculo onde será realizada a injeção, evitando o extravasamento e reduzindo a dor;
- Evitar as áreas hipotróficas, inflamadas, com nódulos locais, lesão de nervo, abscessos e necrose;
- Em caso de injeção com medicamento irritante, trocar a agulha (após aspiração do medicamento para seringa) e utilizar a técnica em Z, deslizando a pele no local da injeção, não massagear, pois pode ocasionar lesão tecidual;
- Dimensões das agulhas de acordo com as condições físicas, grupo etário e tipo de solução.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 39
NEBULIZAÇÃO			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Umidificar vias aéreas, fluidificar secreções, facilitar tosse e expectoração. 	
Justificativa		Administrar medicação por via respiratória, auxiliando no	

	tratamento de patologias do trato respiratório.
Quando aplicar	Conforme prescrição médica.
Executante:	Equipe de enfermagem, médico.
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
EPI (jaleco) nebulizador, máscara de nebulização simples, extensão e medicação conforme prescrição médica.	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferir a prescrição médica e os nove certos da enfermagem; 2. Lavar as mãos; 3. Organizar o material necessário; 4. Promover a privacidade do paciente; 5. Colocar a medicação prescrita no recipiente do kit de máscara, fechar e conectar a máscara na extremidade da extensão do nebulizador; 6. Posicionar o paciente em posição de Fowler se paciente em observação, para procedimento ambulatorial, paciente pode ficar sentado em cadeira apropriada e confortável; 7. Colocar a máscara no rosto do paciente, ajustá-la e orientá-lo quanto à forma correta de adaptar a máscara à face e o tempo de inalação; 8. Ligar o ar comprimido e após 15 minutos, desligar a inalação; 9. Recolher e encaminhar o material ao expurgo para desinfecção química; 10. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde; 11. Higienizar as mãos; 12. Orientar o paciente sobre as próximas inalações; 13. Anotar o procedimento no prontuário eletrônico / ficha de atendimento, devendo conter: - data e hora da realização do procedimento; - se houver intercorrências e/ou providências adotadas como, por exemplo: - <i>queixas: dispnéia, fadiga, tosse, espirro, sibilos, soluço, suspiro, desmaio, tontura, dor torácica;</i> 	

- alteração na coloração da pele e mucosas;
- alteração no padrão respiratório do paciente: frequência, ritmo, e profundidade da respiração;
- mudança de comportamento: aceitação, alteração emocional, inquietação, fadiga, ansiedade, etc;
- uso dos músculos acessórios, batimento de asas nasais, distensão das veias cervicais;
- aspectos gerais: cianose de lábio, lóbulo das orelhas, parte inferior da língua, leito ungueal;
- observar se há comprometimento da função cerebral: falta de discernimento, confusão mental, desorientação, vertigem, síncope e torpor;
- nome completo do profissional e Coren do responsável pelo procedimento.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 40
HIGIENE ORAL			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar higiene e conforto ao paciente, evitar mau hálito, 	

	manter a integridade da mucosa bucal e dos dentes.
Justificativa	Promover saúde bucal.
Quando aplicar	Após as refeições e quando necessário.
Executante:	Equipe de enfermagem e familiares/acompanhante.
<p>MATERIAIS NECESSÁRIOS</p> <p>Ao paciente: escova de dente ou espátulas envolvidas em gazes, creme dental ou antisséptico bucal, copo com água, cuba rim, papel toalha e biombo.</p> <p>Ao profissional: EPIs: jaleco com mangas compridas, luvas, máscara, óculos e sapato fechado.</p>	
<p>EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos e reunir o material; 2. Verificar se o paciente consegue deambular e realizar o procedimento sem auxílio. Se a análise for favorável fornecer o material necessário, encaminhá-lo para o banheiro e orientar sobre o procedimento correto da higiene oral; 3. Orientar o paciente sobre o procedimento, caso o paciente esteja acamado; 4. Colocar as luvas e avaliar a integridade dos lábios, mucosa bucal, palato, língua e dentes, verificar o uso de prótese dentária. Se houver prótese, retirá-la para higienizar; 5. Levantar a cabeceira da cama, se não houver restrição, colocar papel toalha sob o tórax do paciente; 6. Analisar a capacidade do paciente de segurar e manusear, se for favorável, fornecer o material e orientá-lo como proceder à higiene oral; 7. Segurar e manusear os materiais, caso a análise da capacidade sejam desfavoráveis, oriente o acompanhante/familiar a fazê-lo e se este não 	

estiver disponível, cabe ao membro da equipe de enfermagem realizar o procedimento;

8. Proceder a higiene oral: molhar a escova ou espátula umedecida em água, colocar pasta de dente ou enxaguante bucal e iniciar a escovação, tipo varredura, iniciando da gengiva para o dente, primeiro da arcada dentária superior e depois da inferior, as partes de trás dos dentes também devem ser higienizadas no mesmo sentido, as superfícies de mastigação devem ser higienizadas com movimentos delicados de trás para frente e por último proceder a higiene da língua. Em seguida fornecer água para este fazer bochecho e enxaguar a boca, disponibilizar a cuba rim para desprezar a água, fornecer papel toalha para secar a região dos lábios se o paciente não for capaz de realizar o procedimento é função de quem o estiver auxiliando;
9. Retirar e higienizar as próteses e recolocar no local somente após a higiene da mucosa;
10. Fornecer o fio dental e orientar seu uso, caso o paciente não consiga realizar o procedimento é função de quem o estiver auxiliando fazê-lo. Em seguida deixar o paciente em posição confortável;
11. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;
12. Deixar a unidade em ordem;
13. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
14. Lavar as mãos;
15. Anotar o procedimento realizado no prontuário do paciente, devendo conter:
 - data e hora do procedimento;
 - presença de prótese total/parcial (caso seja necessária sua retirada, identificar e entregar ao responsável da família ou do hospital);
 - condições de realização de higiene (fez só, auxiliado ou realizado pelo profissional);
 - sinais e sintomas observados (hiperemia, condição da arcada dentária, etc.);

- intercorrências e providências adotadas;
- nome completo do profissional e Coren do responsável pelo procedimento.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 41	
AUXILIO NO BANHO DE ASPERSÃO			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida; Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		Proporcionar higiene e conforto ao paciente e manter a integridade cutânea.	
Justificativa		Promover higiene e conforto.	
Quando aplicar		Quando o paciente apresenta dificuldade de realizar a higiene pessoal.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			

Ao paciente: roupa íntima, pijama ou roupa limpa do paciente, toalha de banho e toalha de rosto, compressa, cadeira higiênica e produtos de higiene pessoal como: sabonete, desodorante, hidratante, pente.

Ao profissional: EPIs: jaleco com mangas compridas, luvas, máscara, óculos e sapato fechado.

Roupas de cama como: lençol inferior, sobre lençol, impermeável, cobertor, fronha, compressa para assepsia e álcool 70%.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Reunir o material e levá-lo até o banheiro;
2. Promover a privacidade do paciente;
3. Explicar ao paciente/acompanhante o procedimento a ser realizado e solicitar sua colaboração;
4. Verificar a necessidade da cadeira higiênica e deixá-la sempre próximo caso necessite durante o banho. Fechar a porta;
5. Colocar as luvas de procedimento e ajudar o paciente a retirar as vestes;
6. Abrir o chuveiro e verificar a temperatura da água;
7. Oferecer o material de higiene ao paciente e orientá-lo como deve proceder respeitando a técnica cefalopodálica, deixar a higiene íntima para o final com chumaços exclusivos para esta região. Ajudá-lo a realizar a higiene, somente quando este não conseguir realizá-la sozinho;
8. Desligar o chuveiro e oferecer a toalha, se necessário, ajudá-lo a enxugar-se, observar as condições da pele do paciente;
9. Oferecer o desodorante, hidratante, as vestes e o pente e auxiliá-lo nestes procedimentos conforme a necessidade do paciente;
10. Encaminhá-lo ao quarto/leito e deixá-lo confortável;
11. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;
12. Deixar a unidade em ordem;
13. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
14. Higienizar as mãos;

15. Comunicar a assistente operacional para proceder à limpeza do banheiro;
16. Anotar no prontuário eletrônico do paciente/ficha de atendimento o procedimento realizado, devendo conter:
- data e hora do procedimento;
 - tipo de banho;
 - se deambulando, em cadeira de banho, ou com auxílio;
 - intercorrências e providências adotadas;
 - nome completo e Coren do profissional responsável pelo procedimento.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 42
BANHO NO LEITO			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Regianne Mara Pesck Betin; Delis Renardin.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar higiene e conforto ao paciente e manter a integridade cutânea. 	
Justificativa		Promover higiene e conforto.	

Quando aplicar	Quando o paciente está impossibilitado de realizar a higiene pessoal.
Executante:	Equipe de enfermagem e familiares/acompanhante.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Ao paciente: roupa íntima, pijama, toalha de banho e toalha de rosto, compressas, gaze, produtos de higiene pessoal como: sabonete, desodorante, hidratante, pente, biombo, duas bacias e uma jarra com água morna, comadre e carrinho de banho e hamper;

Ao profissional: EPIs: jaleco com mangas compridas, luvas, máscara, óculos e sapato fechado;

Roupas de cama como: lençol inferior, sobre lençol, impermeável, cobertor, fronha, compressa para assepsia e álcool 70%;

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Rever as prescrições em relação aos cuidados e restrições de movimentação e posição do paciente;
2. Higienizar as mãos;
3. Reunir o material e levá-lo até a unidade, disponibilizá-lo na ordem que será utilizado;
4. Explicar ao paciente/acompanhante o procedimento a ser realizado e solicitar sua colaboração. Fechar as portas, cortinas ou isolar a área com biombo, promovendo a privacidade do paciente;
5. Colocar as luvas de procedimento;
6. Abaixar as grades laterais da cama e deixá-la em posição adequada para o procedimento;
7. Verificar a necessidade de lavar a cabeça do paciente. Se necessário primeiro lavar a cabeça, secar e trocar a água para depois proceder à higiene corporal;
8. Realizar a higiene do rosto: iniciando pelos olhos, limpá-los do canto interno para o externo, ou avaliar, iniciando do local de menor secreção

para local de maior secreção, utilizando gazes úmidas com água morna para este procedimento e troca de gazes ao limpar o olho direito e esquerdo;

9. Higienizar, enxaguar e secar o restante do rosto, orelhas e pescoço;
10. Remover a roupa do paciente e cobri-lo com um lençol, deixando os membros superiores descobertos. Proceder à higiene do membro mais distante e depois do mais próximo, higienizando-os com movimentos longos, firmes e delicados do punho para as axilas, enxaguar e secá-los da mesma forma;
11. Descobrir o tórax e abdômen do paciente e proceder à higiene com movimentos circulares, ativando a circulação e observando as condições da pele e mamas, enxaguar, secar e cobrir a região com lençol limpo;
12. Deixar a região genital coberta com o lençol e descobrir a região dos membros inferiores, proceder a higiene das pernas e coxas enxaguar e secá-las iniciando na região do tornozelo até a raiz da coxa com movimentos longos, firmes e delicados, iniciando do membro mais distante e depois do mais próximo;
13. Colocar a bacia sob os pés e lavá-los, atentar-se para as interdigitais, enxaguar e secar;
14. Trocar obrigatoriamente a água e as luvas para realizar a higiene íntima do paciente. Colocar a comadre sob a região pélvica e realizar a higiene da região genital e perianal, enxaguar e secar a região;
15. Desprender as roupas de cama e colocar o paciente em decúbito lateral, solicitar auxílio a outro membro da equipe de enfermagem ou ao acompanhante quando este estiver disponível, caso o paciente não consiga ficar sozinho nesta posição. Deixá-lo coberto com lençol limpo;
16. Realizar a higiene das costas, região do cóccix e nádegas, enxaguar, secar, passar loção hidratante, aproveitando para massagear a região e verificar as condições da pele;
17. Empurrar as roupas úmidas para o meio do leito, realizar a limpeza e desinfecção do colchão com compressa embebida em álcool 70%;

18. Trocar as luvas evitando não contaminar a roupa limpa. Proceder à arrumação do leito, forrando com lençol limpo e se necessário colocar impermeável;
19. Movimentar o paciente para o lado arrumado do leito, deixá-lo coberto com lençol limpo e retirar as roupas sujas da cama, colocá-las no hamper, realizar a limpeza e desinfecção do restante da cama. Trocar as luvas e proceder à arrumação, puxando os lençóis para o restante do leito;
20. Voltar o paciente para a posição dorsal vesti-lo e cobri-lo com o sobre lençol e cobertor se necessário;
21. Realizar a limpeza e assepsia do travesseiro e colocar a fronha limpa. Se necessário utilizar outros travesseiros para acomodar o paciente da maneira mais confortável para prevenir úlcera de pressão;
22. Pentear os cabelos do paciente e certificar-se que o mesmo está em posição confortável;
23. Encaminhar o material para o expurgo e deixar a unidade em ordem;
24. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;
25. Deixar a unidade em ordem;
26. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
27. Realizar a higiene das mãos;
28. Anotar no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento do paciente o procedimento realizado devendo conter:
 - data e hora do procedimento;
 - tipo de banho;
 - ocorrência de alterações de pele, alergia ao sabão, hiperemia nas proeminências ósseas;
 - intercorrências e providências adotadas;
 - nome completo e Coren do responsável pelo procedimento;

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 43	
HIGIENE ÍNTIMA FEMININA			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo, Delis Renardin	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar higiene e conforto ao paciente, prevenir infecções e auxiliar no tratamento de infecções já instaladas. 	
Justificativa		Proporcionar higiene e conforto ao paciente.	
Quando aplicar		Quando o paciente está impossibilitado de realizar a higiene íntima.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			

Ao paciente: bacia e jarra com água morna, comadre, toalha de banho, sabonete líquido, compressas de gazes, impermeável, lençol, hamper, biombo e papel higiênico.

Ao profissional: EPIs: jaleco com mangas compridas, luvas, máscara, óculos e sapato fechado.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material;
3. Explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante/familiar;
4. Proporcionar privacidade ao paciente;
5. Calçar as luvas;
6. Retirar as vestes da paciente;
7. Deixar a paciente em posição ginecológica, expor somente a área genital, colocar o forro impermeável sob a região glútea e encaixar a comadre, se houver presença de material fecal, remover com papel higiênico;
8. Irrigar com água a região pubiana e a vulva, despejar sabonete líquido no local e proceder à higiene de cima para baixo, sem atingir o ânus, a cada movimento trocar a compressa, abrir os grandes lábios e realizar movimentos similares, por último higienizar a região anal, enxaguar o local, retirar a comadre, o impermeável e secar a região;
9. Vestir a paciente;
10. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;
11. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
12. Deixar a unidade em ordem;
13. Lavar as mãos;
14. Anotar o procedimento realizado no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento da paciente, devendo conter:
 - data e hora do procedimento;
 - motivo da higiene íntima;
 - aspecto do aparelho genital;

- presença de secreção, edema, hiperemia, lesões, formações verrucosas;
- intercorrências e providências adotadas;
- nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 44
HIGIENE ÍNTIMA MASCULINA			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretáriode Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		Proporcionar higiene e conforto ao paciente, prevenir infecções e auxiliar no tratamento de infecções já instaladas.	
Justificativa		Proporcionar higiene e conforto ao paciente.	
Quando aplicar		Quando o paciente está impossibilitado de realizar a higiene íntima.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Ao paciente: bacia e jarra com água morna, comadre, toalha de banho, sabonete líquido, compressas de gazes, impermeável, lençol, hamper, biombo, papel higiênico.

Ao profissional: EPIs: jaleco com mangas compridas, luvas, máscara, óculos e sapato fechado.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material;
3. Explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante/familiar;
4. Proporcionar privacidade ao paciente;
5. Colocar as luvas;
6. Retirar as vestes do paciente;
7. Deixar o paciente em posição dorsal, expor somente a área genital, colocar o forro impermeável sob a região glútea e encaixar a comadre. Se houver presença de material fecal, remover com papel higiênico;
8. Irrigar com água a região pubiana e despejar sabonete líquido. Tracionar o prepúcio e iniciar a higiene pelo meato urinário, prepúcio, glândula, corpo do pênis, região escrotal e por última região anal. Enxaguar o local, retirar a comadre, o impermeável e secar a região. (os movimentos para a higiene do pênis devem ser únicos e circulares, trocando de gases a cada movimento);
9. Vestir o paciente;
10. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;
11. Deixar a unidade em ordem;
12. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
13. Lavar as mãos;
14. Anotar o procedimento realizado no prontuário eletrônico / ficha de atendimento do paciente, devendo conter:
 - data e hora do procedimento;

<ul style="list-style-type: none"> - motivo da higiene íntima; - aspecto do aparelho genital; - presença de secreção, edema, hiperemia, lesões, formações verrucosas; - intercorrências e providências adotadas; - nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 45	
COLOCAÇÃO E RETIRADA DA COMADRE NO PACIENTE ACAMADO			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		Oferecer ao paciente acamado condições para eliminações fisiológicas.	
Justificativa		Facilitar eliminações fisiológicas.	
Quando aplicar		Quando paciente restrito ao leito relatar necessidade de eliminações intestinais e vesicais.	
Executante:		Equipe de enfermagem e acompanhante.	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs: jaleco com mangas compridas, luvas, máscara, óculos e sapato fechado. comadre, papel higiênico, biombo, bacia com água morna, toalha de banho, sabonete, toalha de papel.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos;
2. Organizar o material a ser utilizado;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Proporcionar privacidade ao paciente;
5. Colocar luvas de procedimento;
6. Proteger o local onde a comadre ficar em contato com a pele do paciente;
7. Solicitar ao paciente para levantar o quadril;
8. Colocar a comadre sob o quadril;
9. Deixá-lo à vontade, pedir que o paciente avise ao terminar a eliminação fisiológica;
10. Entregar o papel higiênico e orientá-lo sobre a higiene íntima, caso o paciente não possa realizá-la o acompanhante e/ou a equipe de enfermagem deve realizar;
11. Retirar a comadre pedindo que o paciente levante o quadril;
12. Oferecer a bacia com água para o paciente lavar as mãos e papel toalha para secá-las;
13. Deixar o paciente em posição confortável;
14. Desprezar eliminações vesicais e/ou intestinais no vaso sanitário e puxar descarga;
15. Encaminhar o material para o expurgo;
16. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;
17. Deixar a unidade em ordem;
18. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
19. Lavar as mãos;

20. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico/ficha de atendimento descrevendo as características das eliminações intestinais e/ou vesicais, com o nome completo e Coren do profissional responsável pelo procedimento.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 46	
APLICAÇÃO DE CALOR E FRIO			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> Relaxar a musculatura através da vasodilatação, aliviar a dor, auxiliar no processo de drenagem de exsudato e cicatrização de feridas, aumentar o peristaltismo, favorecer o relaxamento e bem estar do paciente, auxiliar na reabsorção de edemas, diminuir a temperatura 	

	corporal, reduzir e controlar o sangramento, prevenir a formação de edema, anestesiá-la a parte afetada do corpo.
Justificativa	Propiciar benefícios terapêuticos por meio da vasodilatação ou vasoconstrição.
Quando aplicar	Conforme necessidade.
Executante:	Equipe de enfermagem.
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Bandeja, bolsa de borracha ou bolsa de gelo, toalha, jarro, compressas, bacia com água quente/gelada, impermeável e EPI (luvas de procedimento).	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> - Verificar a necessidade da aplicação do calor ou frio no local; - Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente; - Organizar o material necessário; - Promover a privacidade do paciente; - Lavar as mãos; - Colocar os EPIs. 	
APLICAÇÃO DE CALOR:	
<ul style="list-style-type: none"> - Verificar a temperatura da água a fim de evitar queimaduras na pele do paciente; - Colocar água quente na bolsa de borracha, fechar a bolsa testando para verificar se não há vazamento e secar a bolsa (ao utilizar compressas imergir dentro da água quente e retirar o excesso de água com auxílio das mãos para evitar molhar o paciente); - Envolver a bolsa com a toalha, não aplicar sem proteção sobre a pele do paciente (ao utilizar compressa aplicar sobre a região atentando para que não permaneça por muito tempo, preparar outra compressa para substituir a que 	

está sendo utilizado, realizar este procedimento por pelo menos 15 minutos sem interrompê-lo);

- Expor e aplicar sobre a região indicada;
- Enxugar a região com a toalha ao término do procedimento e deixar a unidade em ordem;
- Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
- Higienizar as mãos;
- Anotar o procedimento no prontuário eletrônico /ficha de atendimento com o nome completo e Coren do profissional responsável pelo procedimento.

APLICAÇÃO DE FRIO:

- Separar a bolsa de borracha enchê-la com água gelada ou com dois terços com gelo picado de modo que a mesma possa moldar-se ao corpo do paciente, fechar a bolsa testando para verificar se não há vazamento e secar a bolsa (Ao utilizar compressa colocar dentro da bacia com água fria e retirar o excesso);
- Expor a região em que será aplicada a compressa/bolsa, a qual deverá estar revestida com uma toalha (ao utilizar compressa aplicar sobre a região atentando para que não permaneça por muito tempo, preparar outra compressa para substituir a que está sendo utilizada a fim de evitar o aquecimento);
- Enxugar a região com a toalha ao término do procedimento e deixar a unidade em ordem;
- Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
- Higienizar as mãos;
- Anotar o procedimento no prontuário eletrônico/ficha de atendimento, com o nome completo e Coren do profissional responsável pelo procedimento.

RECOMENDAÇÕES

- O frio deve ser aplicado imediatamente após uma lesão para diminuir o edema;
- Aplicações de frio úmido são também indicadas na região frontal ou sobre os olhos para diminuir a congestão e a dor de cabeça;
- Controlar a temperatura do paciente a cada 15 minutos;
- Atentar para o aparecimento de tremores e queixas de queimação ou dormência, caso ocorram interromper imediatamente a aplicação;

- Observar frequentemente o local para sinais de intolerância tissular: palidez, coloração mosqueada, cianose, maceração e formação de bolhas.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 47
CURATIVO			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> ● Prestar cuidados no local onde ocorreu a lesão, visando proteger a ferida, evitar a contaminação. ● Promover a hemostasia, cicatrização e mantê-la limpa. 	
Justificativa		Reabilitação da integridade da pele.	

Quando aplicar	De acordo com a necessidade de cada lesão.
Executante:	Equipe de enfermagem.
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Gazes, kit curativo, solução fisiológica a 0,9%, agulha 40/12, fita adesiva, ataduras, saco plástico, EPIs (luvas de procedimento, máscara, jaleco), rayon, AGE, pomadas de acordo com a prescrição médica.	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Colocar os equipamentos de proteção necessários (jaleco, luvas de procedimento, máscara); 3. Proporcionar privacidade ao paciente; 4. Avaliar o tamanho e a localização da ferida e preparar o material; 5. Explicar o procedimento ao paciente e deixar em posição confortável; 6. Remover a fita adesiva como curativo se já existente, puxando paralelamente a pele, desprezando-o no saco plástico que posteriormente deve ser descartado no lixo infectante; 7. Promover hidratação para a retirada da cobertura primária com soro fisiológico aquecido; 8. Observar o leito da lesão, margens, presença de edema, hiperemia, calor, dor local, quantidade e aspecto de exsudato; 9. Abrir o kit curativo na técnica estéril bem como todos os demais materiais, perfurar o frasco de soro na parte superior do frasco com agulha 40/12 e protegê-la com fita adesiva ou colocar o adaptador para transferência de fluido, caso o frasco já esteja aberto desprezar o primeiro jato e observar a validade 24 horas após aberto; 10. Realizar a limpeza da lesão com auxílio das pinças no sentido do menos contaminado para o mais contaminado, utilizando as duas faces da gaze, repetir o procedimento quantas vezes forem necessárias; 11. Utilizar o jato de soro no tecido de granulação, pois a fricção com gazes neste tecido pode lesioná-lo, mantendo o leito da ferida sempre úmido; 	

12. Usar óleo à base de AGE na pele íntegra em torno da lesão;
13. Realizar a proteção da lesão com gazes nas incisões cirúrgicas e nas lesões abertas, utilizar rayon umedecidas com AGE/ pomadas conforme prescrição médica e em seguida colocar gazes;
14. Fixar com fita adesiva, se necessário utilizar atadura para fixação;
15. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;
16. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
17. Higienizar as mãos;
18. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
19. Identificar o curativo com data, hora, local e profissional que realizou e nos curativos grau II,
20. Anotar no prontuário eletrônico/ ficha de atendimento:
 - data e horário
 - o procedimento realizado, destacando as condições da ferida, local, dimensão, tipo de tecido, sinais e sintomas observados (presença de secreção, coloração, odor, quantidade, etc.);
 - relatar necessidade de desbridamento;
 - tipo de curativo (oclusivo, aberto, simples, compressivo, presença de dreno, etc.);
 - material prescrito e utilizado;
 - relatar o nível de dor do paciente ao procedimento, a fim de avaliar necessidade de analgesia prévia;
 - nome completo e Coren do responsável pelo procedimento;

RECOMENDAÇÕES:

- A responsabilidade pela avaliação e classificação das lesões deve ser realizada exclusivamente pelo profissional enfermeiro.
- Tratamento de lesão aberta, em que há grande área de tecido afetado nos aspectos de extensão, profundidade e exsudato (grau II), com a finalidade de promover cicatrização, evitar contaminação e/ou tratar infecção necessitando de cuidados mais complexos.

Conceitos Curativo Grau I

Tratamento de lesão aberta, caracterizada por pequena área de tecido afetado nos aspectos de extensão, profundidade e exsudato (grau i), com a finalidade de promover cicatrização, evitar contaminação e/ou tratar infecção realizada em serviços de saúde e no ambiente domiciliar.

Curativo Graull

Tratamento de lesão aberta, em que há grande área de tecido afetado nos aspectos de extensão, profundidade e exsudato (grau ii), com a finalidade de promover cicatrização, evitar contaminação e/ou tratar infecção. Necessitando de cuidados mais complexos, sendo realizado pela supervisão e orientação do enfermeiro.

Conceitos de Cicatrização

Cicatrização por primeira intenção: Caracteriza-se pela volta do tecido normal sem presença de infecção e as bordas do ferimento estão bem próximas. Podem ser usados sutura e material adesivo.

Cicatrização por Segunda Intenção: Ocorre quando não acontece a aproximação das superfícies com presença de prolongada infecção. Necessitando o processo de cicatrização de grande quantidade de tecido de granulação para fechar o ferimento.

Cicatrização por terceira intenção: Proceder quando é necessário ocorrer o fechamento secundário de uma ferida podendo ocorrer quando a ferida é aberta e suturada mais tarde ou é aberta por deiscência, ocorrendo inflamação que acontece em três fases vasculares (hiperemia local), exsudativa (seroso, purulento ou hemorrágico) e reparadora (formação de novas células).

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 48	
RETIRADA DE SUTURA			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> Retirar pontos por ocasião da sutura. 	
Justificativa		Favorecer a cicatrização das bordas e evitar infecção.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	

Executante:	Equipe de enfermagem.
<p>MATERIAIS NECESSÁRIOS</p> <p>Gazes, kit retirada de ponto, solução fisiológica a 0,9%, agulha 40/12, EPI (luva de procedimento).</p>	
<p>EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar a lavagem das mãos; 2. Conferir prescrição médica para realizar a retirada de ponto; 3. Proporcionar privacidade ao paciente; 4. Avaliar o tamanho e a localização da lesão; 5. Explicar o procedimento ao paciente; 6. Reunir os materiais necessários; 7. Colocar o equipamento de proteção individual; 8. Abrir o material e colocar uma gaze próxima a incisão, a fim de depositar os pontos retirados; 9. Retirar curativo quando estiver presente seguindo a técnica asséptica e observar o aspecto da ferida para os sinais de hiperemia, hemorragia, infecção , etc; 10. Proceder à limpeza da incisão cirúrgica com soro fisiológico 0,9%, se a lesão estiver limpa, deverá ser iniciada no sentido de dentro para fora (área menos contaminada), porém, na presença de exsudato purulento a limpeza deverá ser iniciada de fora para dentro (área menos contaminada para a mais contaminada); 11. Tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo com a tesoura e removê-lo; 12. Limpar novamente o local com soro fisiológico 0,9%; 13. Avaliar a necessidade de manter o curativo; 14. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde; 15. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde; 16. Higienizar as mãos 17. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável. 18. Registrar no prontuário eletrônico/ficha de atendimento . 	

- data e hora da realização do procedimento;
- local da ferida;
- aspecto da ferida (íntegra, presença de secreção, hiperemia, deiscência);
- intercorrência e/ou providências adotadas;
- nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP		POP N° 49
COLOCAR LUVA ESTÉRIL			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		Prevenir infecções hospitalares.	
Justificativa		Promover a segurança do paciente, garantindo o procedimento estéril.	
Quando aplicar		Durante procedimentos estéreis.	

Executante:	Equipe de enfermagem e equipe médica.
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Luvras estéreis.	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar correta lavagem das mãos; 2. Remover o envoltório externo das luvas, cuidando para não contaminá-las; 3. Enluvar primeiro a mão dominante, com a mão dominante enluvada, auxiliar a colocação da luva na mão não dominante, tendo o cuidado para não contaminar; 4. Retirar as luvas, após ter realizado procedimento conforme técnica: Segurar o exterior do punho com a mão enluvada, puxar a luva, colocar os dedos da mão desnuda por dentro do punho da outra luva e retirá-la; 5. Descartar conforme segregação de resíduos de serviços de saúde; 6. Deixar a unidade em ordem; 7. Lavar as mãos após o procedimento. 	

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP		POP N° 50
SONDAGEM NASOGÁSTRICA			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga:	

	Lucas Jheimes de Almeida
Objetivos do Procedimento	Drenar conteúdo gástrico para descompressão do estômago, realizar lavagem gástrica, administrar medicamentos e/ou alimentos e obter material para exame.
Justificativa	Promover a alimentação, drenagem, análise do conteúdo gástrico e administração de medicamentos.
Quando aplicar	De acordo com prescrição médica.
Executante:	Enfermeiro e médico.
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Bandeja, sonda nasogástrica (o tamanho da sonda nasogástrica deve ser proporcional ao paciente: 10, 12, 14, 16, 18), xilocaína gel sem vasoconstritor, seringa de 20ml, gases, estetoscópio, papel toalha, fita adesiva/micropore, EPI's (máscara, jaleco, luva de procedimento).	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferir a prescrição médica para passagem de sonda Nasogástrica; 2. Lavar as mãos; 3. Organizar o material na bandeja; 4. Explicar o procedimento ao paciente e familiar; 5. Promover a privacidade ao paciente; 6. Posicionar o paciente em posição Fowler alta, exceto em caso de contraindicação médica; 7. Colocar os EPIs (luvas de procedimento, jaleco e máscara); 8. Proteger o tórax do paciente com papel toalha; 9. Remover próteses dentárias e verificar a presença de outros conteúdos, se necessário aspirar cavidade oral antes de iniciar o procedimento e limpar as narinas com gaze; 	

10. Delimitar com a fita adesiva a extensão de introdução da sonda medindo do lóbulo da orelha até a base do nariz e do nariz até o apêndice xifóide;
11. Lubrificar a sonda com xilocaína gel aproximadamente 18 cm da ponta da sonda;
12. Solicitar ao paciente que mantenha o pescoço em ligeira flexão, inspire profundamente durante a introdução da sonda e que degluta diversas vezes facilitando a passagem da sonda pelo esôfago;
13. Introduzir a sonda lentamente até a altura delimitada;
14. Proceder ao teste para confirmar o local da sonda (colocar o estetoscópio sobre a região epigástrica e injetar rapidamente 20 ml de ar; se auscultar ruídos de cascata a sonda está no estomago; adaptar seringa à sonda e aspirar se estiver no estomago, retornará conteúdo gástrico).
15. Fixar a sonda no nariz com fita adesiva/micropore e deixá-la fechada ou conectá-la ao coletor, conforme prescrição médica;
16. Recolher o material e desprezá-lo conforme descarte de resíduos de serviço de saúde;
17. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
18. Higienizar as mãos;
19. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
20. Anotar no prontuário eletrônico/ficha de atendimento
 - data e horário de início e término;
 - o procedimento pertinente à passagem da sonda;
 - aspectos e condições da sonda;
 - volume administrado;
 - Intercorrência e providências adotadas;
 - queixas;
 - registrar a limpeza da sonda e o volume de água utilizada;
 - nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

RECOMENDAÇÕES:

Retirada da sonda Nasogástrica

1. Confirmar a prescrição quanto à retirada da sonda Nasogástrica;
2. Lavar as mãos;
3. Preparar o material para retirar a sonda (máscara, luvas de procedimento, papel toalha, gaze, bandeja);
4. Explicar o procedimento ao paciente e/ou responsável;
5. Promover a privacidade ao paciente;
6. Posicionar o paciente em posição Fowler alta, exceto em caso de contraindicação médica;
7. Colocar as luvas de procedimento e a máscara;
8. Proteger o tórax do paciente com papel toalha;
9. Retirar a fixação da sonda Nasogástrica;
10. Instruir o paciente a realizar uma respiração profunda e segurar;
11. Iniciar a retirada da sonda de modo lento e contínuo;
12. Proporcionar ao paciente material para higiene oral, se necessário;
13. Recolher o material e desprezá-lo conforme descarte de resíduos de serviço de saúde;
14. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
15. Higienizar as mãos
16. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
17. Registrar no prontuário eletrônico /ficha de atendimento o procedimento, com nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Cuidados com sonda Nasogástrica

- Se o objetivo da sonda for alimentação, está deverá permanecer no paciente no máximo por três dias, após este período deve ser substituída por sonda nasoenteral;
- Se o objetivo da sonda nasogástrica for drenagem adaptá-la ao sistema coletor; e trocá-la de 5 em 5 dias ou quando necessário

- A fixação da sonda deverá ser trocada a cada 24 horas ou de acordo com a necessidade, sendo feito rodízio no local da fixação para evitar lesões da pele, ao fixar não tracionar a narina;
- Manter decúbito elevado e comunicar alterações como: sinais de cianose, tosse e dispneia são indicativos de que a sonda está sendo direcionada para o trato respiratório, nesta situação retirar a sonda imediatamente.
- Quando abrir a sonda para algum procedimento, dobrá-la para evitar a entrada de ar;
- Após administrar a dieta e/ou medicação injetar 20 ml a 50 ml de água em adulto, e em criança conforme orientação médica, a fim de limpar a sonda e mantê-la permeável;
- A higiene nasal e oral deverá ser realizada de modo rigoroso em pacientes com sonda nasogástrica para evitar complicações como parotidites.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 51
SONDAGEM NASOENTÉRICA			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretario de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> ● Atender as necessidades metabólicas e nutricionais do cliente quantitativamente e qualitativamente. 	

	<ul style="list-style-type: none"> ● Prevenir a deteriorização do estado nutricional; ● Reduzir complicações decorrentes do jejum prolongado;
Justificativa	Contribui para permanência por longo período de dieta enteral.
Quando aplicar	De acordo com prescrição médica.
Executante:	Enfermeiro ou Médico
<p>MATERIAIS NECESSÁRIOS</p> <p>EPIs (luvas de procedimento, jaleco e máscara), esparadrapo, toalha de rosto ou papel toalha, caneta para marcar a sonda, seringa de 20 ml, estetoscópio, sonda específica feita de poliuretano e silicone, xilocaína 2% gel, Kit nutrição (se necessário) e dieta conforme a prescrição.</p>	
<p>EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar a prescrição médica para sondagem nasogástrica; 2. Lavar as mãos; 3. Organizar o material necessário; 4. Explicar o procedimento ao paciente/responsável; 5. Elevar a cabeceira em decúbito de fowler ou semi-fowler; 6. Medir a sonda do nariz ao lóbulo inferior da orelha e acrescentar 25 cm para que o posicionamento seja na 2^o ou 4^o porção do duodeno ou jejuno; 7. Colocar os EPIs; 8. Injetar solução líquida (soro fisiológico) na sonda sem retirar o fio-guia, para lubrificá-la, favorecendo a retirada do fio-guia após a passagem; 9. Iniciar a sondagem por uma das narinas; 10. Orientar o cliente a respirar pela boca, facilitando a introdução da sonda; 11. Observar possíveis sinais de cianose ou desconforto; se houver, retirar a sonda; 	

12. Colocar o paciente em decúbito lateral direito para favorecer a peristalse gástrica, o que ajudará na progressão da sonda até próximo à válvula pilórica;
13. Verificar se a sonda está locada no estômago, realizando os testes já abordados com atenção na ausculta que deverá ser realizada na altura umbilical;
14. Fechar a sonda;
15. Fixar a sonda sem causar desconforto visual;
16. Retirar EPI's;
17. Higienizar as mãos;
18. O médico ou enfermeiro deve solicitar um Raio-X abdominal para verificar o posicionamento da sonda;
19. Checar na prescrição médica e anotar na ficha de atendimento /prontuário eletrônico;
20. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
21. Registrar no prontuário eletrônico /ficha de atendimento/
 - o procedimento pertinente à passagem da sonda;
 - presença de náuseas/vômitos;
 - distensão abdominal;
 - queixas;
 - intercorrências e providências adotadas;
 - nome completo e Coren do Profissional responsável pelo procedimento.

Retirada da sonda Nasogástrica

1. Confirmar a prescrição quanto à retirada da sonda Nasogástrica;
2. Lavar as mãos;
3. Preparar o material para retirar a sonda (máscara, luvas de procedimento, papel toalha, gaze, bandeja);
4. Explicar o procedimento ao paciente e/ou responsável;
5. Promover a privacidade ao paciente;
6. Posicionar o paciente em posição Fowler alta, exceto em caso de contraindicação médica;
7. Colocar as luvas de procedimento e a máscara;

8. Proteger o tórax do paciente com papel toalha;
9. Retirar a fixação da sonda nasogástrica;
10. Instruir o paciente a realizar uma respiração profunda e segurar;
11. Iniciar a retirada da sonda de modo lento e contínuo com o auxílio de gaze;
12. Proporcionar ao paciente material para higiene oral, se necessário;
13. Proceder à limpeza das narinas com auxílio de cotonete ou gaze;
14. Recolher o material e desprezá-lo conforme descarte de resíduos de serviço de saúde;
15. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
16. Higienizar as mãos
17. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
18. Registrar no prontuário eletrônico/ficha de atendimento:
 - o procedimento;
 - motivo;
 - reação do cliente;
 - intercorrências e providências adotadas;
 - nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 52
LAVAGEM GÁSTRICA			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga:	

	Lucas Jheimes de Almeida
Objetivos do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar lavagem gástrica.
Justificativa	Contribui para reduzir hemorragia gástrica e desintoxicação por ingestão de substâncias tóxicas.
Quando aplicar	De acordo com prescrição medica.
Executante:	Enfermeiro ou Médico
<p>MATERIAIS NECESSÁRIOS</p> <p>EPIs (luvas de procedimento, jaleco e máscara), frasco vazio de soro, esparadrapo, seringa de 20 ml, estetoscópio, sonda nasogástrica de grosso calibre (proporcional), xilocaína 2% gel, medicação e/ou solução conforme prescrição médica, gazes.</p>	
<p>EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar a prescrição médica para lavagem nasogástrica; 2. Lavar as mãos; 3. Organizar o material necessário; 4. Explicar o procedimento ao paciente/responsável; 5. Colocar os EPIs; 6. Passar a sonda nasogástrica, conforme POP específico; 7. Introduzir a medicação ou solução prescrita, aguardar para drenar conforme a prescrição; 8. Conectar o frasco de soro vazio na extremidade da sonda; 9. Repetir o procedimento seguindo à prescrição médica; 10. Recolher o material e descartar conforme segregação de resíduos; 11. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde; 12. Higienizar as mãos; 13. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável; 14. Registrar no prontuário eletrônico /ficha de atendimento: 	

- o procedimento pertinente à passagem da sonda;
- quantidade infundida;
- presença de náuseas/vômitos;
- distensão abdominal;
- quantidade e aspecto do material coletado
- nome completo e Coren do Profissional responsável pelo procedimento.

RECOMENDAÇÕES:

A indicação da descontaminação gastrointestinal depende da substância ingerida, do tempo decorrido da ingestão, dos sintomas apresentados e do potencial de gravidade do caso, portanto recomenda-se avaliação criteriosa do nível de consciência do paciente, antes de iniciar o procedimento e sempre considerar intubação orotraqueal, caso julgar necessário, para proteção de vias aéreas.

Os benefícios maiores desse procedimento estão nas seguintes situações:

- Na ausência de fatores de risco para complicações, como torpor e sonolência;
- Na ingestão de quantidades potencialmente tóxicas da(s) substância(s);
- Nas ingestões recentes, isto é, até 1 a 2 horas da exposição.

LAVAGEM GÁSTRICA

É contraindicada na ingestão de cáusticos, solventes e quando há risco de perfuração e sangramentos. Evitar a infusão de volumes superiores aos indicados, pois pode facilitar a passagem da substância ingerida pelo piloro e aumentar a absorção do agente tóxico.

Deve-se utilizar sonda de grande calibre, adultos de 18 a 22 e crianças de 10 a 14, mantendo o paciente em decúbito lateral esquerdo para facilitar a retirada do agente tóxico, e diminuir a velocidade do esvaziamento gástrico para o intestino.

- Infundir e retirar sucessivamente o volume de SF 0,9% recomendado de acordo com a faixa etária, até completar o volume total recomendado ou até que se obtenha retorno límpido, da seguinte maneira :

Crianças : 10 mL/Kg por infusão até volume total de:

Escolares: 4 a 5 L.

Lactentes: 2 a 3 L.

RN: 0,5 L.

Adultos: 250 mL por vez até um volume total de 6 a 8 L ou até que retorne límpido.

CARVÃO ATIVADO (CA)

É um pó obtido da pirólise de material orgânico, com partículas porosas com alto poder adsorvente do agente tóxico, que previne a sua absorção pelo organismo.

Geralmente, é utilizado após a LG, mas pode ser utilizado como medida única de descontaminação GI. Nestes casos, a administração pode ser por via oral sem necessidade da passagem de sonda nasogástrica.

Na maioria das vezes deverá ser utilizado em dose única, porém pode ser administrado em doses múltiplas como medida de eliminação, em exposições a agentes de ação prolongada ou com circulação entero hepática, como o fenobarbital, carbamazepina, dapsona, clorpropamida, dentre outros.

As formas de administração estão descritas a seguir:

• Dose Única:

Crianças: 1 g/kg, em uma suspensão com água ou SF 0,9% na proporção de 4-8 mL/g.

Adultos: 50 g em 250 mL de água ou SF 0,9%.

CONTRA INDICAÇÕES DA UTILIZAÇÃO DO CARVÃO ATIVADO:

- RN, gestantes ou pacientes muito debilitados, cirurgia abdominal recente, administração de antídotos por VO.
- Pacientes que ingeriram cáusticos ou solventes ou que estão com obstrução intestinal.
- Pacientes intoxicados com substâncias que não são efetivamente adsorvidas pelo carvão, como os ácidos, álcalis, álcoois, cianeto e metais como lítio, ferro, entre outros.

COMPLICAÇÕES QUE PODEM OCORRER COM O USO DO CA:

- Constipação e impactação intestinal, principalmente quando utilizado em doses múltiplas.

- Broncoaspiração, especialmente, quando realizado em pacientes torporosos, sem a proteção da via aérea

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP	POP N° 53	
LAVAGEM INTESTINAL (ENEMA)			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.		
Aprovado por:	Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida		
Objetivos do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar alívio da constipação, distensão abdominal e eliminação de fezes. 		
Justificativa	Aliviar a distensão abdominal, constipação intestinal e flatulências.		
Quando aplicar	De acordo com prescrição médica.		
Executante:	Equipe de enfermagem.		
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
Sonda retal N° 22 ao 26, xilocaína gel (anestésico e lubrificante), forro impermeável, solução prescrita, suporte de soro, comadre, cuba-rim, saco para			

lixo, equipo, biombo, papel higiênico, gazes, esparadrapo, EPIs (luva de procedimento, óculos de proteção, máscara, jaleco).

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Confirmar a prescrição médica do procedimento;
2. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente;
3. Lavar as mãos;
4. Organizar o material necessário;
5. Colocar os EPIs;
6. Promover a privacidade do paciente;
7. Colocar o forro impermeável sob as nádegas do paciente, protegendo a cama;
8. Conectar a sonda retal no equipo da solução prescrita, preencher a sonda com o líquido e fechar o clamp;
9. Deixar o suporte do soro a uma altura de aproximadamente 50 cm do tórax do paciente;
10. Auxiliar o paciente a ficar em decúbito lateral esquerdo, posição de SIMS e mantê-lo protegido;
11. Afastar os glúteos com a mão não dominante protegida com gaze;
12. Lubrificar a ponta da sonda (cerca de cinco cm) com xilocaína gel;
13. Separar a prega interglútea com gazes, expondo a região anal;
14. Orientar o paciente para respirar profundamente e introduzir lentamente a sonda no reto, cerca de 8 a 10 cm;
15. Infundir o conteúdo lentamente observando a reação do paciente;
16. Solicitar para o paciente contrair o esfíncter anal a fim de reter o conteúdo por maior tempo possível;
17. Retirar a sonda;
18. Oferecer a comadre ou acompanhe o paciente ao sanitário;
19. Observar o aspecto das eliminações;
20. Proceder ou orientar a higiene;
21. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
22. Higienizar as mãos

23. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;

24. Registrar no prontuário eletrônico/ficha de atendimento o nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

RECOMENDAÇÕES

- Em casos de Fleet enema seguir os mesmos passos citados acima desde confirmar a prescrição médica do procedimento até colocar o forro impermeável sob as nádegas do paciente, protegendo a cama;
- Antes de usar, retire a capa protetora da cânula retal;
- Auxiliar o paciente a ficar em decúbito lateral esquerdo, posição de SIMS e mantê-lo protegido;
- Afastar os glúteos com a mão não dominante protegida com gaze;
- Inserir suavemente a cânula no reto, como se a ponta fosse em direção ao umbigo;
- Não force a inserção da cânula no reto – isto pode causar um ferimento;
- Comprima o frasco até o líquido ser expelido. Não é preciso esvaziar completamente o frasco, pois ele contém uma quantidade acima do necessário;
- Após a aplicação mantenha a posição até sentir forte vontade de evacuar (geralmente dentro de 2 a 5 minutos);
- Solicitar para o paciente contrair o esfíncter anal a fim de reter o conteúdo por maior tempo possível;
- Oferecer a comadre ou acompanhe o paciente ao sanitário;
- Observar o aspecto das eliminações;
- Proceder ou orientar a higiene;
- Recolher o material e descartar conforme segregação de resíduos;
- Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
- Higienizar as mãos;
- Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
- Registrar no prontuário eletrônico /ficha de atendimento, nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 54	
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO E MASCULINO E CISTOSTOMIA SUPRAPÚBICA			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Obter amostra de diurese, livre de contaminação (cateter de alívio); Evitar a distensão da bexiga, aliviar a retenção urinária crônica ou aguda e controlar débito urinário. 	
Justificativa		Promover eliminação vesical e obter material para exame.	
Quando aplicar		De acordo com prescrição médica.	
Executante:		Enfermeiro, Médico	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
Kit de cateterismo vesical(cuba rim, cúpula, gases, campo fenestrado, pinça cheron),seringa de 10 e 20 ml, água destilada, lubrificante xilocaína gel 2%, agulha 40x12, antisséptico, clorexidina degermante e tópica, luvas estéreis,			

saco para lixo contaminado, adesivo, cateter vesical compatível com idade e indicação, coletor sistema fechado, material para lavagem externa (jarra e/ou bacia com água morna, comadre, sabonete líquido, toalhas ou compressas para higiene íntima) impermeável e EPIs (luvas de procedimento, jaleco, e máscara), biombo e foco de luz, saco plástico.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Confirmar a prescrição médica do procedimento;
2. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente;
3. Organizar o material necessário;
4. Promover a privacidade do paciente;
5. Higienizar as mãos;
6. Colocar os EPIs ;
7. Proceder à higiene íntima, se necessário, conforme POP específico ou orientar ao paciente para que realize;
8. Colocar o impermeável sob a região glútea do paciente;
9. Retirar as luvas de procedimento e desprezá-la, conforme descarte de resíduos de serviço de saúde;
10. Higienizar as mãos;
11. Posicionar o paciente do sexo feminino em posição ginecológica. (com os joelhos flexionados, pés apoiados sobre a cama e as pernas afastadas), expondo somente os genitais;
12. Posicionar o paciente do sexo masculino em decúbito dorsal horizontal;
13. Abrir o pacote e dispor os materiais estéreis (cateter, coletor, sistema fechado, gaze, agulha, seringas, campo fenestrado) abertos na lateral e sobre a gaze a solução de xilocaína gel a 2 %, dispensar o antisséptico na cuba rim;
14. Colocar as luvas estéreis;
15. Conectar a seringa na agulha e solicitar auxílio para um componente da equipe e aspirar à água destilada, com seringa de 10 ml sem a contaminação da mesma;
16. Realizar a testagem do balão insuflado com a seringa 10 ml de ar;

17. Conectar a sonda vesical ao coletor sistema fechado e fechar as presilhas de drenagem da bolsa coletora;

18. Dobrar as gazes em quatro dispondo-as na cúpula;

19. Proceder à antissepsia com as gazes montada em pinça Cheron umedecidas na solução antisséptica;

SVD FEMININA:

a) Realizar a antissepsia no sexo feminino com gazes com movimento firme e único nos grandes lábios, do lado mais distante, de cima para baixo, no sentido anteroposterior (clitóris e ânus) desprezando as gazes no saco plástico, fazendo o mesmo procedimento com o outro lado;

b) Afastar os grandes lábios com a mão esquerda, utilizando o dedo polegar e indicador e proceder do mesmo modo a antissepsia dos pequenos lábios;

c) Realizar a antissepsia do meato uretral, com movimento único no sentido anteroposterior;

d) Colocar o campo fenestrado;

e) Lubrificar a sonda com a gaze contendo o anestésico;

f) Pedir para relaxar a musculatura do quadril e introduzir a sonda no meato uretral lentamente até ocorrer retorno da urina;

g) Em seguida para insuflar o balonete com 10 ml água destilada ou de acordo com o número da sonda;

h) Testar se a sonda está fixa, puxar delicadamente, até apresentar resistência, retirar o campo;

i) Fixar a sonda com fita adesiva/ esparadrapo na extensão do coletor na região interna da coxa, sem tracionar, posicionando a bolsa coletora adequadamente;

SVD MASCULINA:

a) Iniciar a antissepsia da região genital no sexo masculino: segurar o pênis com a mão não dominante protegida com gaze estéril, afastar o prepúcio e proceder a antissepsia do meato urinário para o corpo do pênis, utilizar

movimento único com uma nova gaze por vez, desprezando as mesmas no saco plástico;

- b) Colocar o campo fenestrado;
- c) Injetar lentamente o lubrificante na uretra, ocluindo por 2 a 3 minutos o meato urinário a fim de não ocorrer o retorno da solução;
- d) Introduzir a sonda, cuidadosamente até sua bifurcação e drenagem da diurese;
- e) Constatar o retorno da diurese e após injetar água destilada para insuflar o balonete;
- f) Retirar o campo fenestrado;
- g) Certificar que a sonda está na bexiga, tracionando-a delicadamente até obter resistência;
- h) Reposicionar o prepúcio recobrando a glândula quando não for circuncidado;
- i) Proceder a fixação da sonda na região superior da coxa ou na região supra púbica com o pênis direcionado ao tórax sem tracionar;

20. Desprezar após o término do procedimento, o material conforme descarte de resíduos de serviço de saúde;

21. Encaminhar os demais instrumentais para o expurgo;

22. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;

23. Deixar a unidade em ordem;

24. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;

25. Higienizar as mãos;

26. Checar a prescrição médica, anotar na bolsa coletora a data do procedimento, horário, nº da sonda, quantos ml de água que foi infundido no balonete nome completo e Coren do profissional responsável;

27. Fazer a anotação de enfermagem no prontuário eletrônico/ficha de atendimento :

- data e horário da execução do procedimento;
- quantidade e característica da diurese drenada;
- volume da água destilada injetada no balonete;

- intercorrências (se houver);
- nome completo e Coren do responsável pelo procedimento;

RETIRADA DA Sonda:

1. Verificar a prescrição médica sobre a retirada da sonda;
2. Higienizar as mãos;
3. Reunir o material necessário e o equipamento de proteção individual (luvas de procedimento, gases, chumaço, seringa de 20 ml);
4. Explicar o procedimento realizado ao paciente, colocando biombo ao redor do leito;
5. Colocar as luvas de procedimento;
6. Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com os membros inferiores estendidos (sexo masculino) e em abdução (sexo feminino);
7. Expor a região genital e colocar um chumaço sob a região;
8. Clampear a extensão do sistema de drenagem, retirando a fixação da sonda;
9. Conectar a seringa na via do balonete da sonda e aspirar à água destilada até desinsulfá-lo;
10. Informar o paciente o momento da retirada da sonda, retirando-a de modo lento e contínuo;
11. Colocar o paciente em posição confortável;
12. Encaminhar o material ao expurgo e desprezá-lo, conforme descarte de resíduos de serviço de saúde;
13. Deixar a unidade em ordem;
14. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
15. Higienizar as mãos;
16. Proceder a anotação de enfermagem no prontuário eletrônico /ficha de atendimento, com as seguintes informações:
 - hora da retirada da sonda;
 - cooperação do paciente;
 - intercorrências e medidas adotadas;
 - nome completo e Coren do profissional responsável pelo procedimento;

CISTOSTOMIA SUPRAPÚBICA

- Proceder com as mesmas condutas do cateterismo citado acima, exceto a introdução de xilocaína no orifício em ambos os sexos devendo ser lubrificada a sonda com a gaze contendo o anestésico; porém a sonda vesical de demora é colocada no orifício da região suprapúbica;

RECOMENDAÇÕES:

- Em pacientes acamados, com sonda vesical, deve-se realizar a higiene íntima após cada evacuação;
- Sondas utilizadas para cateterismo vesical: mulher -12; 14, 16, homem 16; 18; 20; 22, criança de 4 a 10;
- Observar e anotar o volume da diurese, cor e o aspecto;
- O sistema de drenagem deve ser fechado obrigatoriamente toda a vez que for manipulado, o mesmo não deve ser aberto para realizar coleta de exames;
- Indicações para troca da sonda e do sistema coletor são as seguintes: obstrução, presença de resíduos no sistema, diurese com aspecto purulento, febre de origem não determinada, desconexão acidental ou ruptura, contaminação do sistema por técnica inapropriada na instalação e manuseio;
- Alternar fixação diariamente da sonda a fim de evitar lesões;
- Realizar exercício/fisioterapia vesical 24 horas antes de retirar a sonda; 2/2 horas, fechar o clamp ou de acordo com a necessidade;
- Observar se acontece micção espontânea após a retirada da sonda;
- Os coletores de diurese devem ser esvaziados a cada 6 horas e jamais devem ser posicionados em um nível acima da região púbica;
- Retirada da sonda vesical de demora reduz a incidência de infecção urinária;
- Em pacientes idosos, com hiperplasia prostática, necessita-se de uma sondagem lenta e cuidadosa para evitar sangramentos;
- O prepúcio não poderá retomar a posição anatômica até que a sonda seja introduzida;
- Fazer a higiene íntima com água e sabão pelo menos uma vez ao dia;
- Não realizar lavagem da sonda vesical sem orientação médica.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 55	
TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> Prevenir infecções, evitar o extravasamento de fezes, diurese e manter a integridade da pele. 	
Justificativa		Proporcionar conforto ao paciente.	
Quando aplicar		Conforme prescrição médica.	
Executante:		Enfermagem	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
Placa e bolsa de colostomia/ bolsa de vesicostomia, gazes, papel toalha, soro fisiológico, EPIs (máscara, luvas de procedimento, jaleco).			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			
1. Realizar a troca a cada sete dias/conforme necessidade ou indicação médica;			

2. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
3. Lavar as mãos;
4. Organizar o material necessário;
5. Colocar os EPIs;
6. Promover a privacidade do paciente e deixá-lo em posição confortável, expondo apenas a região a ser limpa, proteger a cama/maca com papel toalha;
7. Retirar a bolsa coletora, observando o aspecto do material (cor, quantidade, consistência, odor), e desprezar no vaso sanitário;
8. Limpar o estoma com soro fisiológico 0,9% observando as condições da pele, mucosa e secar o local;
9. Utilizar gazes umedecidas em soro fisiológico sobre o estoma para evitar drenagem de urina e fezes;
10. Medir o estoma com a escala, traçar molde no verso da placa e recortar;
11. Friccionar a placa entre a palma das mãos;
12. Retirar o adesivo da placa e colar centralizando sobre o estoma;
13. Adaptar a bolsa coletora, ajustando sua abertura ao estoma, suavemente pressionando contra a parede abdominal e colocar o clamp no dispositivo fechando-o;
14. Deixar o paciente confortável;
15. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;
16. Deixar a unidade em ordem;
17. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
18. Higienizar as mãos;
19. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico /ficha de atendimento/, com nome completo e Coren do profissional responsável.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP	POP N° 56	
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Manter vias aéreas pérvias, retirar secreções do trato respiratório e da cavidade bucal, prevenir e auxiliar no tratamento de infecções respiratórias. 	
Justificativa		Manter perviedade das vias aéreas a fim de facilitar a troca gasosa.	
Quando aplicar		De acordo com necessidade do paciente e da ausculta pulmonar; Possibilidade de broncoaspiração.	
Executante:		Enfermeiro, técnico de enfermagem e médico.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
Aspirador portátil ou a vácuo, frasco coletor e extensão, sonda de aspiração (nº de 8 a 20 de acordo com o tamanho da via aérea do paciente), ampola de água			

destilada ou soro fisiológico 0,9%, papel toalha, gazes, ambu, seringa de 5 ml, EPIs (máscara, óculos, luva estéril e de procedimento, avental).

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Confirmar a prescrição médica do procedimento;
2. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente se este apresentar escala de Coma de Glasgow acima de 8;
3. Lavar as mãos;
4. Organizar o material necessário;
5. Promover a privacidade do paciente;
6. Colocar o paciente na posição de Fowler (45°) ou semi-Fowler se não houver contraindicação; a fim de promover o conforto, oxigenação reduzindo o esforço para ventilação , prevenir vômitos e aspiração.
7. Instalar oxímetro de pulso,
8. Colocar os EPIs;
9. Abrir a embalagem da sonda de aspiração sem contaminar e conectá-la na extensão;
10. Manter a sonda de aspiração na embalagem estéril;
11. Abrir o frasco de água destilada;
12. Colocar luva estéril;
13. Segurar a sonda com a mão dominante e umedecê-lo com água destilada;
14. Medir a distância do lóbulo da orelha até a narina;
15. Ligar o aspirador com a mão não dominante;
16. Introduzir a sonda clampeada em uma das narinas e em seguida aspire retirando a sonda, por no máximo 15 segundos, repetir este mesmo procedimento na cavidade oral em direção à traquéia para aspirar;
17. Proporcionar dois a três minutos de descanso, enquanto o paciente respira oxigênio ou utilizar ressuscitador manual ligado ao oxigênio; observando sempre sinais de angústia respiratória;
18. Lavar a sonda no frasco de solução salina de acordo com necessidade;
19. Desligar o aspirador e desconectar a sonda da extensão;
20. Retirar as luvas envolvendo a sonda em seu interior e descartá-las;

21. Deixar a extremidade da extensão protegida;
22. Remova o material e os EPIs desprezando conforme descarte de resíduos de serviço de saúde;
23. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
24. Lavar as mãos;
25. Anotar no prontuário eletrônico /ficha de atendimento:
 - data horário;
 - o procedimento realizado destacando o aspecto e quantidade da secreção;
 - motivo;
 - localização (VAS, traqueostomia ou tubo endotraqueal)
 - possíveis intercorrências e providências adotadas;
 - nome completo e Coren do profissional responsável pelo procedimento.

RECOMENDAÇÕES

- Realizar a ausculta pulmonar antes e após o procedimento, a fim de avaliar os ruídos adventícios (roncos e estertores).
- Aspiração nasofaríngea: em adultos introduzir a sonda cerca de 16 cm, em crianças com mais idade 8 a 12 cm, em lactentes e crianças pequenas de 4 a 8 cm, a regra prática consiste em mensurar a sonda da ponta do nariz à base da orelha.
- Aspiração nasotraqueal: em adultos introduzir a sonda cerca de 20 cm e em crianças com mais idade de 14 a 20 cm e em lactentes crianças pequenas de 8 a 14 cm.

OBSERVAÇÕES

- Conforme a resolução COFEN 557/2017, o profissional técnico de enfermagem realizará a aspiração de vias aéreas de pacientes não críticos após avaliação e prescrição do enfermeiro ou em casos de emergência.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 57	
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOTOMIA			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> Manter vias aéreas pérvias, retirar secreções do trato respiratório, prevenir e auxiliar no tratamento de infecções respiratórias, evitar formação de rolhas. 	
Justificativa		Manter perviedade das vias aéreas a fim de facilitar a troca gasosa.	
Quando aplicar		De acordo com a necessidade do paciente.	
Executante:		Enfermeiro, técnico de enfermagem e médico.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
Aspirador portátil ou a vácuo, frasco coletor e extensão, sonda de aspiração (nº de nº12 a 14 para adultos e de nº 8 a 10 para crianças), ampola de água destilada ou soro fisiológico 0,9%, papel toalha, gaze, seringa de 10 ml, EPIs (máscara, óculos, luva estéril e de procedimento, avental, gorro)			

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Confirmar a prescrição médica do procedimento;
2. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
3. Lavar as mãos;
4. Organizar o material necessário;
5. Promover a privacidade do paciente;
6. Colocar os EPIs;
7. Posicionar o paciente em semi-fowler ou Fowler se não houver contra-indicação;
8. Instalar oxímetro de pulso;
9. Colocar os EPIs;
10. Abrir a embalagem da sonda de aspiração sem contaminar e conectá-la na extensão;
11. Manter a sonda na embalagem estéril;
12. Abrir o frasco de água destilada;
13. Ligar o aspirador;
14. Colocar a luva estéril e com a outra mão não dominante desconectar a cânula de traqueostomia e protegê-la com gazes estéreis em seguida com a mão dominante introduzir a sonda na traqueostomia com o extensor do sistema de aspiração pinçado, introduzindo até sentir resistência ou o paciente tossir, neste momento recuar 1 cm;
15. Despinçar o extensor do sistema aspirando as secreções com movimentos suaves, circulares e regulares, não excedendo cada período de aspiração por mais de 15 segundos, para não provocar hipóxia.
16. Deverá após ter realizado o procedimento realizar a lavagem do sistema de aspiração com água destilada e desligar o aspirador;
17. Limpar ao redor do estoma com gazes umedecidas em soro fisiológico, retirando toda a secreção;
18. Colocar uma gaze seca dobrada ao redor do óstio da traqueotomia;
19. Proceder a limpeza da cânula e da endocânula com soro fisiológico e recolocar no paciente;
20. Realizar a ausculta pulmonar pelo profissional enfermeiro antes e após o procedimento, a fim de avaliar os ruídos adventícios (roncos);

21. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;
22. Deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
23. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
24. Higienizar as mãos;
25. Realizar as anotações da enfermagem no prontuário eletrônico /ficha de atendimento:
 - data horário;
 - o procedimento realizado destacando o aspecto e quantidade da secreção;
 - motivo;
 - localização (VAS, traqueostomia ou tubo endotraqueal)
 - na traqueostomia, anotar o tipo e numero da cânula e as condições da pele;
 - registrar a necessidade de troca e limpeza da endocânula de traqueostomia;
 - possíveis intercorrências e providências adotadas;
 - nome completo e Coren do profissional responsável pelo procedimento.

OBSERVAÇÕES

- Conforme a resolução COFEN 557/2017, o profissional técnico de enfermagem realizará a aspiração de vias aéreas de pacientes não críticos após avaliação e prescrição do enfermeiro ou em casos de emergência.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 58
REALIZAÇÃO DO ECG – ELETROCARDIOGRAMA			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026

Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.
Aprovado por:	Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida
Objetivos do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar derivações para evolução clínica, diagnóstico.
Justificativa	Obter parâmetros cardíacos, a fim de identificar patologias ou alterações cardíacas.
Quando aplicar	Conforme prescrição médica.
Executante:	Equipe de enfermagem.
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Eletrodos, braçadeiras caneta, estetoscópio e esfigmomanômetro, gel, álcool a 70%, gazes, prestobarbas EPI 's (luvas se houver a necessidade de proceder a depilação do tórax e jalecos)	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente; 2. Organizar o material necessário; 3. Promover a privacidade do paciente; 4. Lavar as mãos; 5. Conferir a prescrição médica; 6. Verificar a Pressão Arterial; 7. Preencher os dados do paciente, conforme documento apresentado, pressão arterial, médico solicitante, queixas e demais itens que se encontram no caderno de registro do eletrocardiograma; 8. Solicitar ao paciente para retirar a blusa, calçado e todos os adornos de metais; 9. Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com braços e pernas esticados; 	

10. Ligar o computador e clicar no ícone TEB preenchendo os campos, conforme a solicitação do programa;
11. Friccionar com gazes e álcool a região onde serão colocados os eletrodos e as braçadeiras passando uma pequena quantidade de gel na parte metálica a fim de facilitar a fixação; Caso necessário aparar os pêlos colocar as luvas de procedimentos, realizar a tricotomia nos locais do tórax que serão colocados os eletrodos a fim de evitar interferências; em seguida retirar as luvas, após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde, higienizar as mãos.
12. Pôr as braçadeiras nos membros, para as derivações periféricas, seguindo a seguinte sequência: cabo vermelho no braço direito, cabo amarelo braço esquerdo, cabo verde perna esquerda, cabo preto em perna direita;
13. Colocar os eletrodos no tórax para as derivações precordiais da seguinte maneira:
 - V1 no 4º espaço intercostal na borda direita do esterno;
 - V2 no 4º espaço intercostal na borda esquerda do esterno;
 - V3 no meio do espaço entre V2 e V4;
 - V4 no 5º espaço intercostal na linha clavicular média;
 - V5 na linha axilar anterior esquerda no nível de V4;
 - V6 na linha axilar média esquerda no nível de V4;
14. Proceder a realização do ECG conforme o programa, em seguida salvar o exame e enviar à Call EGG <https://www.callecg.com.br/sistema/index.php/admin/login> seguindo os seguintes passos: clicar no link **Acessar Sistema**, conforme login e senha do funcionário localizado na parte superior direita da tela preencher os campos com as suas credenciais e clicar em **Acessar**, clicar no botão verde **Adicionar Exame** informando os seguintes dados: CPF, Nome completo, data de nascimento, sexo, telefone, se utiliza marcapasso, endereço, exame, Unidade, prioridade, sintomas e medicamentos, assinalar os campos caso haja comorbidades. Clicar no botão azul **Adicionar Arquivo** para anexar o exame do paciente e então clicar no botão verde **enviar exame**

15. Retirar as braçadeiras e eletrodos de metal procedendo a desinfecção dos mesmos com gazes umedecidas em álcool 70%, ao utilizar os eletrodos descartáveis desprezá-los conforme descarte de resíduos de serviço de saúde juntamente com as gazes utilizadas na desinfecção/tricotomia;
16. Higienizar as mãos;
17. Orientar o paciente para vestir as suas vestes, colocar seus pertences e aguardar o resultado do exame;
18. Passar para avaliação médica quando o resultado do exame apresentar alterações ou quando o paciente estiver com sinais e sintomas de dor e com sinais vitais alterados.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 59
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS – SANGUE			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Proceder à coleta de sangue através da introdução de um cateter num vaso sanguíneo venoso periférico. 	

Justificativa	Realizar coleta de material para exames visando auxiliar no diagnóstico.
Quando aplicar	De acordo com prescrição médica.
Executante:	Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPI (Luvas de procedimento), álcool a 70%, bandeja, algodão, esparadrapo ou micropore, agulha, seringa, tubos plásticos conforme a especificidade da coleta, etiqueta para identificação, garrote, recipiente rígido para descartar pérfurocortante, caixa térmica para transporte.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Verificar quais os exames solicitados e separar os devidos tubos de coleta; conforme orientação do laboratório;
2. Higienizar as mãos;
3. Preparar a bandeja com material necessário;
4. Explicar o procedimento ao paciente e aos familiares;
5. Deixar o paciente em posição confortável e adequada;
6. Avaliar o local adequado para punção, iniciar a seleção da parte distal para proximal de membros superiores;
7. Colocar as luvas de procedimentos;
8. Garrotear o local acima do local escolhido para puncionar;
9. Proceder a antissepsia da pele friccionando o algodão com álcool 70% virando a face do algodão e trocando o mesmo três vezes, ou conforme necessidade, no sentido do retorno venoso;
10. Realizar a punção com o bisel da agulha para cima;
11. Observar o retorno sanguíneo e aspirar à quantidade de sangue necessário conforme a finalidade. Enquanto realiza a coleta o local deve permanecer garroteado para facilitar o retorno do sangue. Retirá-lo somente quando finalizar a amostra;
12. Proteger o local puncionado colocando algodão seco;

13. Dispensar o sangue nos tubos já identificados com o nome completo do paciente, endereço, data de nascimento, data e hora da coleta, respeitando rigorosamente a quantidade de sangue e especificidade de cada tubo, conforme orientações do laboratório;
14. Pôr o material coletado dentro da caixa térmica higienizada e ambientalizada a mesma com uma temperatura de 2° a 8 ° C para posteriormente encaminhar ao laboratório juntamente com a requisição do exame.
15. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;
16. Deixar a unidade em ordem;
17. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
18. Higienizar as mãos.

RECOMENDAÇÕES

- A pressão do torniquete não deve ser mantida mais que 60 segundos, porque produz aumentos na concentração de células sanguíneas;
Colocar o sangue contido na seringa de maneira cuidadosa nos tubos próprios, deixando escorrer suavemente pela parede interna do tubo.

Secretaria de Saúde de Guamiranga		Procedimento Operacional Padrão-POP		POP N° 60
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS – URINA				
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão:06/2026	
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.		

Aprovado por:	Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida
Objetivos do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Obter material para exames laboratorial.
Justificativa	Realizar coleta de material para exames visando auxiliar no diagnóstico.
Quando aplicar	De acordo com prescrição médica.
Executante:	Equipe de enfermagem.
MATERIAIS NECESSÁRIOS	
EPI (Luvas de procedimento), comadre estéril, seringa, frasco para parcial de urina e/ou urocultura, coletor de urina, etiqueta para identificação, caixa térmica.	
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar a prescrição médica quanto à solicitação do exame; 2. Solicitar ao paciente que comunique a equipe de enfermagem quando sentir vontade de urinar; 3. Identificar o frasco com nome e data de nascimento, data e hora da coleta; 4. Explicar o procedimento ao paciente ou responsável; 5. Colocar os EPIs necessários; 6. Proporcionar privacidade ao paciente. Se o paciente deambula encaminhá-lo ao banheiro. Orientar que realize a higiene das mãos e higiene íntima antes de realizar a coleta; 7. Orientar o paciente que o primeiro jato de urina deve ser desprezado. Após isso, coletar em torno de 10 ml diretamente no frasco identificado; 8. Fechar o recipiente e entregá-lo a enfermagem; a qual vai colocar o frasco coletor em saco plástico descartável; e em seguida pôr o material coletado dentro da caixa térmica higienizada e ambientalizada a mesma 	

com uma temperatura de 2° a 8 ° C para posteriormente encaminhar ao laboratório juntamente com a requisição do exame.

Oferecer material de higiene íntima ao paciente e orientá-lo sobre a higienização íntima e das mãos.

9. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;
10. Deixar a unidade em ordem;
11. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
12. Higienizar as mãos.

RECOMENDAÇÕES:

- Para crianças que ainda não possuem controle de diurese colocar o coletor de urina e observar até que tenha a quantidade de material necessário;

- Se o paciente estiver com sonda vesical de demora, fechar a sonda por aproximadamente 45 minutos, realizar desinfecção da borracha próxima à extremidade acoplada a sonda e introduzir uma agulha conectada a uma seringa e coletar a urina, colocando-a no frasco específico;

- Ao paciente acamado seguir a técnica da utilização da comadre estéril, ao final retirar a comadre e dirigir-se ao banheiro do quarto, colocar a mesma sobre o vaso sanitário e aspirar com seringa aproximadamente 10 ml da amostra de urina e colocá-la no frasco estéril, desprezando a urina restante no vaso sanitário, em seguida encaminhar a comadre dentro de saco plástico ao expurgo.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 61
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS – FEZES		

Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		<ul style="list-style-type: none"> • Obter material para exames laboratoriais. 	
Justificativa		Realizar coleta de material para exames visando auxiliar no diagnóstico.	
Quando aplicar		De acordo com prescrição medica.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
EPI (Luvas de procedimento), comadre estéril, frasco e espátula para coleta de fezes, etiqueta para identificação, caixa térmica.			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar a prescrição médica quanto à solicitação do exame; 2. Solicitar ao paciente que comunique a equipe de enfermagem quando sentir vontade de evacuar; 3. Identificar o frasco com nome, endereço, data de nascimento, data e hora da coleta; 4. Explicar o procedimento ao paciente ou responsável; 5. Proporcionar privacidade ao paciente; 6. Orientar que realize a higiene das mãos antes de realizar a coleta; 			

7. Conduzir o paciente que deambula ao banheiro; orientando para realizar a coleta das fezes no recipiente fornecido pelo laboratório, após a coleta tampar o frasco e higienizar as mãos;
8. Colocar no paciente acamado a comadre estéril; procedendo a coleta do material com luvas de procedimento, espátula, colocando o material no frasco, em seguida realizar higiene íntima no paciente;
9. Fechar o recipiente e entregá-lo a enfermagem; a qual vai colocar o frasco coletor em saco plástico descartável; e em seguida pôr o material coletado dentro da caixa térmica higienizada e ambientalizada a mesma com uma temperatura de 2º a 8 ° C para posteriormente encaminhar ao laboratório juntamente com a requisição do exame.
10. Recolher a comadre, encaminhando ao expurgo dentro de saco plástico;
11. Recolher o material e descartá-lo, conforme resíduos de serviço de saúde;
12. Deixar a unidade em ordem;
13. Retirar os EPIs; após o término do procedimento descartando-o, conforme resíduos de serviço de saúde;
14. Higienizar as mãos.

RECOMENDAÇÕES:

- Para crianças e/ou pacientes que fazem uso de fraldas, identificar o frasco com nome e data de nascimento, data e hora da coleta, higienizar as mãos, calçar as luvas e coletar o material diretamente da fralda com auxílio de uma espátula estéril.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 62
ALTA DO PACIENTE			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026

Elaborado por:	Enfermeiras: Maria Bernadete Ladika, Marcia Vanessa Correa de Almeida, Thiana Caroline Pontarolo.
Aprovado por:	Secretário de Saúde: Lucas Jheimes de Almeida
Objetivos do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a alta do paciente, após o médico prescrevê-la.
Justificativa	Promoção da saúde e reabilitação, através da orientação paciente/responsável sobre continuidade do tratamento e cuidados após alta.
Quando aplicar	No momento da alta.
Executante:	Equipe de enfermagem.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Confirmar prescrição médica da alta;
2. Orientar o paciente sobre a alta e cuidados que ele deve manter no domicílio;
3. Higienizar as mãos;
4. Colocar os EPIs;
5. Verificar sinais vitais do paciente, antes de liberá-lo para casa;
6. Retirar acesso venoso, quando presente;
7. Solicitar, caso o paciente esteja deitado, que ele sente e aguarde em média cinco minutos antes de levantar-se;
8. Retirar os EPIs, desprezando conforme descarte de resíduos de serviços de saúde;
9. Higienizar as mãos;
10. Verificar se há retorno, receita de medicamentos e orientar o paciente;

11. Observar as condições do paciente e certificar-se que ele possui meio de locomoção; Caso seja necessário comunicar a Assistente Social para providenciar carro para transporte.
12. Registrar as anotações de enfermagem no / prontuário eletrônico:
hora da alta, sinais vitais, condição do paciente, orientações realizadas, com quem e como saiu , nome completo e Coren do profissional responsável.
13. Proceder à desinfecção terminal da unidade conforme **POP específico**.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 63
PROTOCOLO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ARMÁRIOS, GAVETAS E SUPERFÍCIES			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:	Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Maria Bernadete Ladika		
Aprovado por:	Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida		
Objetivos do Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar acúmulo de sujidade. Prevenir a transmissão de microrganismos		
Justificativa	Estabelecer uma rotina de limpeza e desinfecção adequada lavando, retirando a poeira, as manchas dos móveis e equipamentos		
Quando aplicar	A cada 30 dias e sempre que necessário.		

Executante:	Equipe de Enfermagem
<p>MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <p>Luvas de procedimento e luvas amarelas, 2 recipientes com água, 2 pano limpo e macio, detergente neutro, álcool a 70% , etiquetas e caneta.</p> <p>EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Colocar as luvas de procedimento e posteriormente as luvas amarelas; 3. Encher os baldes pela metade: um com água e outro com água e detergente neutro; 4. Retirar os objetos de cima e do interior do móvel a ser limpo; 5. Dobrar o pano úmido numa série de quadrados para obter várias superfícies de limpeza; em seguida umedeça o pano na solução com detergente neutro e retire o excesso; 6. Limpar o móvel esfregando o pano dobrado, com solução de detergente neutro, fazendo movimentos unidirecionais; 7. Retirar o sabão com o pano umedecido em água limpa e logo após proceder a desinfecção com álcool a 70% por 30 segundos em todo o móvel; 8. Deixar a unidade em ordem desprezando a água no expurgo e os panos no hamper. 9. Retirar as luvas amarelas e proceder, conforme POP específico da CME e as luvas de procedimento descartar, conforme descarte de resíduos de serviços de saúde; 10. Higienizar as mãos, 11. Preencher a planilha que está fixada atrás da porta de cada setor com a data da limpeza e desinfecção, horário, nome do profissional que realizou, para posteriormente o enfermeiro realizar a supervisão do setor e caso haja intercorrências realizar anotações no campo observação da mesma. <p>RECOMENDAÇÕES</p>	

- Realizar sempre uma inspeção visual e funcional dos componentes do móvel e equipamento após o procedimento de limpeza e desinfecção, a fim de detectar sinais de desgaste nos mesmos,
- Não utilizar agentes abrasivos ou corrosivos na limpeza.

Secretaria de Saúde de Guamiranga	Procedimento Operacional Padrão-POP	POP N° 64	
PROTOCOLO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO ESFIGNOMANOMETRO E ESTETOSCÓPIO			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Maria Bernadete Ladika.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		Evitar acúmulo de sujidade. Prevenir a transmissão de microrganismos.	

Justificativa	Estabelecer uma rotina de limpeza e desinfecção do estetoscópio e esfigmomanômetro.
Quando aplicar	Imediatamente após o uso e sempre que necessário.
Executante:	Equipe de Enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

Algodão e álcool líquido e gel a 70%, luvas de procedimento e luvas amarela, avental impermeável, óculos de proteção, máscara, 2 baldes, água, hipoclorito a 1%, detergente neutro, 2 panos de limpeza.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Reunir os materiais necessários para executar a limpeza e desinfecção;
2. Realizar a anti-sepsia das mãos, com álcool 70 %;
3. Friccionar algodão umedecido em álcool 70%, nas olivas do estetoscópio e deixar secar naturalmente; Deixá-lo em cima da mesa auxiliar;
4. Realizar a anti-sepsia das mãos, com álcool gel 70%;
5. Proceder da seguinte maneira, em caso de presença de matéria orgânica: Higienizar as mãos;
6. Colocar as luvas de procedimento e posteriormente as luvas amarela;
7. Remover o excesso de resíduos com papel toalha se necessário. Passar hipoclorito a 1% nos locais onde existir sangue ou outros fluidos corpóreos, e deixar por 15 minutos;
8. Lavar com água, detergente neutro e esfregar com escova ou pano.
9. Enxaguar com água abundante. Deixar secar naturalmente;
10. Friccionar com pano umedecido com álcool 70%. Deixar secar naturalmente.
11. Deixar a unidade em ordem, desprezar a água no expurgo e os panos no hamper; Retirar as luvas de limpeza, óculos de proteção e o avental impermeável e proceder a limpeza e desinfecção, conforme POP específico da CME;

<p>12. Retirar os demais EPIs e descartar conforme descarte de resíduos de serviço de saúde;</p> <p>13. Realizar a higiene das mãos.</p>
--

Secretaria de Saúde de Guamiranga.	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 65	
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO TERMÔMETRO E OXÍMETRO			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Marcia Vanessa Correa de Almeida, Maria Bernadete Ladika.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		Estabelecer uma rotina de limpeza/desinfecção e manter termômetro e oxímetro limpo e desinfetado.	
Justificativa		Inibir a proliferação de agentes patogênicos e prevenir o risco de infecção cruzada.	
Quando aplicar		Após o uso do termômetro.	
Executante:		Equipe de enfermagem.	
MATERIAIS NECESSARIOS			
Recipiente plástico, algodão e álcool 70%.			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir os materiais necessários para executar a limpeza e desinfecção; 2. Realizar a higiene das mãos; 			

3. Friccionar algodão umedecido em álcool 70%, alternando as faces do
4. algodão e deixar secar naturalmente;
5. Guardar o termômetro e o oxímetro em recipiente fechado e deixar na gaveta ou mesa auxiliar.
6. Realizar a higiene das mãos.

Secretaria de Saúde de Guamiranga.	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 66	
COLETA DE CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO			
Edição: 4º	Data da Revisão: 03/2023	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:	Enfermeira: Janaina Maria Capelini.		
Aprovado por:	Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida		
Objetivos do Procedimento	Realizar a coleta de citologia oncótica para rastreamento e diagnóstico de patologias cervicais e prevenção do câncer do colo do útero.		
Justificativa	Padronizar a realização do procedimento a fim de garantir a técnica correta em todos os pontos de coleta.		
Quando aplicar	Conforme recomendações do Ministério da Saúde.		
Executante:	Enfermeiro.		
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
Espéculo de tamanhos variados; Lâminas de vidro com extremidade fosca; Espátula de Ayre; Escova endocervical; Par de luvas descartáveis; Solução fixadora; Recipiente para acondicionamento das lâminas (porta-lâminas); Foco			

de luz; Formulários de requisição do exame citopatológico; Lápis grafite ou preto nº 2; Borracha; Pinça Cheron; Gases; Escada de 2 degraus; Biombo (se necessário); Lixeira para resíduos contaminantes; Lixeira para resíduos comuns; Avental ou camisola preferencialmente descartáveis; Lençol, preferencialmente descartáveis; Máscara cirúrgica e óculos de proteção.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Recepcionar a usuária, explicando o propósito do exame e as etapas do procedimento;
2. Realizar a consulta de enfermagem;
3. Preencher dos dados no formulário para requisição de exame;
4. Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite, com as iniciais do nome e sobrenome(s) da mulher e o número do registro;
5. Solicitar que a mulher retire a parte inferior da roupa, oferecendo um avental, camisola ou lençol;
6. Higienizar as mãos;
7. Solicitar que deite na mesa ginecológica, auxiliando-a a posicionar-se adequada e confortavelmente para o exame;
8. Cubra-a com o lençol;
9. Posicionar o foco de luz;
10. Calçar as luvas descartáveis;
11. Observar atentamente a integralidade dos órgãos genitais externos, a presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação, de veias varicosas e outras lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações;
12. Introduza o espécuro suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinado, mantendo-o em posição transversa e fazendo uma rotação de modo que a fenda da abertura do especulo fique na posição horizontal;
13. Uma vez introduzido totalmente na vagina, abrir o especulo lentamente e com delicadeza (na dificuldade de visualização do colo sugira que a mulher tussa);
14. Proceder a coleta da ectocérvice, utilizando a espátula de Ayres (encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, exercendo uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, e com movimento rotativo de 360° em todo orifício);

15. Estender o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular;
16. Dispor a amostra ectocervical no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca;
17. Coletar a endocérvice, utilizando a escova endocervical, fazendo um movimento giratório de 360°, percorrendo todo o contorno do orifício cervical;
18. Dispor o material retirado da endocérvice na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal;
19. Fixar o esfregaço, imediatamente após a coleta: manter uma distância de 15 a 30 cm entre a lâmina e o spray fixador;
20. Fechar o espéculo não totalmente, evitando beliscar a mulher;
21. Retirar o espéculo delicadamente, inclinando levemente para cima, observando as paredes vaginais;
22. Retirar as luvas;
23. Higienizar as mãos;
24. Auxiliar a paciente a descer da mesa;
25. Solicitar que ela recoloca a parte de baixo da roupa;
26. Informar sobre a possibilidade de um pequeno sangramento que poderá ocorrer depois da coleta, tranquilizando-a que cessará sozinho;
27. Enfatizar a importância do retorno para o resultado;
28. Realizar registro no prontuário;
29. Acondicionar a lâmina em recipiente específico (porta-lâminas), aguardando a secagem mínima de 12h em local arejado, onde não pegue sol diretamente ou haja incidência direta do ar condicionado.

RECOMENDAÇÕES

- Indicação do espéculo:

Pequeno: Mulheres jovens, sem parto vaginal, magras ou menopausadas;

Médio: Mulheres com IMC normal;

Grande: Multíparas, obesas.

- A utilização de lubrificantes, espermicidas, medicamentos vaginais ou a realização de exames intravaginais deve ser evitada por 48 horas antes da

coleta, pois essas substâncias e o gel utilizado para os exames recobrem os elementos celulares dificultando a avaliação microscópica;

- Embora usual, a recomendação de abstinência sexual prévia ao exame só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas.

- O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citopatológico. Deve-se aguardar o quinto dia após o término da menstruação;

- No caso de sangramento vaginal anormal, se indicada, a coleta pode ser realizada;

- Não lubrifique o espéculo com qualquer tipo de óleo, glicerina, creme ou vaselina. Em caso de mulheres idosas, com vaginas extremamente ressecadas, molhar o espelho com soro fisiológico;

- Durante a coleta, é importante a observação das características do conteúdo, das paredes vaginais e as do colo do útero. Os dados da inspeção devem ser relatados na requisição do exame citopatológico;

- Se ao visualizar o colo houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça, sem esfregar;

- Antes do envio para o laboratório, deve ser preparada uma listagem de remessa, em duas vias, com a identificação da unidade e a relação de nomes e números de registro das mulheres que tiveram seus exames coletados, com o carimbo e assinatura do responsável pelo envio;

- Em grávidas o exame pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente no segundo trimestre gestacional;

- Em mulheres com histerectomia total recomenda-se a coleta do esfregaço de fundo de saco vaginal. Em histerectomia subtotal, rotina normal.

- Após a secagem da lâmina, enviar à SMS, juntamente com a folha devidamente preenchida (preenchido todos os campos).

Secretaria de Saúde de Guamiranga.	Procedimento Operacional Padrão- POP	POP N° 67
---	---	------------------

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ESPECÍFICOS PARA OS VÍRUS HIV, SÍFILIS, HEPATITE B E HEPATITE C			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeira: Janaina Maria Capelini.	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		Executar os Testes Rápidos de acordo com as instruções fornecidas pelos fabricantes das marcas aprovadas pelo Ministério da Saúde, a fim de realizar o rastreamento e diagnóstico das patologias investigadas.	
Justificativa		Padronizar a realização do procedimento garantindo a técnica correta e a confiabilidade dos resultados.	
Quando aplicar		Durante o rastreio e diagnóstico de casos suspeitos/vulneráveis.	
Executante:		Enfermeiros e técnicos de enfermagem (somente execução, não autorizado laudar).	
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
EPI: luva descartável, óculos e jaleco ou avental; máscara cirúrgica; kit de teste rápido contendo: a lanceta, frasco de solução tampão (reagente), tubo capilar e envelope lacrado contendo dispositivo do teste e um sachê com sílica; álcool 70%; algodão; relógio ou cronômetro; caneta; recipiente para descarte de materiais perfurocortantes; laudo; lixo comum e lixo contaminado.			
EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar o usuário referente ao procedimento que será realizado; 2. Reunir o material necessário; 			

3. O teste deve estar na temperatura ambiente na hora da execução
4. Preencher o laudo com informação do usuário e teste, deixando o registro do resultado para o momento posterior a leitura do resultado;
5. Estar de jaleco;
6. Higienizar as mãos;
7. Colocar óculos de proteção ou protetor facial;
8. Calçar as luvas;
9. Identificar a mão e o dedo com melhor vascularização, sem calosidades e sujidade;
10. Abrir o envelope do dispositivo de teste apenas no momento da realização do exame;
11. Retirar o dispositivo de teste do envelope colocando-o em uma superfície plana, livre de vibração, limpa e forrada por uma folha de papel absorvente descartável;
12. Atentar para a presença da sílica no envelope de teste, sendo a sua ausência ou cor alterada motivo para a realização de descarte;
13. Identificar o dispositivo de teste com as letras iniciais do nome do usuário;
14. Proceder movimento de ordenhar para favorecer o fluxo sanguíneo na região;
15. Realizar a anti-sepsia do local a ser puncionado com algodão contendo álcool 70 %;
16. Secar a área com algodão seco;
17. Proceder a punção pressionando o dedo com a lanceta;
18. Realizar a coleta de sangue utilizando o instrumento e volume indicado pelo fabricante de cada teste; não encostar a pipeta no filtro;
19. Utilizar o tampão/reagente do referido teste no volume indicado pelo fabricante;
20. Aguardar o tempo para leitura do teste conforme indicado pelo fabricante não realizar antes nem depois da orientação do fabricante;
21. Descartar os materiais conforme a indicação do programa de gerenciamento de resíduos sólidos do município;
22. Preencher o formulário do Laudo completo, preenchendo todos os campos.

23. Fornecer o resultado acompanhado do laudo, mediante apresentação de documento com foto (caso o usuário não possuir documento com foto fornecer o resultado somente verbalmente).

24. Registrar no prontuário do usuário o procedimento realizado, resultado obtido e encaminhamentos, caso necessário.

RECOMENDAÇÕES

- Somente profissional de nível superior pode laudar o teste rápido;
- A interpretação do resultado deve seguir os critérios estabelecidos pelo fabricante na bula do teste;
- É importante o uso do volume correto de amostra, pois volumes inferiores ou superiores podem determinar resultados errôneos;
- Em pacientes gestantes, registrar na Carteira de Gestante (pré-natal);
- No caso de resultado reagente para Sífilis, deve ser solicitado exames laboratoriais VDRL e FTA ABS IgG e IgM e posterior notificação. Se gestante, aplicação da primeira dose de Benzilpenicilina Benzatina 2,4 milhões UI, logo após o primeiro resultado reagente (TR) e dose profilática na parceiro (prescrição médica).;
- No caso de resultado reagente para HIV (T1), deve-se realizar a coleta do segundo teste confirmatório (T2), com kit de marca de fabricante diferente, conforme Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 meses. Se o (T2) for reagente notificar e encaminhar para o SAE para realização de exames complementares e seguimento do acompanhamento;
- Teste Rápido Hepatite C reagente, deve-se notificar e encaminhar o paciente para o SAE para exames complementares e conclusão do caso.
- Teste Rápido Hepatite B reagente, deve-se notificar, encaminhar para coleta de exames laboratoriais (HbsAg, anti-Hbs e anti-Hbc) e encaminhar o paciente para o SAE para seguimento no acompanhamento.
- Se a linha de controle (C) não aparecer dentro do tempo determinado pelo fabricante para leitura do resultado o teste não será considerado válido, mesmo que apareça alguma linha colorida na área de teste (T).

OBSERVAÇÕES

- Um resultado não reagente não exclui a possibilidade de infecção, devendo-se considerar a janela imunológica das patologias. Neste caso o exame deve ser repetido após este prazo;
- Todas as amostras devem ser consideradas potencialmente infectantes, e devem ser manipuladas e descartadas de acordo com as precauções de utilização e descarte recomendadas no Brasil pela RDC N° 222.

Secretaria de Saúde de Guamiranga.	Procedimento Operacional Padrão- POP		POP N° 68
TESTE RÁPIDO COVID-19			
Edição: 4º	Data da Revisão: 06/2024	Data da Aprovação: 06/2024	Próxima Revisão: 06/2026
Elaborado por:		Enfermeiras: Jéssica Guedes	
Aprovado por:		Secretário de Saúde de Guamiranga: Lucas Jheimes de Almeida	
Objetivos do Procedimento		Prevenir complicações da patologia e garantir que o procedimento seja realizado de forma correta.	
Justificativa		Realizar coleta do material para exames visando auxiliar no diagnóstico.	
Quando aplicar		Quando o paciente apresentar tosse, febre acima de 38 C, cansaço excessivo, dor muscular generalizada, cefaléia, dor de garganta, coriza diária. Após o terceiro dia do início dos sintomas	
Executante:		Enfermeiros	

MATERIAIS NECESSÁRIOS

EPIs (jalecos, luvas, máscaras, protetor ocular ou protetor de face, Máscara padrão de segurança N95/PFF2/N99/N100/ PFF3;), sabão líquido, papel toalha, álcool em gel, álcool 70%, higienizantes para ambientes, saco para descarte de resíduos contaminados.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

Acolhimento do usuário

O serviço de saúde deve adotar medidas para garantir que todos os casos suspeitos ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) ou outra infecção respiratória (por exemplo, febre e tosse) sigam os procedimentos de higiene respiratória e higiene das mãos durante todo o período que permanecerem na unidade. Podem ser utilizados alertas visuais (por exemplo, cartazes, placas e posters) na entrada dos serviços de saúde e em locais estratégicos (por exemplo, áreas de espera) para fornecer aos pacientes e acompanhantes, as instruções sobre higiene das mãos, higiene respiratória. As instruções devem incluir o uso das máscaras cirúrgicas para cobrir o nariz e a boca ao tossir ou espirrar e a higiene das mãos.

CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Situação 1 – VIAJANTE: pessoa que apresente febre e pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) e com histórico de viagem. OU

Situação 2 - CONTATO PRÓXIMO: Pessoa que apresente febre ou pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) E histórico de contato com caso suspeito ou confirmado para COVID-19, nos últimos 14 dias.

Situação 3 - CONTATO DOMICILIAR: Pessoa que manteve contato domiciliar com caso confirmado por COVID-19 nos últimos 14 dias e que apresente febre OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia). Nesta situação é importante observar a presença de outros sinais e sintomas como: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, manchas vermelhas pelo corpo, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência.

* FEBRE: temperatura corporal acima de 37,8 °C, conforme verificação axilar.

**SINTOMAS RESPIRATÓRIOS: tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival dificuldade de deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ <95 % sinais de cianose, batimento das asas nasais, tiragem intercostal, dispneia, etc.

***SINTOMAS INESPECÍFICOS: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência.

1. Medidas de isolamento:

Desde o primeiro atendimento, à pessoa com suspeita de novo coronavírus deve utilizar máscara, realizar o atendimento da pessoa com suspeita do novo coronavírus em sala privativa ou com menor circulação de pessoas, mantendo a porta fechada e o ambiente ventilado, realizar higiene adequada das mãos, respeitando os cinco momentos de higienização: 1 – antes de contato com a pessoa; 2 – antes da realização de procedimento; 3 – após risco de exposição a fluidos biológicos; 4 – após contato com a pessoa; 5 – após contato com áreas próximas à pessoa, mesmo que não tenha tocado a pessoa, cuidando direta ou indiretamente da pessoa.

- O profissional deve usar equipamento de proteção individual (EPI): protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental/ jaleco, máscara N95/PFF2 (ou outras máscaras com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 μ tipo N99, N100 ou PFF3), sempre que realizar procedimentos geradores de aerossóis.

- . Para realização de outros procedimentos não geradores de aerossóis, avaliar a disponibilidade da N95 ou equivalente no serviço. Não havendo disponibilidade, é obrigatório o uso da máscara cirúrgica.

3. Notificação:

Todos os indivíduos que se enquadrem em casos suspeitos, prováveis e confirmados, devem ser notificados imediatamente via notificação de covid e encaminhado para vigilância epidemiológica.

0. Identificação de contactantes*:

Identificar todas as pessoas que tiveram ou têm contato com caso suspeito ou confirmado e apoiar a equipe da vigilância na realização de busca ativa; os contatos próximos de uma pessoa com suspeita de coronavírus (2019-nCoV) devem ser acompanhados e monitorados quanto à apresentação de sinais e sintomas e na presença de sinais e sintomas, orientar que procure o serviço de saúde para avaliação.

Contato próximo é definido como: estar a aproximadamente 2 metros ou menos da pessoa com suspeita de caso por novo coronavírus, dentro da mesma sala ou área de atendimento por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual (EPI). O contato próximo pode incluir: cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou, ainda, nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o EPI recomendado.

0. **Transporte:** A equipe deve certificar-se de que as informações do caso foram repassadas oportunamente para a unidade de referência para a qual a pessoa for encaminhada; Todos os profissionais que estiverem envolvidos no transporte deverão utilizar máscara cirúrgica durante todo o deslocamento até chegar à unidade de referência. Se houver necessidade de realizar procedimentos, atentar para o uso dos EPI adequados; realizar higiene de mãos, respeitando os cinco momentos de higienização; orientar possíveis acompanhantes quanto à importância da higienização das mãos; garantir a ventilação do veículo para aumentar a troca de ar durante o transporte; limpar e desinfetar todas as superfícies internas do veículo após a realização do

transporte. A desinfecção pode ser feita com álcool 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para este fim, seguindo o procedimento operacional padrão definido para a atividade de limpeza e desinfecção do veículo e seus equipamentos; A provisão de todos os insumos, como sabão líquido, álcool em gel e EPI, devem ser reforçados pela instituição, bem como higienizastes para o ambiente e no serviço de referência, sempre que ocorrer a identificação de caso suspeito, será realizada a coleta de duas amostras de aspirado de nasofaringe (ANF) ou swabs combinado (nasal/oral) ou amostra de secreção respiratória inferior

0. **Medidas de controle do ambiente assistencial:** Equipamentos de uso compartilhado entre as pessoas (por exemplo, estetoscópios, aparelho para aferição de pressão arterial e termômetros) devem ser limpos e desinfetados com álcool 70% após o uso; Higienizar adequadamente as mãos com frequência, respeitando os cinco momentos de higienização; Utilizar EPI para evitar contato direto com fluidos corporais: protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/ avental/jaleco, máscara padrão de segurança N95/PFF2/N99/N100/PFF3 ou, se indisponível, máscara cirúrgica; Fornecer máscara cirúrgica à pessoa com suspeita de infecção pelo novo coronavírus, ou pessoa que têm ou teve contato com o caso suspeito ou confirmado, e encaminhar para uma área separada ou sala de isolamento; Prevenir picadas de agulha ou ferimento por objetos cortantes; gerenciamento seguro de resíduos; Limitar procedimentos indutores de aerossóis (intubação, sucção, nebulização); Realizar desinfecção de equipamentos e limpeza do ambiente com solução de hipoclorito de sódio e/ou desinfetante hospitalar, em pisos e superfícies dos banheiros; Descartar adequadamente os resíduos, segundo o regulamento técnico para gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Anvisa; e A SMS deve compartilhar com as equipes que atuam na ABS dados epidemiológicos sobre a circulação do vírus corona e outros vírus respiratórios, bem como orientar os profissionais sobre as medidas de controle e a condução dos casos suspeitos. Sódio e/ou desinfetante hospitalar, em pisos e superfícies dos banheiros; descartar adequadamente os resíduos, segundo o regulamento técnico para gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Anvisa; SMS deve compartilhar com as equipes que atuam na ABS dados epidemiológicos sobre a circulação do vírus corona e outros vírus respiratórios, bem como orientar os profissionais sobre as medidas de controle e a condução dos casos suspeitos.

0. **Medidas de prevenção populacional:** Instruir todas as pessoas que durante a tosse ou espirro cubram o nariz e a boca com o cotovelo flexionado ou utilize tecido ou lenço de papel, descartando-os após o uso; lavar as mãos frequentemente com água e sabão por pelo menos 20 segundos. Se não houver água e sabão, usar um desinfetante para as mãos à base de álcool; evitar tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas; orientar sobre os sinais e sintomas do novo coronavírus que acionam o fluxo de atendimento para casos suspeitos da doença; limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência; e manter os ambientes bem ventilados.

REFERÊNCIAS

A importância do EPI de qualidade na enfermagem. Disponível em: <http://www.epi-tuiuti.com.br/blog/a-importancia-do-epi-de-qualidade-na-enfermagem/>. Acesso em 20 de novembro de 2017.

Acolhimento com Classificação de Risco. Prefeitura de Belo Horizonte/Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodeUpasdeBH.pdf>>. Acesso em 06 out 2015.

Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado, PHTLS. 7º Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cartilha de Proteção Respiratória contra Agentes Biológicos para Trabalhadores de Saúde.** Brasília: Anvisa, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies.** Brasília: Anvisa, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-exposição (PEP) de risco infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.** Brasília-DF: 1º ed, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_exposicao_HIV_IST_hepatites_virais.pdf. Acesso em 18/09/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergências das queimaduras:** Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Assistência ao Recém-Nascido**. 1 ed. Brasília. Secretaria de Assistência à Saúde, 1994

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; Brasília, DF, 9 de jun, 2014.

BRASIL.Ministério da Saúde . Anvisa/Fiocruz. **Anexo 01: Protocolo Prevenção de Quedas** . Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: <file:///C:/Users/Marcia/Downloads/protoc_prevencaoQuedas%20(1).pdf>. Acesso em: 18 outubro de 2017.

BRASIL.Ministério da Saúde . Anvisa/Fiocruz. **Anexo 02: Protocolo de Identificação do Paciente**. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/i-identificacao-do-paciente>. Acesso em: 18 outubro de 2017.

BRASIL.Ministério da Saúde . Anvisa/Fiocruz. **Anexo 02: Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão Paciente**. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao> . Acesso em: 18 outubro de 2017.

BRASIL.Ministério da Saúde . Anvisa/Fiocruz. **Anexo 03: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos** . Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>. Acesso em: 18 outubro de 2017.

BRASILEIRO, M. S. E.; MELO, L. I. S.G. **Procedimentos Operacionais Padrão: semiologia e semiotécnica em enfermagem**. Goiânia: AB, 2013.
COELHO,H.**Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde**.Boletim de Pneumologia Sanitária - Vol. 9, Nº 2 - jul/dez – 2001.

Coleta de Amostra para o Exame de Fezes. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/39857/coleta-de-amostra-para-o-exame-de-fezes>>. Acesso em 06 de outubro de 2015.

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. Disponível em: <http://www4.pucsp.br/cipa/artigos/epi.html>. Acesso em 20 de novembro de 2017.

Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo –COREN –SP Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente REBRAENSP-POLO São Paulo. 10 Passos para a Segurança do Paciente. Disponível em: http://www.corensp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf. Acesso em: 18 outubro de 2017.

CORPO DE BOMBEIROS DO PARANÁ. **Manual do Atendimento Pré-Hospitalar**. Curitiba: Siate, 2006.

DESTAQUES DA American Heart Association 2015. **Atualização das Diretrizes de RCP e ACE**. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 27 jun 2016.

Equipamentos de Segurança. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/idiomas/equipamentos-de-seguranca/10762/> Acesso em 20 de novembro de 2017

FALCÃO, L. F. R.; BRANDÃO, J. C. M. **Primeiros Socorros**. São Paulo: Martinari, 2010.

FERIARI, G, et al. **Pré-hospitalar/GRAU**(Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências. 2º Ed. Barueri São Paulo: Manole, 2015

FRIEDRICH, L; FERRI, C; DAL ROSS, A. Reanimação Neonatal. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/5736/reanimacao_neonatal.htm>. Acesso em: 28 de setembro de 2016.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Procedimento Operacional Padrão**. Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação Psicomotora. Disponível em: <www.fhemig.mg.gov.br/.../680-caderno-de-protocolos-clinicos-da-fhemi>. Acesso em: 06 de outubro de 2015.

Guia de Recomendações Para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>. Acesso em: 27/09/2018.

GUIMARÃES, V.H, RAMOS, P.M; MIRANDA, A. M. F. **Guia prático para avaliação e condutas em casos de acidentes com exposição a fluidos biológicos**.

GUYTON, Artur C.; HALL, John E. **Fundamentos de Guyton: Tratado de Fisiologia Médica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HC-UFTM Núcleo de Segurança do Paciente. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/148046/Documento4.pdf/50565c54-8aa3-4b52-b0d3-5cf2ee416483>. Acesso em 18 de outubro de 2017.

HOSPITAL COLONIA ADAUTO BOTELHO. **Protocolo de Procedimentos de Contenção Mecânica**. 2013

HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER. **Manual de Segregação de Resíduos Sólidos**. Campo Largo.

HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER. **Procedimento Operacional Padrão: Limpeza de Bancadas e Superfícies**. Campo Largo, março 2015.

HOSPITAL SÃO PAULO SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Hospital Universitário da UNIFESP. **Procedimento Operacional Padrão:** Contenção Física. Disponível em: <http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/arquivos/2013/POP_Contentao_Fisica_Parcial.pdf>. Acesso em: 06 de outubro de 2015.

Hospital São Paulo SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Hospital Universitário da UNIFESP. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Conferência do Carro de Emergência. Disponível em: <http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/arquivos/2015/Carro_de_emergencia_final_maio_2015.pdf>. Acesso em 06 de outubro de 2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIFESP SÃO PAULO. Procedimento Operacional Padrão: Conferência do Carro de Emergência. Disponível em< HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SERGIPE. Procedimento Operacional Padrão: Entubação Orotraqueal. Disponível em: <

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO. Universidade do Hospital do Estado do Rio de Janeiro. **Procedimento Operacional Padrão:**aspiração de tubo orotraqueal e traqueostomia –sistema aberto. Disponível em: <http://www.hupe.uerj.br/hupe/Administracao/AD_coordenacao/AD_Coorden_public/POP%20CDC%2027.%20ASPIRA%C3%87%C3%83O%20DE%20TOT%20E%20TQT%20-%20SISTEMA%20FECHADO.pdf>.Acesso em: 9 set 2016.

Manual de Toxicologia Clínica: Orientações para assistência e vigilância das intoxicações agudas / [Organizadores] Edna Maria Miello Hernandez, Roberto Moacyr Ribeiro Rodrigues, Themis Mizerkowski Torres. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2017. 465 p. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/MANUAL%20DE%20TOXICOLOGIA%20CL%C3%8DNICA%20-%20COVISA%202017.pdf>>. Acesso em 21 de fev de 2020.

MORAES, M. V.G **Atendimento pré-hospitalar:** treinamento da brigada de emergência do suporte básico ao avançado. São Paulo: látria, 2010.

MOZACHI, N.; SOUZA, V. S. **O hospital:** manual do ambiente hospitalar. 3 ed. Curitiba: Os Autores, 2009.

NETTINA, S.M. **Prática de Enfermagem.** 8. Ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2007.

NOVE CERTOS PARA ENFERMAGEM. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/flaviolimaenfermeiro/enfermagem-9-certos>>. Acesso em 28 de set 2016.

PALMIERI,A.C. Coleta de Urina Tipo I. Disponível em: <http://enfermagemcontinuada.blogspot.com.br/2011/02/coleta-de-urina-tipo-i_20.html>. Acesso em 06 de out 2016.

PARANÁ. Laboratório Central do Estado do Paraná. **Manual de Coleta e Envio de Amostras Biológicas ao Lacen**. Revisão 01. Curitiba 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de hipertensão arterial / SAS**. 2. Ed – Curitiba: SESA, 2018.

PEREIRA, E,C et al. Manual para Abordagem das Vias Aéreas. Princípios da Assistência Ventilatória. Disponível em: <http://editoradoseditores.com.br/loja-virtual/wp-content/uploads/2019/01/Capi%CC%81tulo-01_Vias-Ae%CC%81reas.pdf>. Acesso em 20 de fev de 2020.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004.

POTTER, P.A; PERRY, AG. **Fundamentos de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Procedimento Operacional Padrão : Oxigenoterapia Hospitalar em Adultos e Idosos- Unidade de Reabilitação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro- Uberaba: EBSEH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2015. Disponível em:<<http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/POP+19+Oxigenoterapia+hospitalar+aprovado.pdf/ccd04e6e-2aa9-4f59-a8a3-ac7b3eb14f30>>. Acesso em 20 de fev de 2020.

Prefeitura de Belo Horizonte . POP 55/15- Limpeza e Desinfecção de EPI'S não descartáveis. Disponível em: <[file:///C:/Users/Marcia/Downloads/pop-55-desinfeccao-de-epi%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Marcia/Downloads/pop-55-desinfeccao-de-epi%20(6).pdf)>. Acesso em 20 de novembro de 2017.

Protocolo do uso correto dos EPI's. Disponível em: <http://www.hospitalsantarita.com.br/file/SCIHPr06-USO_CORRETO_DE_EPIs.pdf>. Acesso em 20 de novembro de 2017.

Resolução CFM n° 1451/95. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm. Acesso em 03 de setembro de 2013.

SAMU 192. **Protocolos de Suporte Básico de Vida**. Disponível em: <<file:///C:/Users/Marcia/Downloads/PROTOCOLO%20DE%20SUPORTE%20BASICO%20DE%20VIDA.pdf>>. Acesso em: 06 de outubro de 2015.

SANTA CASA DE IRATI. **Procedimentos Operacionais**: Pronto Socorro. Irati, 2012.

SANTOS JÚNIOR, É. A de. Et. Al. **Acolhimento com classificação de risco**. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodasUpasdeBH.pdf>>. Acesso em: 06 de outubro de 2015.

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E JUSTIÇA. Corpo de bombeiros militar. **Protocolo para o suporte básico de vida do CBMGO**. Goiás, 2011. Disponível em: <<http://www.bombeiros.go.gov.br/wp-content/uploads/2012/09/ProtocoloParaOSuporteBasicoDeVida2011.pdf>> Acesso em: 30 de setembro de 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Manual de procedimentos de enfermagem**. Brasília-DF, 2012.

SMELTZER; S.C; BARE, B.G. **Brunner&Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIAR ALBERT EINSTEIN. **Primeiros socorros**. Disponível em: <http://www.einstein.br/einstein-saude/vida-saudavel/primeiros-socorros/Paginas/acidentes-por-animais-peconhentos.aspx>. Acesso em 06 de outubro de 2015.

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.CENTRO DE SAÚDE AMBIENTAL .DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DE ZONÓSES E INTOXICAÇÕES.CENTRO DE CONTROLE DE ENVENENAMENTOS-CCE CURITIBA. **Atendimento Inicial das Intoxicações Agudas por Agrotóxicos**. 4º REGIONAL DE SAÚDE, IRATI, MARÇO DE 2016.

Técnicas Básicas de Enfermagem / Organizadoras Vanda Cristina dos Santos Passos; Andrea C. Bressane Volpato. 4 .ed._São Paulo: Martinari, 2015. 480p.

Tutorial para acesso e envio de exames pelo sistema da Call ECG. Disponível em: <www.callecg.com.br>. Acesso em: 21 de setembro de 2016.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Testes Rápidos eficiência e aplicações clínicas**. Apresentação realizada no 11o Congresso de HIV/Aids e 4o Congresso de Hepatites Virais. Disponível em:<http://hepaids2017.aids.gov.br/pt-br/apresentacao/731>

BRASIL. **Manual Técnico Para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. Brasília, Ministério da Saúde, Brasília DF, 2018.

Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Covid-19). Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota%2BT%C3%A9cnica%2Bn%2B04-2020%2BGVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em 17 de março de 2020.

Ministério da Saúde. Coronavírus. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>. Acesso em 17 de março de 2020.

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento do Novo Coronavírus - COVID-19.** Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2020/03/BAHIA_SESAB-Plano-de-Contingencia-Coronav%C3%ADrus-_Bahia.pdf. Acesso em 17 de março de 2020.

Universidade Aberta do SUS - UNASUS. Atendimento a pessoas com suspeita de infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV) na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/24>. Acesso em 17/03/2020.