## **PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

## **DIREÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA E SERVIÇOS MÉDICOS**

**MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) DE ENFERMAGEM**

**Bom Jardim**

**2023**

# Ficha Técnica

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paulo Vieira de Barros

**Prefeito Municipal de Bom Jardim**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Simone Crhistina Capozzi Machado Dutra

### Vice-Prefeito Municipal de Bom Jardim

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pablo Benvenuti Borba

**Secretário Municipal de Saúde**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anna Carolina Lima do Amaral

**Diretora da Atenção Básica e Serviços Médicos**

# Grupo de Trabalho

|  |  |
| --- | --- |
| Anna Carolina Lima do Amaral | Diretora da Atenção Básica e serviços Médicos  |
| Luciana Santos de Oliveira  |  Enfermeira na Estratégia de Saúde da Família de São José  |
| Gabriel Neves  |  Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família de Barra Alegre |
| Fillipe David de Assis | Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família de Banquete |
| Rafael Carriello da Silva | Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família do Alto de São José  |
| Anna Beatriz Gomes Dreux Minto | Estratégia Saúde da Família Jardim Boa Esperança |
| Juliana de Sá Rodrigues  | Enfermeira na Estratégia de Saúde da Família de São Miguel |
| Mylena Cariello Silva | Enfermeira na Estratégia de Saúde da Família do Veloso |

# Apresentação

Este Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem é fruto de um trabalho incansável de profissionais de Enfermagem de Bom Jardim.

Estes profissionais não mediram esforços e dedicação para construir as rotinas para os procedimentos de Enfermagem tendo como objetivo principal, a qualificação das práticas de Enfermagem.

Parabenizo o grupo pelo esforço coletivo.

Anna Carolina Lima do Amaral

**Diretora da Atenção Básica e Serviços Médicos**

**Sumário**

[Ficha Técnica 2](#_bookmark0)

[Grupo de Trabalho 3](#_bookmark1)

[Apresentação 4](#_bookmark2)

[POP 01 – NORMAS INSTITUCIONAIS 7](#_bookmark3)

[POP 02 – ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE HIGIENE PESSOAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE 8](#_bookmark4)

[POP 03 – PRECAUÇÕES PADRÃO E USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI](#_bookmark5) 9

POP 04- TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS.................................................10

[POP 05 – UTILIZAÇÃO DE LUVAS LÁTEX, ESTÉRIL E BORRACHA 12](#_bookmark7)

[POP 06 – ACOLHIMENTO 14](#_bookmark8)

[POP 07 – ATENDIMENTO PROGRAMADO 16](#_bookmark9)

[POP 08 – VISITA DOMICILIAR 1](#_bookmark10)7

[POP 09 – PRÉ CONSULTA 1](#_bookmark11)9

[POP 10 – AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL](#_bookmark12) 20

[POP 11 – VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA 2](#_bookmark13)2

[POP 12 – VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA 2](#_bookmark14)4

[POP 13 – TEMPERATURA CORPORAL 2](#_bookmark15)6

[POP 14 – GLICEMIA CAPILAR 2](#_bookmark16)8

[POP 15 – MEDIDA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL](#_bookmark17) 30

[POP 16 – MEDIDA DA ESTATURA 3](#_bookmark18)1

[POP 17 – MEDIDA DO PESO CORPORAL 3](#_bookmark19)4

[POP 19 – MEDIDA DO PERÍMETRO ENCEFÁLICO 3](#_bookmark21)6

[POP 20 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INALATÓRIA 3](#_bookmark22)7

[POP 21 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRADÉRMICA](#_bookmark23) 39

[POP 22 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO OCULAR 4](#_bookmark24)1

[POP 23 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO ORAL 4](#_bookmark25)3

[POP 24 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO SUBCUTÂNEA 4](#_bookmark26)5

[POP 25 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR 4](#_bookmark27)7

[POP 26 – TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL 51](#_bookmark28)

[POP 27 – SALA DE CURATIVO 52](#_bookmark35)

[POP 28 – CURATIVO](#_bookmark36) 53

[POP 29 – RETIRADA DE PONTOS](#_bookmark37) 57

POP 30 - TESTES RÁPIDOS.............................................................................59

 POP 31 – SALA DE VACINA..............................................................................78

 POP 32- COLETA DE CITOPATOLÓGICO........................................................82

# POP 01 – NORMAS INSTITUCIONAIS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Manter os princípios éticos e favorecer um ambiente agradável detrabalho. | Diariamente. | Todos os profissionais da equipe de saúde. |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Apresentar-se no horário estabelecido no contrato de trabalho.
2. Comunicar e justificar ausências.
3. Respeitar clientes internos e externos à instituição: superiores, colegas de trabalho, clientes, visitantes e outros.
4. Adotar postura profissional compatível com as regras institucionais:
 |
| *Considerações* |
| * falar em tom baixo.
* evitar gargalhadas.
* evitar diálogos desnecessários com clientes, sem que seja questionado previamente.
* não fumar e não guardar ou consumir alimentos e bebidas nos postos de trabalho (BRASIL, 2005), exceto áreas reservadas para esse fim.
 |
| *Referências* |
| **Trindade, Cristiano S.** A Importância do Acolhimento no processo de trabalho das equipes saúde da família, Nescon 2010.**SAUDE, Ministério.** Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Edição 2ª. Brasília, 2010.**SAUDE, Ministério.** Humaniza SUS: Politica Nacional de Humanização. Brasília, 2004.Pública, Escola de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor da Atenção Primária em saúde: Oficina 5. |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Garantir a higienização pessoal, o bem estar doprofissional, evitando a transmissão de infecções. | Diariamente. | Todos os profissionais da equipe de saúde. |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. **Higiene pessoal**

Deve a todos os trabalhadores da área de saúde manter a higiene corporal, que está diretamente ligada à aparência pessoal.1. **Cuidados com os cabelos:**

Os cabelos devem estar limpos e, presos, se compridos. A touca, que consta do uniforme, deverá cobrir todo o cabelo pois seu objetivo é a proteção dos cabelos.1. **Cuidado com as unhas:**

As unhas devem estar sempre aparadas para evitar que a sujidade fique depositada entre as unhas e a pele dos dedos.1. **Cuidados com o uniforme:**

Deve mantê-lo limpo, passado, sem manchas e com a identificação profissional.1. **Cuidados com os sapatos:**

Devem ser fechados e impermeáveis, para proteger os pés. |
| *Considerações* |
|  |
| *Referências* |
| **ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Segurança do Cliente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição.Brasília |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
|  01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções e evitando acidentes de trabalho. | Diariamente. | Todos os profissionais da equipe de saúde. |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Sempre que iniciar qualquer atividade verificar a necessidade do uso de EPI’s;
2. Luvas devem ser usadas sempre quando houver risco de transmissão de patologias tanto para o profissional quanto para o cliente, e qualquer situação que for manipular ambientes que possuam depósitos de secreção, sangue, e outras matérias orgânicas;
3. Máscaras devem utilizadas quanto houver risco de contágio de patologias por meio de gotículas das vias áreas superiores e respingo de secreções e sangue à mucosa oral, evitar irritações orais diante de produtos que liberam aerossóis;
4. Óculos devem ser utilizados quando o procedimento oferece risco de respingo à mucosa ocular;
5. Touca deve ser utilizada quando se realizara um procedimento que necessite de técnicas assépticas, evitando queda de cabelo ou células epiteliais;
6. Botas devem ser utilizadas quando os sapatos não são capazes de reter secreções e água;
7. Avental utilizado para evitar que o uniforme não seja contaminado ao contato com respingos de secreções e evitar vinculação de microorganismo patogênicos fora do ambiente de trabalho, devendo ser retirados sempre após término do expediente;
8. Lavar as mãos ou usar soluções antissépticas antes e depois de qualquer procedimento;
9. Desprezar agulhas e instrumentos cortantes em recipientes rígidos e nunca reencapar agulhas.
 |
| *Considerações* |
|  |
| *Referências* |
| **ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Segurança do Cliente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superícies. Editora ANVISA, 1ª edição.Brasília 2010**PORTARIA N.°37**, DE 06 DE DEZEMBRO DE 2002**MINISTÉRIO DO TRABALHO.** Norma Regulamentadora 32, de 16 de Novembro de 2005 |

# POP 04 – TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Garantir a higienização das mãos, evitando a transmissão de infecções. | Diariamente. | Todos os profissionais da equipe de saúde. |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Lavar as mãos com água e sabão líquido friccionando por 30 segundos:
2. Retirar relógios, jóias e anéis das mãos e braços (sob tais objetos acumulam-se bactérias que não são removidas mesmo com a lavagem das mãos);
3. Abrir a torneira com a mão dominante, quando na ausência de dispensador de pedal, não encostar na pia para não contaminar a roupa;
4. Molhar as mãos;
5. Colocar em torno de 3 a 5 ml de sabão líquido nas mãos;
6. Ensaboar as mãos (proporcionar espuma), através de fricção por aproximadamente 30 segundos em todas as faces (palma e dorso das mãos), espaços interdigitais, articulações;
 |
| *Considerações* |
| Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais. Ao iniciar o turno de trabalho.* Após ir ao banheiro.
* Antes e depois das refeições.
* Antes de preparo de alimentos.
* Antes de preparo e manipulação de medicamentos.
* Nas situações descritas a seguir para preparação alcoólica.

Higienizar as mãos com preparação alcoólica quando estas não estiverem visivelmente sujas, em todas as situações descritas a seguir:* Antes de contato com o cliente
* Após contato com o cliente
* Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos
* Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico
* Após risco de exposição a fluidos corporais
* Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao cliente
* Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao cliente
* Antes e após remoção de luvas (sem talco)
 |
| *Referências* |

|  |
| --- |
| **OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde; ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Versão Teste 1 2006/07.**ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** SEGURANÇA DO CLIENTE:Higienização das mãos. Editora ANVISA. [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br/) Acessado:21/08/2013[(h](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.ht)t[tp://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao\_maos/higienizacao.ht](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.ht) m) |

# POP 05 – UTILIZAÇÃO DE LUVAS LÁTEX, ESTÉRIL E BORRACHA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por;* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Garantir a eliminação do risco de infecção pessoal e cruzada através das mãos. | Diariamente. | Todos os profissionais da equipe de saúde. |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| **Procedimento:**1. Utilize-as antes de entrar em contato com sangue, líquidos corporais, membrana mucosa, pele não intacta e outros materiais potencialmente infectantes.
2. Troque de luvas sempre que entrar em contato com outro cliente
3. Troque também durante o contato com o cliente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, ou quando esta estiver danificada.
4. Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas.
5. A luva estéril deve ser utilizada somente para procedimentos que necessitam de ambiente totalmente estéril como uma aspiração traqueal, cateterismos
6. Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos
7. Lembre-se: A luva é um equipamento de proteção individual, o uso de luvas não substitui a higienização das mãos!

**Remoção de luvas de látex e estéril:**1. Pegue um par de luva próximo ao seu punho em direção à ponta dos seus dedos até que a luva se dobre;
2. Pegue cuidadosamente a dobra e puxe em direção às pontas dos seus dedos. À medida que puxar você estará colocando a luva ao avesso;
3. Continue puxando a dobra até que a luva esteja quase que totalmente removida;
4. A fim de evitar contaminação do ambiente, continue a segurar a luva removida. A seguir, remova sua mão da luva completamente;
5. Escorregue o dedo indicador da mão sem luva por baixo da luva que permanece. Continue a inserir seu dedo em direção à sua ponta até que quase metade do dedo esteja sob a luva;
6. Gire o seu dedo a 180º e puxe a luva ao avesso e em direção à ponta dos seus dedos. À medida que fazer isso a primeira luva será contida dentro da segunda luva. O lado interno da segunda luva também será virada ao avesso;
 |
| *Considerações* |
|  |
| *Referências* |

|  |
| --- |
| [**www.anvisa.gov.br**](http://www.anvisa.gov.br/)Acessado:21/08/2013[(h](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.ht)t[tp://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao\_maos/higienizacao.ht](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.ht) m)[**www.fiocruz.br**](http://www.fiocruz.br/)Acessado:21/08/2013([http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab\_virtual/luvas.html)](http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/luvas.html%29)**ANVISA**, Unidade de Tecnovigilância. Luvas cirúrgicas e Luvas de procedimentos: Considerações sobre o seu uso. Boletim Informativo de Tecnovigilância nº 2, Brasília 2011. |

# POP 06 – ACOLHIMENTO

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| A prática do acolhimento fundamenta-se no trabalho integrado, no comprometimento de toda a equipe de saúde, não apenas de um grupo de profissionais, inserindo-se no processo de trabalho. O acolhimento tem como propósito identificar a população residente no território de abrangência da unidade de atenção básica de saúde, reconhecer e responsabilizar-se pelos problemas de saúde, organizar a porta de entrada e viabilizar o primeiro contato através da equipe de saúde, humanizando o atendimento e alcançando asatisfação do cliente. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Tem como objetivo receber, escutar e oferecer uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética aos cidadãos. | Diariamente. | Todos os profissionais da equipe de saúde. |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Atender o cliente em um ambiente privativo, com ambiência, permitindo o diálogo e a resolutividade do problema;
2. Durante a escuta quanto ao motivo da procura ao serviço deve-se levar em consideração o contexto em que o usuário está inserido;
3. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação;
4. Comunicar ao enfermeiro ou médico quando o motivo for uma queixa, sinal ou sintoma para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas;
5. O cliente que apresentar queixas clínicas deve ser avaliado pela enfermeira e/ou médico
6. O responsável pela avaliação clínica deve atender a resolutividade, agendando consultas ou retornos;
7. Responder às demandas de vigilância à saúde e encaminhar queixas ou denúncias de cunho ambiental/social às instâncias pertinentes.

**Cabe ao enfermeiro:**1. Supervisionar o acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem; Receber os clientes que procuram o serviço com queixa, sinal ou sintoma, realizar Acolhimento e, quando necessário, consulta de enfermagem, assim como proceder osEncaminhamentos necessários. |
| *Considerações* |
|  |
| *Referências* |
| **Trindade, Cristiano S**. A Importância do Acolhimento no processo de trabalho das equipes saúde da família, Nescon 2010.**SAUDE, Ministério**. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Edição 2ª. Brasília, 2010.**SAUDE, Ministério**. Humaniza SUS: Politica Nacional de Humanização. Brasília, 2004.Pública, Escola de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor da Atenção Primária em saúde: oficina 5. |

# POP 07 – ATENDIMENTO PROGRAMADO

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| A atenção programada abrange todos os ciclos de vida dos indivíduos/ famílias – desde o nascimento à velhice – estruturados a partir das linhas - guias e operacionalizados por redes integradas de atenção. O atendimento programado tende a abordar também os problemas crônicos e/ou condições crônicas. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Acompanhamento dos clientes da área de abrangência da ESF; Organização da agenda médica. | Dependerá da rotina de cada Unidade Básica de Saúde. | Todos os profissionais da equipe de saúde. |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Abrir a unidade no horário determinado;
2. Realizar a marcação de consultas médicas nas datas e horários determinados para cada seguimento de programa (Saúde da Mulher, Pré-natal e puerpério, hipertensos, diabéticos, Saúde do Idoso, Saúde da criança...);
3. As marcações devem seguir de acordo com o plano diretor, agenda aberta mensal;
4. Na data da consulta o cliente deve levar o cartão do SUS municipal e nacional;
5. O cliente deverá chegar no horário agendado; após o horário a sua vaga será liberada para demanda espontânea;
6. Deverá haver a verificação de pressão arterial, peso e estatura de todos os clientes como uma pré-consulta; POP
7. Após as consultas o cliente terá toda informação necessária, como marcação de exames, encaminhamentos e participação em grupos operativos.
 |
| *Considerações* |
| Deve-se evitar o acúmulo das pessoas nos mesmos horários e os longos períodos de espera. |
| *Referências* |
| SAUDE, Ministério. **Humaniza SUS: Politica Nacional de Humanização**. Brasília, 2004.SAUDE, Ministério. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.**Edição 2ª. Brasília, 2010. |

# POP 08 – VISITA DOMICILIAR

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| A visita domiciliar é uma “forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo, à família ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando a maior eqüidade da assistência em saúde”. |
| *Data de implantação:* | *Validade:*  | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Proporcionar vigilância, assistência e promoção à saúde no domicílio, dentro dos princípios do SUS, em uma área geográfica adscrita (ESF ou PACS). | * Acamados
* Puérpera;
* Recém-nascido;
* Portadores de doenças infecto contagiosas;
* Portadores de doença crônica, idosos, dificuldade de locomoção.
 | Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Médico. |
| *Material* |
| * Prontuário do cliente;
* Esfignomanômetro;
* Esteto;
* Termometro;
* Glicosimetro;
* Lancetas;
* Algodão;
* Luvas de procedimentos;
* Palhetas reativas;
* Receituários;
* Caneta;
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Registro de VD solicitada pela comunidade ou indicada por membros da equipe;
2. Discussão entre membros disponíveis da equipe da ESF sobre as solicitações da visita, e programação do agendamento para a semana seguinte, conforme situação de risco ou vulneráveis;
3. Primeira visita: traçar o pré-plano de assistência para clientes não visitados;
4. Cliente já visitado anteriormente, revisar plano de assistência e responsabilidades de cada componente da equipe;
5. Reservar carro para o deslocamento da equipe até o domicilio;
6. Execução da visita com registro de dados mediante prontuário do cliente;
7. Avaliar, orientar e adotar procedimentos terapeuticos ao cliente, conforme plano terapêutico traçado pela equipe;
8. Realizar verificação de sinais vitais conforme (POP 10 )
 |

|  |
| --- |
| 1. Avaliar a condição ambiental do domicilio, e construir proposta de adequação dentro da realidade familiar e do domicílio;
2. Trabalhar as relações familiares na busca pela harmonia, otimizando ações para um ambiente familiar terapêutico, que promova qualidade de vida para o cliente, cuidador e sua família de maneira a construir uma rede de apoio;
3. Orientar a familiar sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotadas;
4. Registrar os dados no prontuário do cliente;
5. Oferecer a equipe o retorno sobre o atendimento realizado;
 |
| *Considerações* |
| * Compreender o indivíduo como sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde, e visualizá-lo como agente responsável pelo processo de equilíbrio entre a relação saúde-doença;
* Estar disponível para fornecer esclarecimentos e orientações à família sempre que solicitado;
* Monitorar o estado de saúde do cliente facilitando a comunicação entre família e equipe;
* Otimizar a realização do plano terapêutico estabelecido para cada pessoa;
 |
| *Referências* |
| BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (2 volumes). |

# POP 09 – PRÉ CONSULTA

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| É um conjunto de ações de sucessão ordenada, para conhecer a situação de saúde da clientela e tomar decisões quanto à assistência a ser prestada. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Observar as características gerais do cliente, conhecer o seu perfil, realizar orientações e criar vínculo cliente/profissional. | Sempre que necessário. | Enfermeiro, Técnico de enfermagem. |
| *Material* |
| * Esfignomanômetro e estetoscópio,
* Glicosímetro e fita glicêmica;
* Termômetro;
* Balança antropométrica;
* Algodão com álcool 70%;
* Prontuário da família;
* Ficha de produção mensal.
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Lavar as mãos (POP 02);
2. Orientar o usuário quanto ao procedimento;
3. Questionar o motivo porque procurou a UBS;
4. Registrar no prontuário os dados de aferição de: peso e estatura, pulso e respiração, temperatura corporal, pressão arterial, além de outros dados que estejam programados para o caso (POP 10, 11, 12, 13, 15 e 17);
5. Encaminhar o usuário para aguardar o atendimento;
6. Manter a sala em ordem e guardar o material.
 |
| *Considerações* |
| Realizar acolhimento dos clientes, explicando e retirando suas dúvidas. |
| *Referências* |
| Trindade, Cristiano S. **A Importância do Acolhimento no processo de trabalho das equipes saúde da família**, Nescon 2010. |

# POP 10 – AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Procedimento para avaliar o nível de pressão arterial dos indivíduos. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Detectar precocemente desvios de normalidade; Indicar variações individuais de níveis pressóricos. | Sempre que necessário. | Enfermeiro, Técnico de enfermagem. |
| *Material* |
| * Algodão
* Álcool 70%
* Estetoscópio
* Esfignomanômetro
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
2. Colocar o cliente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração, apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido;
3. Identificar o manguito adequado (com largura correspondente a 40% da circunferência do braço), realizar assepsia das olivas e campânula do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%;
4. Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;
5. Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito enquanto continua palpar a artéria. Anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece.
 |
| *Considerações* |
| Orientar para que o cliente descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento;Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o cliente sentado e em pé, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti hipertensiva;Certificar-se de que o cliente não esteja com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da aferição;O esfignomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 |

|  |
| --- |
| meses ou sempre que apresentar sinais de descalibração. |
| *Referências* |
| SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO;SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2010, vol.95, n.1, suppl.1.CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem.** Campinas/SP, 2009.POTTER, P.A. & PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**, p.729, 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. |

# POP 11 – VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Determinar a resposta cardíaca expressa pelo batimento de uma artéria pressionada sobreuma saliência óssea. Envolve os critérios de frequência, volume e ritmo avaliados por 1 (um) minuto. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por :* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Verificar o estado geral da saúde cardiovascular e a resposta ao organismo a outros desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas; Avaliar estado geral do cliente;Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações. | Sempre que necessário. | Enfermeiro, Técnico de enfermagem. |
| *Material* |
| * Relógio com marcador de segundos;
* Estetoscópio se necessário.
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos (POP 02);
3. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Manter o cliente em posição confortável;
5. Posicionar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, ( radial, braquial, carotídea, poplítea, femural e pediosa) pressionando levemente contra saliência óssea;
6. Enumerar as pulsações por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto a volume, ritmo e frequência);
7. Higienizar as mãos (POP 02);
8. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;
9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário.
 |
| *Considerações* |
| Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração;Considerar se o cliente realiza atividade física regular, neste caso, a frequência padrão pode ser inferior.Observar valores de referência: Recém-nascido: 120 à 140 bpm; |

|  |
| --- |
| Lactente: 100 à 120 bpm;Infância e adolescência: 80 à 100 bpm; Adulto: 60 à 80 bpm. |
| *Referências* |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica.** 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão: Enfermagem**, 2012.POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. RIO GRANDE DO NORTE.Secretaria de Saúde Pública. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. **Manual de Procedimentos,** 2010.ARCHER, E. et al;. **Procedimentos e Protocolos; revisão técnica** Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.[http://www.enfermagemnovidade.com.br/2014/07/sinais-vitais.html.](http://www.enfermagemnovidade.com.br/2014/07/sinais-vitais.html) |

# POP 12 – VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Determinar a resposta pulmonar expressa pelos movimentos respiratórios que envolvem os critérios de freqüência, amplitude/profundidade, ritmo e simetria que devem ser avaliados por 1 (um) minuto. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Avaliar a resposta do organismo adesequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas. Avaliar estado geral do cliente/cliente, auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações.Acompanhar a evolução da doença. | Sempre que necessário. | Enfermeiro, Técnico de enfermagem. |
| *Material* |
| * Relógio com marcador de segundos;
* Estetoscópio se necessário.
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Higienizar as mãos (POP 02);
2. Reunir o material e levá-lo para próximo do cliente;
3. Apresentar-se e explicar o procedimento ao cliente e/ou acompanhante;
4. Manter o cliente em posição confortável;
5. Colocar a mão no pulso do cliente simulando a verificação do pulso;
6. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;
7. Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;
8. Higienizar as mãos (POP 02);
9. Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%;
10. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário.
 |
| *Considerações* |
| Observar os padrões de frequência respiratória;Valores de referência: Recém nascido: 30 à 40 mrpm (movimentos respiratórios por minuto); Adulto: 14 à 20 mrpm. |
| *Referências* |

|  |
| --- |
| HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão: Enfermagem**, 2012.GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Saúde Pública. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. **Manual de Procedimentos, 2010**.POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.ARCHER, E et al;. **Procedimentos e Protocolos; revisão técnica** Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.<http://www.enfermagemnovidade.com.br/2014/07/sinais-vitais.html> |

# POP 13 – TEMPERATURA CORPORAL

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Determinar a temperatura corpórea (da superfície da pele). |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
|  01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Avaliar resposta do organismo adesequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas; Avaliar estado geral do cliente; Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações; Acompanhar a evolução da doença. | Sempre que necessário. | Enfermeiro, Técnico de enfermagem. |
| *Material* |
| * Algodão;
* Álcool a 70%;
* Termômetro digital.
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos (POP 02);
3. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Manter o cliente em posição confortável;
5. Realizar desinfecção do termômetro zerando a temperatura armazenada anteriormente;
6. Selecionar local apropriado, livre de lesões (preferencialmente região axilar);
7. Aguardar até a emissão de sinal sonoro (termômetro digital);
8. Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%;
9. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
10. Higienizar as mãos (POP 02);
11. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário.
 |
| *Considerações* |
| Em crianças observar se a vestimenta está adequada à estação do ano ou temperatura ambiente ou fatores externos que possam alterar a temperatura. |

|  |
| --- |
| Valores de Referência: Temperatura oral: 37 ºCTemperatura axilar: 36,4 ºC Temperatura retal: 37,6 ºCRealizar acolhimento dos clientes, explicando e retirando suas dúvidas. |
| *Referências* |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica.** 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão: Enfermagem**, 2012.RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Saúde Pública. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel.**Manual de Procedimentos**, 2010.POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.ARCHER, E et al;. **Procedimentos e Protocolos; revisão técnica** Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.<http://www.enfermagemnovidade.com.br/2014/07/sinais-vitais.html> |

# POP 14 – GLICEMIA CAPILAR

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Método para obtenção do nível de glicemia capilar dos indivíduos. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital. | Sempre que necessário. | Enfermeiro, Técnico de enfermagem. |
| *Material* |
| * Bandeja
* Algodão
* Álcool a 70%
* Luvas de procedimento
* Lanceta
* Glicosímetro
* Fitas reagentes
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;
2. Higienizar as mãos (POP 02);
3. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Calçar as luvas de procedimento (POP 05);
5. Conectar a fita reagente ao glicosímetro;
6. Orientar o cliente a lavar as mãos com água e sabão, enxaguar e secar. Fazer antissepsia com algodão embebido no álcool a 70% e secar completamente;
7. Posicionar o dedo do cliente para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local;
8. Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção;
9. Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado;
10. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
11. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 05 e 02);
12. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário,
13. Registrar o procedimento em planilha de produção. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.
 |
| *Considerações* |
| Seguir as instruções dos fabricantes dos glicosímetros, checando recomendações específicas; |

|  |
| --- |
| Evitar locais frios, cianóticos ou edemaciados para a punção para assegurar uma amostra de sangue adequada;Verificar a validade das fitas;Verificar a compatibilidade entre o número do “chip” /código com o número do lote da fita utilizada;Comunicar resultado ao enfermeiro, caso esteja alterado; Cumprir rodízio dos locais de punção;Amostras de sangue escorridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas |
| *Referências* |
| SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Brasília/DF, 2012.PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica.** 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.PIANUCCI, A. **Saber Cuidar: procedimentos básicos em enfermagem.** São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2005. |

# POP 15 – MEDIDA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Técnica para avaliar aproximadamente a massa de gordura intra-abdominal e da gordura total do corpo. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Avaliar a distribuição de gordura nos indivíduos, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gorduraabdominal. | Em todos os usuários das Unidades Básica de Saúde de Bom Jardim. | Enfermeiro, Técnico de enfermagem, médicos e nutricionistas. |
| *Material* |
| * Fita métrica não extensível/inelástica.
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos (POP 02);
3. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Solicitar ao cliente que fique em pé, ereto, abdomen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;
5. Afastar a roupa do cliente de forma que a região da cintura fique despida;
6. Posicionar-se lateralmente ao cliente e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca;
7. Segurar o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre o ponto médio localizado;
8. Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura; não deve ficar larga, nem apertada;
9. Pedir ao cliente que inspire e, em seguida, que expire totalmente. Realizar a leitura antes que a pessoa inspire novamente;
10. Higienizar as mãos (POP 02);
11. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
12. Registrar o procedimento em planilha de produção.
13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.
 |
| *Considerações* |
| A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto. |
| *Referências* |
| BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE.**Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde.** Brasília/DF, 2011. |

# POP 16 – MEDIDA DA ESTATURA

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Técnica para obtenção da altura dos indivíduos. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Obter o valor preciso da altura dos indivíduos para avaliação antropométrica. | Em todos os usuários das Unidades Básica de Saúde de Bom Jardim | Enfermeiro, Técnico de enfermagem, médicos e nutricionistas; |
| *Material* |
| * Antropômetro
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos (POP 02);
3. Apresentar-se ao cliente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Crianças menores de 2 anos:
5. Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços;
6. Manter, com a ajuda da mãe/ responsável:
	* a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;
	* os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro;
	* os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro;
7. Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam;
8. Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;
9. Retirar a criança;
10. Higienizar as mãos (POP 02);
11. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
12. Registrar o procedimento em planilha de produção;
13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

**Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:**1. Posicionar o cliente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento;
2. Solicitar ao cliente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;
3. Solicitar ao cliente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/ parede;
4. Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente

para comprimir o cabelo; |

|  |
| --- |
| 1. Solicitar ao cliente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;
2. Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;
3. Higienizar as mãos (POP 02);
4. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
5. Registrar o procedimento em planilha de produção;
6. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.
 |
| *Considerações* |
| Antropômetro vertical deve estar fixado numa parede lisa e sem rodapé. |
| *Referências* |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012. |

# POP 17 – MEDIDA DO PESO CORPORAL

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Método para obtenção da medida do peso corporal dos indivíduos. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 | 04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Avaliar a evolução pondero-estatural do indivíduo. | Em todos os usuários das Unidades Básica de Saúde de Bom Jardim  | Enfermeiro, Técnico de enfermagem, médicos e nutricionistas; |
| *Material* |
| * Balança mecânica ou digital;
* Papel toalha.
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Reunir o material; Evitar erros e facilitar a organização e o controle eficiente do tempo;
2. Higienizar as mãos (POP 02);
3. Apresentar-se ao cliente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços;
5. Manter, com a ajuda da mãe/ responsável: Garantir o posicionamento correto da criança;
	* a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;
	* os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro;
	* os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro;
6. Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam;
7. Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;
8. Retirar a criança;
9. Higienizar as mãos (POP 02);
10. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento.
11. Registrar o procedimento em planilha de produção;
12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

**Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:**1. Posicionar o cliente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento; Solicitar ao cliente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos; Garantir o posicionamento correto do cliente;
2. Solicitar ao cliente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em

|  |
| --- |
| contato com o antropômetro/ parede;1. Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;
2. Solicitar ao cliente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;
3. Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;
4. Higienizar as mãos (POP 02);
5. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento.
6. Registrar o procedimento em planilha de produção;
7. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.
 |
| *Considerações* |
| Antropômetro vertical deve estar fixado numa parede lisa e sem rodapé. |
| *Referências* |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012. |

 |

# POP 19 – MEDIDA DO PERÍMETRO ENCEFÁLICO

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Medida da circunferência fronte-occipital, correspondendo ao perímetro cefálico máximo. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:*  |
|  01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Avaliar o desenvolvimento cerebral e detectar precocemente anomalias. | Em todas as crianças ate 01 ano de vida das Unidades Básica de Saúde de Bom Jardim. | Enfermeiro, Técnico de enfermagem e médicos; |
| *Material* |
| * Fita métrica não extensível/inelástica.
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos (POP 02);
3. Apresentar-se ao cliente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal; Garantir o posicionamento correto do cliente;
5. Passar a fita métrica por baixo da cabeça da criança posicionando-a sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima;
6. Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça;
7. Realizar a leitura;
8. Higienizar as mãos (POP 02);
9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
10. Registrar o procedimento em planilha de produção;
11. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado
 |
| *Considerações* |
| * Não incluir pavilhão auricular;
* Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior.
 |
| *Referências* |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica.** 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. |

# POP 20 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INALATÓRIA

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Inaloterapia é uma modalidade de tratamento na qual há a administração de medicações ou soluções por via inalatória, isto é diretamente nas vias aéreas. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
|  01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Umidificar a via aérea, dilatar os brônquios e eliminar secreções. | Sempre que necessário. | Enfermeiro e/ou Técnico de Enfermagem. |
| *Material* |
| * Copo nebulizador.
* Máscara.
* Medicação prescrita.
* Soro Fisiológico.
* Seringa.
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Higienizar as mãos (POP 02).
2. Observar prescrição médica.
3. Preparar o material.
4. Colocar a quantidade prescrita de soro fisiológico e medicamentos no copo de inalação.
5. Fechar o copo de inalação.
6. Colocar a máscara de inalação de acordo com o tamanho do cliente.
7. Conectar a extensão ao copo de inalação e a outra extensão ao inalador.
8. Orientar o cliente a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento.
9. Pedir ao cliente para segurar o copo de colocar a máscara entre a boca e nariz.
10. Ligar o inalador.
11. Manter a inalação durante o tempo indicado e observar o cliente e possíveis alterações.
12. Interromper a inalação se ocorrer reações ao medicamento.
13. Desligar o inalador.
14. Oferecer papel toalha para o cliente secar a umidade do rosto.
15. Levar o material desacoplado, para lavagem e desinfecção.
16. Higienizar as mãos (POP 02).
17. Anotar o procedimento e observações no prontuário do cliente.
 |
| *Considerações* |
| Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;* Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
 |

|  |
| --- |
| * Preparar o medicamento a ser administrado na presença do cliente;
* Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec) deve-se solicitar ao cliente ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada;
* Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do Farmacêutico;
* Caso a solução para diluição esteja em um frasco que será fracionado para vários procedimentos, identificar frasco com data e horário de abertura e validade;
* Deve-se fazer a inalação com o cliente sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração.
 |
| *Referências* |
| POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.VIANA, D. L. **Manual de Procedimentos em Pediatria**. Yendis Editora. São Caetano do Sul. São Paulo, 2006. |

# POP 21 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRADÉRMICA

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| O medicamento é aplicado entre a derme e a epiderme e sofre pouca absorção sistêmica. Por esta via é utilizado pequenos volumes (0,5 ml ou menos), para processos que envolvem reações imunológicas (exemplo: testes de sensibilidade ou alergia e tuberculose), aplicação de vacinas e anestésico local. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Administrar testes e vacinas pela via intradérmica. | Sempre que necessário. | Enfermeiro. |
| *Material* |
| * Bandeja.
* Medicamento.
* Recipiente de material perfuro-cortante.
* Bolas de algodão ou gazes.
* Seringa 1 ml.
* Agulha 13X4, 5mm
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Higienizar as mãos (POP 02)
2. Verificar a prescrição.
3. Explicar o procedimento ao cliente ou familiares.
4. Escolher o local de aplicação preferencialmente no antebraço 3 a 4 dedos da fossa anticubital e 5 dedos acima do punho, que não seja pigmentado ou tenha muitos pelos.
5. Apoiar o braço sobre superfície plana.
6. Verificar se o local escolhido está limpo.
7. Proceder a limpeza com soro fisiológico.
8. Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios de assepsia.
9. Aspirar ao medicamento da ampola ou frasco-ampola.
10. Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto.
11. Usar a mão não dominante para esticar as dobras da pele no local da injeção.
12. Colocar a agulha formando com a pele um ângulo de 15°.
13. Injetar o líquido lentamente, ao mesmo tempo em que observa o surgimento de uma bolha.
14. Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção.
15. Não reencapar a agulha.
16. Descartar a seringa na caixa de perfuro-cortante.
17. Permanecer com o cliente e observar reação alérgica.
 |

|  |
| --- |
| 1. Higienizar as mãos (POP 02)
2. Anotar o procedimento e observações no prontuário do cliente.
 |
| *Considerações* |
| * Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;
* Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
* Preparar o medicamento a ser administrado na presença do cliente;
* Antes de administrar soluções intradérmicas, assegure-se de que ela está na temperatura adequada, evitando dessa forma a inativação da mesma;
* Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo e procure a orientação do farmacêutico;
* Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição;
* Imediatamente após a administração, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente.
 |
| *Referências* |
| POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 14/2010.**Uso de luvas de****procedimento para a administração de medicamentos**, 2010. |

# POP 22 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO OCULAR

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Técnica para instilar colírios ou pomadas oftálmicas na bolsa conjuntival. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por* |
| 01/08/2023 | 04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Obter uma resposta farmacológica adequada através da via indicada. | Sempre que necessário. | Enfermeiro ou técnico de enfermagem. |
| *Material* |
| * Bandeja (se necessário).
* Medicamento.
* Luva de procedimento.
* Gaze estéril.
* Soro fisiológico 0,9% 10 ml.
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| **GOTA**1. Higienizar as mãos conforme (POP 02)
2. Colocar luvas de procedimento. POP
3. Pedir ao cliente para deitar em decúbito dorsal ou sentar-se em uma cadeira com a cabeça ligeiramente hiperestendida.
4. Limpar as pálpebras do cliente com gaze embebida em SF0,9% (canto interno para o externo).
5. Descartar a gaze e usar uma para cada limpeza.
6. Com a mão dominante repousando sobre a fronte do cliente, segure o frasco da solução oftalmológica aproximadamente 1 a 2 cm acima do saco conjuntival.
7. Expor o saco conjuntivo inferior e segurar a pálpebra superior bem aberta com a mão não dominante, solicitar ao cliente para olhar para o teto.
8. Instilar a medicação.
9. Oferecer gaze ao cliente para limpar o excesso.
10. Higienizar as mãos. POP
11. Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente.

**POMADA**1. Segure o aplicador acima da pálpebra inferior, aplique uma camada fina de pomada de maneira uniforme ao longo da borda interna da pálpebra inferior sobre a conjuntiva, desde o canto interno para o externo;
2. Peça ao cliente para que feche os olhos e esfregue ligeiramente a pálpebra em movimentos circulares com a gaze, quando o atrito não for contraindicado.
3. Desprezar materiais utilizados, observando especificidade de cada um.
4. Higienizar as mãos (POP 02).
5. Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente.
 |

|  |
| --- |
| *Considerações* |
| * Usar o medicamento apenas no olho afetado.
* Observar sinais de reação alérgica e efeitos colaterais a medicação administrada.
 |
| *Referências* |
| POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. **Tratado prático de enfermagem**. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008. |

# POP 23 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO ORAL

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Via oral, VO, uso interno, enteral ou ainda per os (do latim, pela boca), em farmacologia é uma forma de administração de fármacos, caracterizada pela ingestão pela boca. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Obter uma resposta farmacológica adequada, de ação sistêmica lenta ou quando outras vias não sãoindicadas. | Sempre que necessário. | Enfermeiro ou técnico de enfermagem. |
| *Material* |
| * Terapia medicamentosa prescrita.
* Copo descartável para medicações.
* Água.
* Bandeja.
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e o horário.
2. Higienizar as mãos (POP 02).
3. Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data de validade.
4. Colocar o medicamento no copo descartável sem toca-lo. Usar seringa ou medidor para medicamentos líquidos.
5. Oferecer a medicação ao cliente em uma bandeja.
6. Oferecer água para ajudar na deglutição.
7. Permanecer ao lado do cliente até que este degluta todo o medicamento.
8. Higienizar as mãos (POP 02).
9. Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente.
 |
| *Considerações* |
| * Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;
* Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
* Preparar o medicamento a ser administrado na presença do cliente;
 |
| *Referências* |
| POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. **Tratado prático de enfermagem**. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008. |

|  |
| --- |
| AME – **Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem**: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. **Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. |

# POP 24 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO SUBCUTÂNEA

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Na administração subcutânea (SC), é injetada pequena quantidade de medicamento líquido (0,5 a 2,0 ml) no tecido subcutâneo abaixo da pele do cliente. Indicada para administrar anticoagulantes (heparina, clexane), hipoglicemiantes (insulina) e vacinas (anti-rábica e anti- sarampo). O medicamento é absorvido lentamente para dentro dos capilares próximos, conferindo efeito prolongado do medicamento. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Obter uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica moderada ou quando outras vias não são indicadas. | Sempre que necessário. | Enfermeiro ou técnico de enfermagem. |
| *Material* |
| * Bandeja;
* Luvas de procedimento;
* Algodão;
* Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;
* Agulha para aplicação (13x4,5 ou 8x4,5); Seringa de 1 ml;
* Medicamento prescrito.
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração do cliente;
2. Realizar a higienização das mãos (POP 02)
3. Preparar o medicamento utilizando a agulha de aspiração e a seringa de 1ml;
4. Retirar a agulha de aspiração e inserir a agulha 13 x 4,5 mm na seringa;
5. Colar o rótulo de identificação no medicamento;
6. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
7. Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
8. Levar a bandeja até a unidade do cliente;
9. Informar e explicar o procedimento ao cliente;
10. Conferir o rótulo com os dados do cliente;
11. Realizar a higienização das mãos (POP 02)
12. Posicionar o cliente de forma adequada ao procedimento;
13. Calçar as luvas de procedimento (POP 05);
14. Fazer a anti-sepsia do local;
 |

|  |
| --- |
| 1. Pinçar com os dedos a pele do local de administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão dominante. O profissional deve segurar a seringa como se fosse um dardo, deixando a palma da mão para cima);
2. Inserir em um único movimento a seringa com a agulha 13 x 4,5 mm no tecido subcutâneo em um ângulo de 90º;
3. Injetar lentamente o medicamento com a mão oposta que segura a seringa (soltar a prega do tecido);
4. Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;
5. Aplicar leve compressão ao local com gaze;
6. Recolher o material utilizado, deixando a unidade do cliente em ordem;
7. Desprezar os resíduos;
8. Descartar o material perfuro-cortante no Descarpax® (sem desconectar a agulha da seringa e sem reencapá-la);
9. Retirar a luva de procedimento;
10. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
11. Realizar a higienização das mãos (POP 02)
12. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
13. Fazer anotação de enfermagem se houver intercorrências.
 |
| *Considerações* |
| * Na administração de insulina não realizar massagem após aplicação, para evitar a absorção rápida.
* Locais de aplicação:
	+ Região deltóide no terço proximal.
	+ Face superior externa do braço.
	+ Face anterior da coxa.
	+ Face anterior do antebraço.
	+ Região umbilical.
	+ Região da mama
 |
| *Referências* |
| POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008. |

# POP 25 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Na via intramuscular a medicação e vacina são introduzidas dentro do tecido muscular. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Utilizar o tecido muscular como via de administração demedicamentos, beneficiando-se da rápida absorção de substâncias por esse tecido. | Sempre que necessário. | Enfermeiro ou técnico de enfermagem. |
| *Material* |
| * Terapia medicamentosa prescrita.
* Medicamento.
* Luva de procedimento.
* Agulha.
* Seringa.
* Algodão embebido em álcool 70%.
* Algodão seco.
* Bandeja.
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e horário.
2. Higienizar as mãos (POP 02)
3. Ler o rótulo da dosagem do medicamento, verificando a data de validade.
4. Preparar o medicamento e os materiais necessários na bandeja.
5. Esclarecer ao cliente sobre a medicação que irá receber.
6. Calçar as luvas de procedimento (POP 05)
7. Escolher o local para administração do medicamento (Dorso Glúteo,Ventroglútea- Hostheter, Deltóide ou Vasto lateral da coxa).
8. Posicionar o cliente de modo que auxilie no relaxamento do músculo, evitando o extravasamento e minimizando a dor.
9. Fazer anti-sepsia do local com algodão embebido em álcool 70%.
10. Introduzir a agulha num ângulo de 90º a pele. ( conforme região para aplicação).
11. Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento no músculo, para certificar de que nenhum vaso sanguíneo foi atingido.
12. Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo.
 |

|  |
| --- |
| 1. Retirar o conjunto agulha e seringa em movimento único.
2. Utilizar bola de algodão para tamponar, evitando que o medicamento extravase.
3. Descartar seringa/agulha em recipientes pérfuro-cortante.
4. Retirar luvas.
5. Higienizar as mãos (POP 02)
6. Anotar no prontuário do cliente o procedimento, as observações e intercorrências
 |
| *Considerações* |
| Locais de aplicação:O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. Na seleção do local deve-se considerar o seguinte:* Distância em relação a vasos e nervos importantes;
* Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;
* Espessura do tecido adiposo;
* Idade do cliente;
* Irritabilidade da droga;
* Atividade do cliente.

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

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

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

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

*Referências*

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

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

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

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

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

# POP 26 – TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Terapia realizada através da administração de sais de reidratação oral para repor líquidos e eletrólitos. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Corrigir o desiquilíbrio hidroeletrolídico pelaReidratação oral, prevenindo a desidratação e seus agravos. | Sempre que necessário. | Enfermeiro ou técnico de enfermagem. |
| *Material* |
| * Envelope de Soro de Reidratação Oral – SRO;
* Água filtrada ou fervida (fria);
* Jarra de 01 litro (vidro ou plástico com tampa);
* Copo descartável.
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;
2. Higienizar as mãos (POP 02);
3. Apresentarem-se ao cliente, sanando todas as suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Diluir um envelope de SRO em 01 litro de água;
5. Ofertar ao cliente em curtos intervalos toda vez que ele desejar;
6. Solicitar reavaliação do cliente após o término da terapia;
7. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
8. Higienizar as mãos (POP 02);
9. Registrar procedimento no prontuário do cliente, carimbar e assinar.
 |
| *Considerações* |
| * Crianças poderão receber o SRO no volume de 50 a 100 ml/kg de peso, por um período máximo de 4 a 6horas;
* Não apresentando melhora do quadro, solicitar a avaliação médica.
 |
| *Referências* |
| POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.Portal da Saúde – **Ministério da Saúde**– [www.saude.gov.br.](http://www.saude.gov.br/):[http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/doenca-](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/doenca-diarreica-aguda-dda) [diarreica-aguda-dda](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/doenca-diarreica-aguda-dda) |

# POP 27 – SALA DE CURATIVO

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
|  |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Estabelecer rotinas de organização efuncionamento das salas de curativo. | Salas de curativo. | Enfermeiro ou técnico de enfermagem. |
| *Material* |
| * Materiais de limpeza conforme estabelecida por vigilância sanitária.
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Organizar a sala;
2. Solicitar a auxiliar de serviços gerais que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
3. Trocar as almotolias semanalmente colocando novas soluções, previamente limpas, identificadas e datadas. Verificar a data de validade de materiais esterilizados;
4. Repor materiais necessários, conforme a rotina da unidade;
5. Realizar os curativos conforme prescrição médica e/ ou do enfermeiro. Após a realização de curativos contaminados solicitar a auxiliar de serviços gerais a limpeza concorrente e descontaminação se necessário;
6. Desprezar o resíduo do curativo em lixo infectante.
 |
| *Considerações* |
| * Realizar procedimento diariamente.
 |
| *Referências* |
| Prefeitura de Colombo. Procedimento Operacional Padrão, 2012. |

# POP 28 – CURATIVO

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Curativo é o procedimento que compreende o processo de limpeza, desbridamento, seleçãoe aplicação da cobertura e/ou tratamento tópico da lesão proporcionando um meio adequado ao processo de cicatrização. |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Promover a cicatrização, manter a ferida limpa, prevenir infecções e traumas físicos, aliviar a dor, promover isolamento térmico, promover.conforto físico e psicológico, permitir trocas sem traumas a lesão, manter a umidade da ferida em lesões abertas, absorver/controlar o excesso de exsudato. | Conforme necessidade. | Enfermeiro ou técnico de enfermagem. |
| *Material* |
| * Mesa auxiliar ou bandeja
* Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly;
* Cabo e lâmina de bisturi (se necessário);
* Tesoura;
* Pacote de gazes esterilizadas;
* Atadura de rayon estéril;
* Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente;
* Agulha 25 x 1.2 ou 40x1.2;
* Álcool 70%;
* Luvas de procedimento e/ou estéril;
* Micropore (R)/Esparadrapo;
* Atadura de crepe;
* Espátula;
* Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;
* EPI (óculos, avental e máscara), se necessário;
* Papel Toalha.
 |

|  |
| --- |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Conferir a prescrição;
2. Higienizar as mãos (POP 02);
3. Reunir todo o material, conforme o ambiente (UBS/domicílio);
4. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas, antes de iniciar a execução;
5. Colocar o cliente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
6. Higienizar novamente as mãos (POP 02);
7. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários (POP 05);
8. Observar o curativo anterior antes da remoção; Avaliar extravazamento do exsudato e características gerais do curativo anterior;
9. Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada do micropore e desprendimento da cobertura;
10. Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor;
11. Documentar a evolução da ferida e para subsidiar a avaliação do produto prescrito;
12. Se necessário proceder a limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periferida com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha;
13. Retirar luvas e higienizar as mãos (POP 02);
14. Abrir o pacote de curativo utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças; Obedecer aos princípios de assepsia;
15. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários (POP 05);
16. Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%;
17. Com o auxílio das pinças limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida de SF 0,9%
18. Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%; Remover detritos, bactérias, exsudatos, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos da superfície da ferida;
19. Na presença de tecido desvitalizado solto ou não, solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/desbridamento; Remover tecidos inviáveis;
20. Secar a pele peri-lesão com gaze .
21. Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível semanal/quinzenal;
22. Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo enfermeiro/médico e ocluir o curativo conforme necessidade (gazes, rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);
23. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
24. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
25. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário,
26. Registrar o procedimento em planilha de produção;
27. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.
 |
| *Considerações* |
| * Todos curativos crônicos devem passar por uma primeira avaliação do Enfermeiro, que realizará a sistematização da assistência de enfermagem que poderá delegar aos profissionais de nível médio, a execução do procedimento, com a prescrição do cuidado e material a ser utilizado, mantendo a avaliação periódica e evolução da ferida.
* Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do cliente e local da realização do curativo.
* A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.
* O desbridamento só pode ser realizado por enfermeiros e médicos.
* A indicação dos produtos/coberturas deve ser feita considerando o momento evolutivo
 |

|  |
| --- |
| da lesão, tipo de tecido, patologia, adesão ao tratamento, recursos disponíveis, materiais padronizados e protocolo de uso da Secretaria Municipal de Saúde |
| *Referências* |
| POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.HESS, C. T. Tratamento de Feridas e Úlceras. Rio de Janeiro: Editora Reichmann& Affonso, 2002.RIBEIRÃO PRETO. SMS. Manual de Assistência Integral às Pessoas com Feridas, 2011.SANTOS,J.B.D; PORTO,S.G; Suzuki,L.M; Sostizzo,L.Z; Antoniazzi,J.L. Hospital da Clínicas de Porto Alegre, RS. Avaliação e Tratamento de Feridas: Orientações aos profissionais de saúde. 2011 |

# POP 29 – RETIRADA DE PONTOS

|  |
| --- |
| *Conceito:* |
| Retirada de fios colocados para aproximar as bordas de uma lesão (sutura). |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Facilitar a cicatrização. | Conforme prescrição médica ou avaliação do enfermeiro. | Enfermeiro ou técnico de enfermagem. |
| *Material* |
| * EPIs: luvas de procedimentos;
* Pacote de retirada de pontos: Lâmina de bisturi, Tesoura de Íris, pinça Kelly, pinça anatômica, dente de rato ou Kocher;
* Soro Fisiológico 0,9%;
* Gazes (estéreis);
 |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| 1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos (POP 02);
3. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Paramentar-se com os EPIs;
5. Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar limpeza local com soro fisiológico;
6. Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, próximo a pele com a tesoura de Íris ou lâmina de bisturi;
7. Colocar os pontos retirados sobre uma gaze;
8. Realizar contagem dos pontos antes e após a retirada;
9. Cobrir a ferida se houver necessidade;
10. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
11. Retirar os EPIs e realizar o descarte;
12. Higienizar as mãos (POP 02);
13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;
14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário.
 |
| *Considerações* |
| * Certificar-se do tipo de fio utilizado na sutura. Em geral, suturas com fios absorvíveis não precisam ser retiradas; Nos casos em que houver sinais de processos inflamatórios ou infecciosos, solicitar avaliação do enfermeiro/ médico.
* Na ausência de prescrição médica a avaliação do enfermeiro para retirada de pontos deverá considerar a data de realização do procedimento.
 |

|  |
| --- |
| *Referências* |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.HARAGUSHIKU C. G. BERTOLDI L. Manual de procedimentos para sala de curativos. Disciplina de Administração da Assistência à Saúde, da Universidade Federal do Paraná, 2003. |

# POP 30 – TESTES RÁPIDOS HIV, SÍFILIS, HEPATITE B e C.

|  |
| --- |
| *Conceito: Consiste em teste cuja realização não necessita de estrutura laboratorial. Sua utilização é direcionada para profissionais da área de saúde com exposição ocupacional ao HIV,SÍFILIS, HEPATITE B e C, população de difícil acesso e demais rotinas de programas de saúde.* |
| Retirada de fios colocados para aproximar as bordas de uma lesão (sutura). |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Detectar as possíveis IST. | Conforme prescrição médica ou avaliação do enfermeiro. | Enfermeiro  |
| *Material* |
| -Teste que estiver em estoque; -Material recomendado pelo teste em estoque; - Instruções do uso do kit; -Luvas de procedimento; -Caixa de descarte para material perfuro cortante, se necessário; -Fichas de aconselhamento préteste e consentimento; -Laudo de Diagnóstico para HIV;  -Ficha de Investigação; -Equipamentos de Proteção Individual (EPI). |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| -Informar ao usuário ou acompanhante sobre o procedimento; -Realizar o aconselhamento pré-teste com assinatura do Termo de consentimento; - Higienizar as mãos; -Verificar a data da validade do teste antes de abrir a embalagem, seguir orientações conforme bula, considerando que cada laboratório produz teste com especificações próprias; -Seguir coleta de material conforme bula do kit em uso; -Qualquer “anomalia” durante a coleta, colher nova amostra; -Seguir as instruções da bula quanto ao armazenamento, tempo de espera e leitura do resultado; -Retirar as luvas de procedimentos; -Entregar ao paciente o resultado; -Colocar luvas de procedimento; -Recolher o material do local e encaminhar o mesmo para os locais adequados;  -Retirar as luvas de procedimentos;-Higienizar as mãos; -Fazer o registro no prontuário / SISTEMA. |
| *Considerações:* INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS: SEGUIR RIGOROSAMENTE O ORIENTADO NA BULA PARA RESULTADO NÃO *REAGENTE, RESULTADO REAGENTE, E PARA TESTE INVÁLDO. -Sendo positivo o resultado, orientar paciente sobre encaminhamento e serviço de referencia, conforme protocolo pós-teste e sendo negativo orientações preventivas para DST´s.* |
| **Referências:** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV- Brasília: Ministério da Saúde, 2ª Edição. 2014. p.25; Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria das Políticas e Organização das Redes da Atenção à Saúde. Células de Atenção às Condições Crônicas.Coletas de Material para Exames/teste rápido de sífilis..p.157; |

**POP 31 – SALA DE VACINA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Padronizar a organização e funcionamento da sala de vacinação na atenção primária em saúde a fimde otimizar o atendimento e o acolhimento aos usuários. | De acordo com a rotina de cada ESF. | A equipe de enfermagem (triadores e vacinadores). |
| *Ação: 1. Organizar o ambiente para o início das atividades* |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| * Verificar se a sala está limpa e em ordem;
* Verificar a temperatura do(s) equipamento(s) de refrigeração, registrando-a no mapa de

registro diário de temperatura e resetar o termômetro após a leitura e verificar o sistema de ar condicionado (manter temperatura entre 18oC e 20oC)* Higienizar as mãos;
* Retirar as bobinas reutilizáveis do equipamento de refrigeração, colocando-as sobre a

pia ou a bancada até que desapareça a “névoa” que normalmente cobre a superfície externa da bobina congelada;* Colocar, simultaneamente, sob uma das bobinas o sensor de um termômetro de cabo

extensor, para indicação de quando elas terão alcançado a temperatura mínima de 0oC;* Colocar as bobinas nas laterais internas das caixas térmicas de uso diário após o

desaparecimento da “névoa” e a confirmação da temperatura;* Separar os cartões controle dos usuários com vacinação aprazada para o dia de

trabalho; ou consultar o SI-PNI para verificar os aprazamentos;* Mensurar a temperatura interna da caixa térmica por meio do termômetro de cabo extensorcertificando-se de que esteja entre +2oC e +8oC (ideal +5oC) antes de colocar as vacinas em seu interior. O sensor do termômetro deve ser posicionado no centro da caixa. Resetar o termômetro;
* Retirar do equipamento de refrigeração as vacinas e separar os diluentes correspondentes

na quantidade necessária ao consumo na jornada de trabalho, considerando os agendamentos previstos para o dia e a demanda espontânea;* Organizar as vacinas e diluentes na caixa térmica, já com a temperatura recomendada;
* Atentar para o prazo de utilização após a abertura do frasco para as apresentações em

multidoses conforme recomendações do PNI. No momento de abertura de novos frascosmultidoses, registrar a data e horário de abertura no frasco;* Organizar sobre a mesa de trabalho os impressos e os materiais de escritório.
 |
| *Ação: 2. Iniciar o atendimento ao usuário* |
| *Descrição do Procedimento/Técnica* |
| * Acolher o usuário;
* Verificar a situação vacinal atual, identificando quais vacinas devem ser administradas;
* Obter informações sobre o estado de saúde do usuário, avaliando as indicações e as
* possíveis precauções e contraindicações à administração dos imunobiológicos, evitando as falsas contraindicações;
* Orientar o usuário sobre a importância da vacinação e da conclusão do esquema básico deacordo com o grupo-alvo ao qual o usuário pertence e conforme o calendário de vacinaçãovigente do PNI.
 |
| *Ação: 3. Proceder aos registros* |
| *Descrição do procedimento/técnica:* |
| * Abrir os documentos padronizados do registro pessoal de vacinação (caderneta de
* vacinação, cartão-controle, etc). Cadastrar o usuário no SI-PNI caso esteja comparecendo à sala de vacinação pela primeira vez;
* Anotar na caderneta de vacinação e cartão-controle a data de aplicação, a dose, o lote, a unidade de saúde onde a vacina foi administrada e o nome legível do vacinador;
* Registrar a dose administrada no boletim diário específico, conforme padronização e/ou proceder ao registro da vacinação no SI-PNI;
* Registrar no boletim de movimentação diário após cada abertura de frascos;
* Aprazar a data de retorno para vacinação à lápis na caderneta de vacinação e cartão-

controle, considerando intervalos indicados entre as doses bem como vacinasrecomendadas conforme o calendário nacional de vacinação.* Reforçar as orientações, informando ao usuário sobre a importância da vacinação, os

próximos retornos e as condutas na possível ocorrência de eventos adversos pós-vacinação. |
| *Ação: 4. Administrar o imunobiológico* |
| *Descrição do procedimento/técnica:* |
| * Verificar o imunobiológico a ser administrado, conforme indicado no cartão;
* Higienizar as mãos antes da realização do procedimento;
* Observar a via de administração e a dosagem;
* Selecionar a seringa e a agulha apropriadas e, quando for o caso, acoplar a seringa à agulha, mantendo-a protegida;
* Examinar o imunobiológico, observando a aparência, o estado da embalagem, o número do lote, o prazo de validade do produto e o prazo de validade após abertura do frasco;
* Preparar o imunobiológico com um kit de seringa agulhada;
* Manter a agulha encapada até o momento da administração;
* Retornar com o frasco do imunobiológico para o interior da caixa térmica, caso o frasco seja multidose, logo após aspirar a dose;
* Administrar o imunobiológico segundo a técnica relativa a cada imunobiológico;
* Desprezar na caixa coletora de material perfurocortante as seringas/agulhas utilizadas eos frascos vazios ou vencidos;
* Higienizar as mãos após a realização do procedimento.

Recomendações: Após a abertura do imunobiológico, a solução deve ser mantida no frasco da vacina. A dose deve ser aspirada somente no momento da administração.Nunca deixe seringas previamente preparadas armazenadas na caixa térmica de uso diário e não utilize sistema fechado.Para a administração de vacinas não é recomendada a antissepsia da pele do usuário. Somente quando houver sujidade perceptível, a pele deve ser limpa utilizando-se água e sabão ou álcool a 70%. Caso utilize o álcool a 70% espere 30 segundos para permitir a secagem da pele.A administração de vacinas por via parenteral não requer paramentação especial para a sua execução. Quando o vacinador apresenta lesões abertas com soluções de continuidade nas mãos orienta-se a utilização de luvas, a fim de se evitar contaminação tanto do imunobiológico quanto do usuário.O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após a realização dos procedimentos. |
| *Ação: 5. Encerrar o trabalho diário* |
| *Descrição do procedimento/técnica:* |
| * Retirar as vacinas da caixa térmica de uso diário, observando o prazo de validade após a

 abertura, guardando no refrigerador aquelas que estejam dentro do prazo de validade e desprezando vacinas com prazo de validade vencido ou com rótulo danificado;* Organizar os imunobiológicos no refrigerador de modo que fique à frente os com datas de validades próximas ou com maior tempo de armazenamento;
* Retirar as bobinas reutilizáveis da caixa térmica, proceder à sua limpeza acondicionando-as no evaporador do equipamento de refrigeração ou freezer;
* Registrar o número de frascos utilizados e descartados por validade vencida, quebra, etc, no formulário padronizado de registro na ficha de movimento diário de imunobiológico para subsidiar a avaliação do movimento e das perdas dos mesmos);
* Proceder à limpeza da caixa térmica, guardando-a seca;
* Organizar o arquivo permanente, arquivando os cartões-controle utilizados;
* Verificar a lista de faltosos (pessoas agendadas que não compareceram);
* Separar os cartões-controle dos faltosos com a finalidade de realizar a busca ativa;
* Realizar backup diário do SIPNI desktop arquivando em mídia externa (pendrive, e-mail,

etc);* Verificar e anotar corretamente a temperatura do equipamento de refrigeração no mapa de controle diário de temperatura e resetar o termômetro após a leitura;
* Certificar-se de que os equipamentos de refrigeração estão funcionando adequadamente e a porta do refrigerador fechado;
* Deixar a sala limpa e em ordem.
 |
| *Referência:* |
| Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para vacinação. Brasília, 2014. |

**POP 32 – COLETA DE CITOPATOLÓGICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Data de implantação:* | *Validade:* | *Elaborado por:* |
| 01/08/2023 |  04 anos | Equipe técnica de enfermagem |
| *Objetivos* | *Aplicação* | *Executante* |
| Realizar coleta de citologia oncótica para rastreamento e diagnóstico de patologias cervicais e prevenção do câncer de colo uterino. Permitir a detecção de lesões precursoras e/ou da doença, em estágios iniciais. | De acordo com a rotina de cada ESF. | Enfermeiro e médico |
| *Ação: 1. Organizar o ambiente para o início das atividades* |
| *Material Necessário:* |
| * 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
* Gazes
* 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.
 |
| Descrição da atividade: |
| * Recepcionar a usuária, explicando o propósito do exame citopatológico e as etapas do procedimento;
* Realizar consulta de enfermagem;
* Preencher dos dados nos formulários para requisição de exame;
* Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite, com as iniciais do nome e sobrenome(s) da mulher e o número do registro;
* Solicitar que a mulher retire a parte inferior da roupa, oferecendo um avental, camisola ou lençol;
* Higienizar as mãos;
* Solicitar que deite na mesa ginecológica, auxiliando-a a posicionar-se adequada e confortavelmente para o exame;
* Cubra-a com o lençol;
* Posicionar o foco de luz;
* Calçar as luvas descartáveis;
* Observar atentamente os órgãos genitais externos, integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação, de veias varicosas e outras lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações;
* Introduzido o espéculo 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;
* Uma vez introduzido totalmente na vagina, abrir o especulo lentamente e com delicadeza (na dificuldade de visualização do colo sugira que a mulher tussa, não surtindo efeito solicite ajuda de outro profissional mais experiente);
* Proceder a coleta da ectocérvice, utilizando a espátula de madeira tipo 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. Caso considere que a coleta não tenha sido representativa, faça mais uma vez o movimento de rotação.
* Estender o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular.
* Dispor a amostra ectocervical no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca;
* Coletar a endocérvice, utilizando a escova endocervical, fazendo um movimento giratório de 360°, percorrendo todo o contorno do orifício cervical.
* Dispor o material retirado da endocérvice na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal;
* Fixar o esfregaço, imediatamente após a coleta: manter uma distância de 15 a 30 cm entre a lâmina e o spray fixador, garantir uma fixação ideal;
* Fechar o espéculo não totalmente, evitando beliscar a mulher;
* Retirar o espéculo delicadamente, inclinando levemente para cima, observando as paredes vaginais;
* Retirar as luvas;
* Higienizar as mãos;
* Auxiliar a paciente a descer da mesa;
* Solicitar que ela recoloque a parte de baixo da roupa;
* Informar sobre a possibilidade de um pequeno sangramento que poderá ocorrer depois da coleta, tranquilizando-a que cessará sozinho.
* Enfatizar a importância do retorno para o resultado.
* Realizar registro no prontuário;
* 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.
 |
| Observações: |
| Tamanho/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 ou medicamentos vaginais deve ser evitada por 48 horas antes da coleta, pois essas substâncias recobrem os elementos celulares dificultando a avaliação microscópica, prejudicando a qualidade da amostra para o exame citopatológico;
* A realização de exames intravaginais, como a ultrassonografia, também deve ser evitada nas 48 horas anteriores à coleta, pois é utilizado gel para a introdução do transdutor;
* Embora usual, a recomendação de abstinência sexual prévia ao exame só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas. Na prática a presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica.
* 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, o exame ginecológico é mandatório e a coleta, se indicada, pode ser realizada;
* Não lubrifique o especulo com qualquer tipo de óleo, glicerina, creme ou vaselina. Em caso de mulheres idosas, com vaginas extremamente ressecadas, molhar o especulo 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 do colo do útero são muito importantes para o diagnóstico citopatológico e 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, para não perder a qualidade do material a ser colhido;
* 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 hipótese alguma, sobrepor os epitélios na lâmina;
* Ocupar apenas um lado da lâmina para os dois epitélios;
* Aguardar a lâmina secar, pelo menos 12h para então acondiciona-la em porta lâminas adequado;
* Durante a secagem, manter as lâminas protegidas do sol, vento, umidade e ação direta do ar condicionado;
* Avaliar individualmente a realização do exame em adolescente desacompanhada;
* Coleta em virgens não deve ser realizada na rotina;
* Em grávidas o exame pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês;
* Em mulheres com histerectomia total recomenda-se a coleta do esfregaço de fundo de saco vaginal. Em histerectomia subtotal, rotina normal.
* Orientar a mulher a retornar em outro momento caso não esteja em condições de realizar o exame naquele dia.
* Para que o rastreamento seja eficaz, é importante levar em conta a utilização correta da técnica de coleta, o transporte e conservação adequados da amostra.
* Após a secagem da lâmina, enviar a lâmina à SMS, juntamente com a folha devidamente preenchida, (preenchido todos os campos).
 |
| Referências Bibliográficas: |
| 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 oncótica pelo método de Papanicolaou. 2011. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem, Prefeitura Municipal de Campinas, 2014. Procedimento Operacional Padrão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2014. |