



# POP (PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO)

UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE PRUDENTE,  
SP

Versão 1.0 - 2023

Presidente Prudente - SP  
2023

Secretaria Municipal de Saúde "Dr. Ennio Botelho Perrone"  
Avenida Cel. José Soares Marcondes, nº 680 – Telefone: 3226-0920  
supervisaoenf@presidentepudente.sp.gov.br  
[www.presidentepudente.sp.gov.br](http://www.presidentepudente.sp.gov.br)

### **EQUIPE GESTORA**

Edson Tomazini

**Prefeito Municipal**

Marcia Cristina Silva de Lima Dantas

**Secretário Municipal de Saúde**

Amanda Barbo Maciel

**Supervisora de Enfermagem**

Danielle Araújo Borsari

**Supervisora de Programas e Projetos**

Ana Júlia Vasconcelos Vilela

**Supervisora das Estratégias de Saúde da Família**

Vania Maria Alves

**Supervisora de Vigilância Epidemiológica**

### **EQUIPE TÉCNICA**

Priscila de Oliveira Azevedo

Fernanda Trevisan do Prado

Vânia Domingos da Silva Zangirolami

Marília Wittica Pinheiro Giolo

### **EDIÇÃO**

Paulo Roberto Ribeiro

Presidente Prudente, SP (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde  
Procedimentos Operacionais Padrão. Supervisão de Enfermagem.  
Supervisão de Programas e Projetos. Presidente Prudente: SMS, 2021.  
148p.:

1. Estrutura de Serviços. 2. Estrutura Administrativa.
3. Procedimentos Operacionais Padrão.

## SUMÁRIO

<b>I- APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>II- ESTRUTURA DE SERVIÇOS DA SMS .....</b>	<b>5</b>
<b>III- ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA SMS .....</b>	<b>6</b>
<b>IV- PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO</b>	
POP 001 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA.....	7
POP 002 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA .....	9
POP 003 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA .....	10
POP 004 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM) .....	12
POP 005 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR .....	14
POP 006 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL .....	16
POP 007 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA (SC).....	17
POP 008 - ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA .....	19
POP 009 - ADMINISTRAÇÃO DE VACINA ORAL (VO) .....	21
POP 010 - ADMINISTRAÇÃO DE VACINA INTRADÉRMICA (ID) .....	23
POP 011 - ADMINISTRAÇÃO DE VACINA INTRAMUSCULAR IM).....	26
POP 012 - ADMINISTRAÇÃO DE VACINA SUBCUTÂNEA (SC) .....	29
POP 013 - AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR .....	31
POP 014 - AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL .....	33
POP 015 - ASPIRAÇÃO TRAQUEAL .....	36
POP 016 - ASPIRAÇÃO DE OROFARINGE .....	38
POP 017 - BACIOSCOPIA PARA HANSENÍASE .....	40
POP 018 - BOTA DE UNNA .....	43
POP 019 - CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO .....	47
POP 020 - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA .....	50
POP 021 - CAUTERIZAÇÃO CICATRIZ UMBILICAL .....	53
POP 022 - CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CONDILOMATOSAS .....	55
POP 023 - COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS .....	57
POP 024 - COLETA DE EXAME CITOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL (PAPANICOLAU) .....	61
POP 025- COLETA DE TESTE DO PEZINHO (PKU) .....	65
POP 026 - COLOCAÇÃO DE COLAR CERVICAL.....	67
POP 027 - CONTENÇÃO MECÂNICA .....	69
POP 028 – CURATIVO .....	71

POP 029 – DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL .....	73
POP 030 – ELETROCARDIOGRAMA .....	76
POP 031 - EXAME CLÍNICO DAS MAMAS .....	78
POP 032 - EXECUÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ .....	80
POP 033 - EXECUÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE HIV COM AMOSTRA DE SANGUE .....	82
POP 034 - EXECUÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE HIV COM AMOSTRA DE FLUÍDO ORAL.....	86
POP 035 - EXECUÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE SÍFILIS .....	89
POP 036 - EXECUÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE HEPATITES VIRAIS .....	93
POP 037 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS .....	96
POP 038 - LAVAGEM INTESTINAL .....	98
POP 039 - LAVAGEM GÁSTRICA .....	100
POP 040 - MEDIDA DE ESTATURA .....	102
POP 041 - MEDIDA DE CIRCUNFÊRENCIA DE CINTURA .....	104
POP 042 - MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE QUADRIL .....	106
POP 043 - MEDIDA DE PERÍMETRO TORÁCICO .....	107
POP 044 - MEDIDA DE PERÍMETRO CEFÁLICO .....	108
POP 045 - MEDIDA DE PESO .....	110
POP 046 - PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÃO PARENTERAL.....	113
POP 047 - RETIRADA DE PONTOS .....	115
POP 048 - SONDAGEM NASOENTERAL .....	117
POP 049 - SONDAGEM NASOGÁSTRICA .....	121
POP 050 - TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL .....	123
POP 051 - TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA .....	125
POP 052 - TROCA DE GASTROSTOMIA .....	127
POP 053 - TROCA DE SONDA DE CISTOSTOMIA .....	129
POP 054 - USO DE LUVAS ESTÉREIS .....	132
POP 055 - VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA CORPÓREA .....	134
POP 056 - VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA .....	136
POP 057 - VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	138
<b>V- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>140</b>

## **I. APRESENTAÇÃO**

O Município de Presidente Prudente, através da Secretaria Municipal de Saúde, elaborou o POP (Procedimentos Operacionais Padrão), versão 1.0, 2019, com o objetivo de que o mesmo seja um instrumento que expressa o planejamento do trabalho de enfermagem a ser executado de forma correta. Além disso, busca-se padronizar as ações e minimizar a ocorrência de desvios na execução da atividade. Assim, o POP garante que as atividades sejam realizadas da mesma forma em todas as Unidades de Saúde do Município. Ressalta-se que este documento será atualizado e revisado periodicamente a cada 2 anos, ou conforme necessidade, seguido da aprovação institucional da Secretaria Municipal de Saúde.

## **II. ESTRUTURA DE SERVIÇOS DA SMS DE PRESIDENTE PRUDENTE**

A Secretaria Municipal de Saúde é composta pelas seguintes estruturas de serviços:

- 01 Sede Administrativa
- 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- 24 Estratégias de Saúde da Família (ESF)
- 01 Centro Municipal de Especialidades
- 01 Banco de Leite Humano (BLH)
- 02 Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) – Ana Jacinta e Zona Norte
- 02 Prontos atendimentos (Santana e Cohab)
- 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS Infantil)
- 06 Residências Terapêuticas
- 01 Centro de Referência do Idoso (CRI)
- 01 Ambulatório Médico SAE/CTA
- 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)
- 01 Divisão de Vigilância Sanitária e Ambiental
- 01 Divisão de Vigilância Epidemiológica



- 01 Centro de Especialidades Odontológicas
- 01 Centro de Controle de Zoonoses
- 01 Serviço de Transporte Social (STS)
- 01 Tratamento Fora de Domicílio (TFD)
- 01 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT)

### **III. ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA SMS DE PRESIDENTE PRUDENTE**


- Secretário Municipal de Saúde: Delton Eustásio Ferraz
- Supervisora de Odontologia: Juliane Húngaro de Carvalho
- Supervisora de Enfermagem: Dilene Lourenço Monteiro Guedes
- Supervisora de Estratégia de Saúde da Família: Vanessa Gomes da Barra
- Supervisora Médica: Glauco José Bazzo
- Supervisora de Vigilância Sanitária: Daniel Eduardo Lima Gulim
- Supervisora de Vigilância Epidemiológica: Elaine Aparecida Maldonado Bertacco
- Supervisora da Saúde Mental: Carolina Francisca de Faria Marani
- Supervisor do Serviço de ambulância: Silvana Aparecida da Silva
- Supervisora de Radiologia: Rosimeire Aparecida Henriques Tolosa
- Gerente do Centro de Controle de Zoonose: Ricardo Barbosa dos Santos
- Supervisora de Programas e Projetos: Danielle Araújo Borsari
- Apoiadora Institucional de Supervisão: Fernanda Trevisan do Prado
- Apoiadora Institucional de Supervisão: Kathia Mitiyo Miura Ferreira
- Enfermeira do Banco de Leite Humano: Adriana Trevizan Monteiro
- Enfermeira do Centro de Referência do Idoso: Carlota de Sousa Scarelli
- Enfermeira da Saúde da Mulher: Priscila de Oliveira Azevedo


#### IV. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 001	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<p><b>Materiais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seringa.</li> <li>- Agulha 40x12.</li> <li>- Agulha 25x7.</li> <li>- Algodão.</li> <li>- Álcool.</li> <li>- Garrote.</li> <li>- Fita crepe para identificação.</li> <li>- Bandeja.</li> <li>- Luva de procedimento.</li> <li>- Medicamento prescrito.</li> <li>- Abocath no nº adequado.</li> <li>- Esparadrapo/ micropore.</li> <li>- Soro.</li> </ul> <p><b>Passos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente;</li> <li>2- Selecionar a ampola, observando nome, validade, alteração de cor e presença de resíduos;</li> <li>3- Escolher seringa de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrado;</li> <li>4- Lavar as mãos, conforme POP 037</li> </ol>			

- 5- Fazer assepsia nas ampolas com auxílio do algodão e álcool 70%;
- 6- Abrir a seringa e conectar a agulha 40x12;
- 7- Preparar medicação, conforme técnica descrita;
- 8- Explicar ao paciente o que será realizado;
- 9- Calçar as luvas;
- 10- Selecionar veia de grande calibre para punção, garrotear o braço do paciente;
- 11- Realizar antissepsia do local escolhido em sentido único;
- 12- Posicionar seringa bisel voltado para cima e proceder a punção venosa;
- 13- Soltar o garrote;
- 14- Administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas;
- 15- Retirar a seringa e pressionar o algodão no local da punção;
- 16- Lavar as mãos;
- 17- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional;
- 18- Manter ambiente de trabalho em ordem.



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 002	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Copo nebulizador.</li><li>- Máscara.</li><li>- Medicação prescrita.</li></ul>			
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Lavar as mãos conforme POP 037;</li><li>2- Preparar a medicação prescrita no copo nebulizador, observando a dose, via, nome do paciente, data;</li><li>3- Explicar o procedimento ao paciente;</li><li>4- Ligar o copo nebulizador à extensão de látex acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio, conforme prescrição;</li><li>6- Regular o fluxo (5 a 10 litros/ min);</li><li>7- Orientar o paciente a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento;</li><li>8- Ao término, oferecer papel toalha para o paciente secar a umidade do rosto;</li><li>9- Colocar copo e máscara de nebulização para lavagem e desinfecção;</li><li>10- Lavar as mãos;</li><li>11- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.</li><li>12- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.</li></ol>			

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 003	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b> Materiais </b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seringa 1 ml.</li> <li>- Agulha 10 x 5 ou 13 x 4,5.</li> <li>- Solução prescrita.</li> <li>- Bandeja.</li> </ul>			
<b> Passos </b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente.</li> <li>2- Lavar as mãos conforme POP 037.</li> <li>3- Preparar medicação conforme técnica já descrita.</li> <li>4- Orientar o paciente sobre procedimento.</li> <li>5- Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura): a face anterior do antebraço é o local mais utilizado.</li> <li>6- Fazer a antisepsia da pele com água e sabão caso seja necessário. O álcool 70% não é indicado, para não interferir na reação da droga.</li> <li>7- Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o indicador.</li> <li>8- Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça.</li> <li>9- Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo, até introduzir toda a dose.</li> <li>10- Retirar o polegar da extremidade do êmbolo e a agulha da pele.</li> <li>11- Não friccionar o local.</li> </ol>			

12- Desprezar os materiais perfuro-cortantes em recipiente adequado.


13- Lavar as mãos.

14- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.

15- Manter ambiente de trabalho em ordem.

#### **Observação**

Imediatamente após a injeção, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 004	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<p><b>Materiais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seringa – conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml.).</li> <li>- Agulha – comprimento/calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado.</li> <li>- Algodão.</li> <li>- Álcool 70%.</li> <li>-Bandeja.</li> <li>- Medicação prescrita.</li> </ul> <p><b>Passos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Checar prescrição medicamentosa (data, dose, via, nome paciente).</li> <li>2- Lavar as mãos conforme POP 037.</li> <li>3- Preparar injeção, conforme técnica já descrita.</li> <li>4- Orientar o paciente sobre o procedimento.</li> <li>5- Escolher local da administração.</li> <li>6- Fazer antisepsia da pele com algodão/ álcool.</li> <li>7- Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar.</li> <li>8- Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo.</li> <li>9- Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento).</li> <li>10- Injetar o líquido lentamente.</li> <li>11- Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme.</li> </ol>			

- 12- Fazer leve compressão no local.
- 13- Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado (caixa para perfuro-cortante).
- 14- Lavar as mãos.
- 15- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- 16- Manter ambiente de trabalho em ordem.

### Observações


#### 1- Escolha correta do ângulo

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

#### 2- Escolha correta da agulha

FAIXA ETÁRIA	ESPESSURA SUBCUTÂNEA	SOLUÇÃO AQUOSA	SOLUÇÃO OLEOSA OU SUSPENSÃO
ADULTO	Magro	25 x 6/7	25 x 8
	Normal	30 x 6/7	30 x 8
	Obeso	30 x 8	30 x 8
CRIANÇA	Magra	20 x 6	20 x 6
	Normal	25 x 6/7	25 x 8
	Obesa	30 x 8	30 x 8





	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	Número: <b>POP - 005</b>	Data da validação: <b>12/2021</b>	Data da Revisão: <b>12/2023</b>
<b>ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA OCULAR</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Colírio ou pomada oftalmológica.</li><li>- Gaze.</li></ul>			
<b>Passos</b> <b>Apresentação: Colírio</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Checar prescrição (data, nome do paciente, dose, apresentação);</li><li>2- Separar medicação prescrita;</li><li>3- Lavar as mãos conforme POP 037;</li><li>4- Orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para trás;</li><li>5- Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente;</li><li>6- Pedir para o paciente olhar para cima e pingar a medicação no centro da membrana conjuntiva;</li><li>7- Orientar o paciente a fechar a pálpebra;</li><li>8- Lavar as mãos;</li><li>9- Anotar data, nome, horário de execução do procedimento;</li><li>10- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional;</li><li>11- Manter ambiente limpo e organizado.</li></ol>			

### Passos

#### Apresentação: pomada

- 1- Com o auxílio da gaze, afastar a pálpebra inferior, apoiando a mão na face do paciente e colocar com o próprio tubo a pomada;
- 2- Pedir para o paciente fechar os olhos;
- 3- Proceder a leve fricção sobre a pálpebra inferior.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 006	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA ORAL</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Materiais</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copo descartável/ graduado.</li> <li>- Medicação.</li> <li>- Conta gotas.</li> <li>- Bandeja.</li> </ul>			
<b>Passos</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Checar prescrição: data, nome, medicação, dose, via de administração e apresentação;</li> <li>2- Lavar as mãos conforme POP 037;</li> <li>3- Separar a medicação evitando tocar as mãos nos comprimidos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar;</li> <li>4- Em caso de líquido, agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado, ou conta gotas;</li> <li>5- Explicar o procedimento ao paciente;</li> <li>6- Oferecer a medicação;</li> <li>7- Certificar-se que o medicamento foi deglutido;</li> <li>8- Lavar as mãos;</li> <li>9- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional;</li> <li>10- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.</li> </ol>			

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 007	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA (SC)</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Seringa de 1 ou 3 ml.</li><li>- Agulha 12x4,5</li><li>- Álcool 70%.</li><li>- Algodão.</li><li>- Bandeja.</li></ul>			
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente.</li><li>2- Lavar as mãos conforme POP 037.</li><li>3- Preparar medicação, conforme técnica descrita no POP 071.</li><li>4- Orientar paciente sobre o procedimento</li><li>5- Escolher o local da administração. Fazer antisepsia da pele com algodão/ álcool 70%, de cima para baixo em movimentos circulares do centro para borda.</li><li>6- Firmar com o dedo polegar e indicador o local da administração.</li><li>7- Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo de 90°.</li><li>8- Aspirar, observando se atingiu algum vaso sanguíneo e desprezar a medicação caso isso aconteça.</li><li>9- Injetar o líquido lentamente.</li><li>10- Retirar a seringa/agulha num movimento único e firme.</li><li>11- Fazer leve compressão no local com algodão.</li><li>12- Desprezar material perfuro-cortante em recipiente apropriado.</li></ol>			

13- Lavar as mãos conforme POP 037.

14- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional;

15- Manter ambiente de trabalho em ordem. .

#### **Observação**

Na administração de insulina não massagear 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.



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	Número: POP - 008	Data da validação: 12/2021	Data da Revisão: 12/2023
<b>ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cateter nasal nº adequado conforme avaliação prévia ou máscara.</li><li>- Gaze.</li><li>- Esparadrapo/ micropore.</li><li>- Extensão de silicone</li><li>- Umidificador.</li><li>- Oxigênio canalizado ou em torpedo.</li><li>- Bandeja.</li><li>- Soro fisiológico</li><li>- Luvas de procedimento.</li></ul>			
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Checar prescrição.</li><li>2- Lavar as mãos conforme POP 037.</li><li>3- Preparar o umidificador com soro enchendo com 2/3 de sua capacidade.</li><li>4- Reunir todo material.</li><li>5- Orientar o paciente quanto ao procedimento, deixá-lo em posição confortável (cabeceira elevada 30-45°).</li><li>6- Conectar o cateter ao intermediário de borracha, e ao umidificador já montado.</li><li>7- Colocar as luvas conforme técnica adequada.</li><li>8- Fixar o cateter com esparadrapo/ micropore sobre a testa ou face do paciente, garantindo</li></ol>			

que o mesmo sinta-se confortável.

9- Colocar o número de litros de O2 conforme prescrição.

10- Observar reações do paciente.


11- Retirar as luvas, desprezando em lixo contaminado.

12- Lavar as mãos conforme POP 037.

13- Anotar data, nome, horário do procedimento e anotações necessárias quanto a condições do paciente (presença de cianose, retração de fúrcula esternal intercostal...) e evolução do quadro, comunicando médico solicitante também verbalmente quando necessário.


14- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.

15- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 009	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>ADMINISTRAÇÃO DE VACINA ORAL (VO)</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Orientar corretamente sobre a técnica de vacinação visando a diminuição de EAPV, erros de imunização e contaminação do frasco da vacina.			
<b> Materiais</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>- Bisnaga da vacina (pólio oral) ou seringa contendo da vacina (rotavírus);</li><li>- cuba rim;</li><li>- Luvas;</li><li>- Água;</li><li>- Sabão;</li><li>- Papel toalha.</li></ul>			
<b> Observação</b>			
O uso de luvas não é obrigatório, a não ser que o profissional tenha algum problema nas mãos ou unhas (ex: fungos, dermatite). Neste caso, trocar as luvas a cada administração. O uso das luvas não dispensa a lavagem das mãos, antes e depois de cada procedimento.			
<b> Passos</b>			
<ol style="list-style-type: none"><li>1- Verificar a situação vacinal da criança, identificando quais vacinas devem ser administradas;</li><li>2- Anotar na caderneta de vacina e ficha registro a dose aplicada e agendar doses seguintes;</li><li>3- Explicar o procedimento ao responsável;</li><li>4- Lavar as mãos conforme POP 037;</li><li>5- Retirar o imunobiológico do equipamento de uso diário e administrar em seguida;</li><li>6- Registrar no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNIWeb) e no prontuário eletrônico.</li></ol>			

#### **Observações**

- O volume e a dose dessas substâncias são introduzidos pela boca e apresentados, geralmente, em gotas, drágeas, cápsulas e comprimidos;
- As vacinas administradas por essa via são: a vacina oral contra a poliomielite e a vacina oral contra rotavírus;
- Não encostar o bico da bisnaga na boca da criança, caso isso ocorra, descartar a bisnaga;
- Se a criança vomitar ou regurgitar após administração da vacina pólio, administrar novamente;
- Se a criança vomitar ou regurgitar após a vacina rotavírus, não administrar novamente.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	Número: POP - 010	Data da validação: 12/2021	Data da Revisão: 12/2023
<b>ADMINISTRAÇÃO DE VACINA INTRADÉRMICA (ID)</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Orientar corretamente sobre a técnica de vacinação visando a diminuição de EAPV e erros de imunização.			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Seringa de 1 ml para a injeção intradérmica com escalas de frações em mililitros (0,1 ml);</li><li>- Agulha de 10 a 13 mm de comprimento, fina, de 3,8 a 4,5 dec/mm de calibre e com bisel curto;</li><li>- Luvas;</li><li>- Cuba rim;</li><li>- Algodão seco;</li><li>- Água;</li><li>- Sabão;</li><li>- Papel toalha.</li></ul>			
<b>Observação</b> <p>O uso de luvas não é obrigatório, a não ser que o profissional tenha algum problema nas mãos ou unhas (EX: fungos, dermatite). Neste caso, trocar as luvas a cada administração. O uso das luvas não dispensa a lavagem das mãos, antes e depois de cada procedimento.</p>			
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Verificar a situação vacinal da criança, identificando quais vacinas devem ser administradas;</li><li>2- Verificar condições da criança para receber a vacinação (peso, ausência de lesão dermatológica no local, temperatura, outras sintomatologias);</li><li>3- Anotar na caderneta de vacina e ficha registro a dose aplicada e agendar doses</li></ol>			



sequentes;

- 4- Explicar o procedimento ao usuário ou responsável;
- 5- Lavar as mãos conforme POP 037;
- 6- Retirar o imunobiológico do equipamento de uso diário e preparar a vacina no momento da aplicação;
- 7- Fazer a limpeza da pele com algodão seco;
- 8- Colocar o usuário em posição confortável e segura. Na vacinação de crianças, solicite ajuda do acompanhante na contenção para evitar movimentos bruscos;
- 9- Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o indicador;
- 10- Segurar a seringa com o bisel da agulha para cima, coincidindo com o lado da graduação da seringa. A agulha deve formar com o braço um ângulo de 15°;
- 11- Introduzir a agulha paralelamente a pele, até que o bisel desapareça;
- 12- Injetar a vacina lentamente, pressionando a extremidade do embolo com o polegar;
- 13- Retirar a agulha da pele;
- 14- Não fazer compressão no local de administração da vacina;
- 15- Desprezar a seringa e a agulha utilizadas na caixa coletora de perfuro cortante;
- 16- Lavar as mãos conforme POP 037;
- 17- Registrar no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNIWeb) e no prontuário eletrônico.

- Na utilização da via intradérmica a solução é introduzida na camada superficial da pele, chamada derme.


- A via intradérmica é uma via de absorção muito lenta, utilizada para: administração da vacina BCG-ID. Para facilitar a identificação da cicatriz vacinal, recomenda-se no Brasil que a vacina BCG seja administrada na inserção inferior do músculo deltóide direito. Na impossibilidade de se utilizar o deltóide direito para tal procedimento, a referida vacina pode ser administrada no deltóide esquerdo.

- O local mais utilizado para injeções intradérmicas é a face anterior do antebraço. O volume máximo indicado a ser introduzido por essa via é de 0,5 ml, sendo que para a vacina BCG o volume a ser administrado corresponde a 0,1 ml.

- Imediatamente após a injeção da solução aparece no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas que desaparece posteriormente. A compressão mecânica no local da vacinação não deve ser realizada.

#### **Observações**

- A limpeza da pele, quando necessária, deve ser feita com água e sabão.
- O álcool comum não deve ser utilizado pela sua baixa volatilidade (demora a secar) e pelo baixo poder antisséptico;
- Em situações excepcionais (vacinação na zona rural e em ambiente hospitalar) utilizar o álcool a 70%;
- Caso transfixar o local com a agulha: retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento com o preparo de nova dose.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 011	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>ADMINISTRAÇÃO DE VACINA INTRAMUSCULAR (IM)</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Orientar corretamente sobre a técnica de vacinação visando a diminuição de EAPV e erros de imunização			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Seringa com volume entre 1,0 a 5,0 ml;</li><li>- Agulhas entre 20 x 5,5; 25 x 7 ou 25 x 8;</li><li>- Bisel longo;</li><li>- Luvas;</li><li>- Cuba rim;</li><li>- Algodão seco;</li><li>- Água;</li><li>- Sabão;</li><li>- Papel toalha.</li></ul>			
<b>Observação</b> <p>O uso de luvas não é obrigatório, a não ser que o profissional tenha algum problema nas mãos ou unhas (EX: fungos, dermatite). Neste caso, trocar as luvas a cada administração. O uso das luvas não dispensa a lavagem das mãos, antes e depois de cada procedimento.</p>			
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Verificar a situação vacinal da criança/adulto, identificando quais vacinas devem ser administradas;</li><li>2- Verificar condições da criança/adulto para receber a vacinação;</li><li>3- Anotar na caderneta de vacina e ficha registro a dose aplicada e agendar doses seguintes;</li></ol>			

- 4- Explicar procedimento ao usuário ou responsável;
  - 5- Lavar as mãos conforme POP 037;
  - 6- Retirar o imunobiológico do equipamento de uso diário e preparar a vacina no momento da aplicação;
  - 7- Colocar o usuário sentado ou em posição de decúbito dorsal ou decúbito lateral. Na vacinação de crianças, solicite a ajuda do acompanhante na contenção para evitar movimentos bruscos;
  - 8- Fazer a limpeza da pele com algodão seco;
  - 9- Introduzir a agulha em angulo reto (90º) e aspirar o local. Se houver retorno venoso, desprezar a dose (bem como a seringa e agulha utilizadas) e preparar uma nova dose;
  - 10- O angulo de introdução da agulha pode ser ajustado conforme massa muscular do usuário;
  - 11- Injetar o imunobiológico lentamente;
  - 12- Retirar a agulha em movimento único e firme;
  - 13- Fazer leve compressão no local com algodão seco;
  - 14- Desprezar a seringa e a agulha utilizadas na caixa coletora de material perfuro cortante;
  - 15- Lavar as mãos;
  - 16- Registrar no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNIWeb) e no prontuário eletrônico.
- Na via intramuscular a solução é introduzida dentro do tecido muscular;
  - Via apropriada para a administração de soluções irritantes (aquosas ou oleosas);
  - Volumes superiores a 1,5 ml até, no máximo, 5 ml; absorção rápida, efeitos mais imediatos;
  - Vacinas Pentavalente, Pneumococo 10, VIP, Meningococo, DTP, Hepatite A, Hepatite B, Dupla Adulto (DA), HIB, Pneumococo 23, Antirrábica, HPV, Influenza.
  - Os locais selecionados devem estar distantes dos grandes nervos e vasos sanguíneos, sendo os mais utilizados: o músculo vasto lateral da coxa no terço médio da coxa, medido entre o joelho e o trocanter maior e o músculo deltóide.

#### **Procedimentos para administração no vasto lateral da coxa**

- 1- Colocar a pessoa em decúbito dorsal ou decúbito lateral ou sentado, mantendo-o em posição confortável e segura, evitando acidentes durante o procedimento;

- 2- Na vacinação de criança, colocá-la no colo do acompanhante com a perna fletida (dobrada) e solicitar ajuda na contenção para evitar movimentos bruscos;
- 3- Localizar o terço médio da face externa da coxa;
- 4- Administrar a injeção intramuscular, conforme procedimentos gerais descritos.


#### **Procedimentos para administração no deltoide**

- 1- Colocar a pessoa na posição sentada ou em decúbito lateral, para maior conforto;
- 2- Localizar o músculo deltóide e traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima;
- 3- Administrar a injeção intramuscular no centro do triângulo imaginário, conforme procedimentos gerais descritos.

#### **Observações**

- A limpeza da pele deve ser feita com água e sabão;
- O álcool comum não deve ser utilizado por sua baixa volatilidade (demora a secar) e pelo baixo poder antisséptico;
- Em situações excepcionais (vacinação na zona rural, em ambiente hospitalar e/ou posto de saúde) utilizar o álcool a 70%;
- Caso algum vaso seja atingido, retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento com o preparo de nova dose.



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 012	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>ADMINISTRAÇÃO DE VACINA SUBCUTÂNEA (SC)</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Orientar corretamente sobre a técnica de vacinação visando a diminuição de EAPV e erros de imunização.			
<p><b>Materiais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seringas de 1, 2 ou 3 ml;</li> <li>- Agulha pequena entre 13 e 20 mm de comprimento, fina, entre 4 e 6 dec/mm de calibre e com bisel curto;</li> <li>- Luvas;</li> <li>- Cuba rim;</li> <li>- Algodão seco;</li> <li>- Água; Sabão;</li> <li>- Papel toalha.</li> </ul> <p><b>Observação</b></p> <p>O uso de luvas não é obrigatório, a não ser que o profissional tenha algum problema nas mãos ou unhas (EX: fungos, dermatite). Neste caso, trocar as luvas a cada administração. O uso das luvas não dispensa a lavagem das mãos, antes e depois de cada procedimento.</p> <p><b>Passos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Verificar a situação vacinal da criança/adulto, identificando quais vacinas deve ser administrado;</li> <li>2- Verificar condições da criança/adulto para receber a vacinação;</li> <li>3- Anotar na caderneta de vacina e ficha registro a dose aplicada e agendar doses seguintes;</li> <li>4- Explicar procedimento ao usuário ou responsável;</li> <li>5- Lavar as mãos conforme POP 037;</li> </ol>			

6- Retirar o imunobiológico do equipamento de uso diário e preparar a vacina no momento da aplicação;

7- Colocar o usuário em posição confortável e segura, evitando acidentes durante o procedimento. Na vacinação de crianças, solicite ajuda do acompanhante na contenção para evitar movimentos bruscos;

8- Pinçar o local da administração com o dedo indicador e o polegar, mantendo a região firme;

Introduzir a agulha com bisel para baixo, com rapidez e firmeza, formando um ângulo de 90°;

9- Não aspirar o local;

10- Injetar a solução lentamente;

11- Retirar a seringa com a agulha em movimento único e firme;

12- Fazer leve compressão no local com algodão seco;

13- Desprezar a seringa e a agulha utilizadas na caixa coletora de material perfuro cortante;

14- Lavar as mãos;

15- Registrar no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNIWeb) e no prontuário eletrônico.

- A via subcutânea é utilizada para administração de substância com absorção lenta;

- A solução é introduzida na hipoderme, ou seja, na camada subcutânea da pele;

- A via subcutânea é apropriada para a administração de soluções não irritantes;

- Volume máximo de 1,5 ml, absorção lentamente;

- Vacinas: tríplice viral, contra a febre amarela, tetra viral e varicela.


### **Observações**

- A limpeza da pele, quando necessária, deve ser feita com água e sabão;

- O álcool comum não deve ser utilizado por sua baixa volatilidade (demora a secar) e pelo baixo poder antisséptico;

- Em situações excepcionais (vacinação na zona rural e em ambiente hospitalar) utilizar o álcool a 70%;

- Caso algum vaso seja atingido, retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento com o preparo de nova dose.


	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> <b>POP - 013</b>	<b>Data da validação:</b> <b>12/2021</b>	<b>Data da Revisão:</b> <b>12/2023</b>
<b>AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital.			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bandeja;</li><li>- Algodão;</li><li>- Álcool a 70%;</li><li>- Luvas de procedimento;</li><li>- Lanceta;</li><li>- Glicosímetro;</li><li>- Fitas reagentes</li></ul>			
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;</li><li>2- Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;</li><li>3- Lavar as mãos conforme POP 037;</li><li>4- Calçar as luvas de procedimento;</li><li>5- Conectar a fita reagente ao glicosímetro;</li><li>6- Orientar o paciente a lavar as mãos com água e sabão, enxaguar e secar. Fazer antissepsia com algodão embebido no álcool a 70% e secar completamente;</li><li>7- Posicionar o dedo do paciente para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local;</li><li>8- Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção;</li></ol>			

- 9- Comprimir o local com algodão seco;
- 10- Aguardar o resultado pelo glicosímetro;
- 11- Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado.
- 12- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 13- Retirar as luvas de procedimento e Lavar as mãos conforme POP 037;
- 14- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional;
- 15- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

#### **Observações**

- 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.



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 014	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Materiais</b>			
- Esfigmomanômetro Aneróide ou de coluna de mercúrio. - Estetoscópio.			
<b>Passos</b>			
1- Explicar o procedimento ao paciente, questionar sobre uso de medicação, horário e queixas.			
2- Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida.			
3- Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento e envolver pelo menos 80% do braço.			
4- Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.			
5- Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.			
6- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.			
7- Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.			
8- Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível			



estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.

9- Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase 1 de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica/ diastólica/ (zero).

10- Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.

11- Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.

12- O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.

13- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional;

14- Comunicar médico/ enfermeiro caso de alteração da PA.

15- Lavar as mãos.

16- Manter ambiente de trabalho em ordem.

### **Observações**

- Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10' em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento.

- Não aferir pressão arterial em membro com fistula arteriovenosa ou acesso vascular periférico para hemodiálise. Assim como, no membro correspondente a área cirúrgica de paciente mastectomizada, no qual foi realizada a retirada de linfonodos axilares


- Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses.

- Gestante recomenda-se que a PA seja verificada na posição sentada.

- Dimensões aceitáveis da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos

Circunferência do braço (cm)	Denominação do Manguito	Largura do Manguito (cm)	Comprimento da bolsa (cm)
<= 6	Recém-nascido	3	6
06 a 15	Criança	5	15
16 a 21	Infantil	8	21
22 a 26	Adulto pequeno	10	24
27 a 34	Adulto	13	30
35 a 44	Adulto grande	16	38
45 a 52	Coxa	20	42

- Em pacientes obesos, deve-se utilizar o manguito de tamanho adequado à circunferência do braço.
- Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em posição ortostática, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti- hipertensiva.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 015	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>ASPIRAÇÃO TRAQUEAL</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<p><b>Materiais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sonda de aspiração traqueal estéril – nº 14 ou 16 (adulto), nº 8 ou 10 (criança).</li> <li>- Compressa gaze estéril.</li> <li>- Pares de luvas estéreis.</li> <li>- Pares de luvas procedimento.</li> </ul> <p><b>Passos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Lavar as mãos conforme POP 037;</li> <li>2- Checar montagem de material necessário: sonda de aspiração traqueal conectada ao sistema de aspiração à vácuo, luva estéril de procedimento, máscara e óculos protetores.</li> <li>3- Calçar luva de procedimento na mão não dominante e luva estéril na mão dominante.</li> <li>4- Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante.</li> <li>5- Com a mão não dominante clampar a extensão de látex e introduzir a sonda com a mão dominante até onde forem possíveis.</li> <li>6- Desclampar a extensão para que ocorra a aspiração da secreção.</li> <li>7- Retirar lentamente a sonda, realizando movimentos circulares.</li> <li>8- Retirar as luvas.</li> <li>9- Lavar as mãos conforme POP 037.</li> <li>10- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional..</li> <li>11- Manter a sala em ordem.</li> </ol>			

### **Observações**

- No intervalo entre uma aspiração e outra, solicitar que outra pessoa conecte o sistema de ventilação (ambú, respirador).
- Realizar aspiração até que o retorno seja mínimo ou ausente.
- Auscultar tórax antes e após o procedimento, checando se houve melhora.

### **Resolução COFEN 557/2017**


**Art. 2º** Os pacientes graves, submetidos a intubação orotraqueal ou traqueostomia, em unidades de emergência, de internação intensiva, semi intensivas ou intermediárias, ou demais unidades da assistência, deverão ter suas vias aéreas privativamente aspiradas por profissional Enfermeiro, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.

**Art. 3º:** Os pacientes atendidos em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência, ou demais unidades da assistência, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, deverão ser aspirados pelo profissional Enfermeiro, exceto em situação de emergência, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Código de Ética do Profissional de Enfermagem – CEPE.

**Art. 4º:** Os pacientes em unidades de repouso/observação, unidades de internação e em atendimento domiciliar, considerados não graves, poderão ter esse procedimento realizado por Técnico de Enfermagem, desde que avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

**Art. 5º** Os pacientes crônicos, em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva em ambiente hospitalar, de forma ambulatorial ou atendimento domiciliar, poderão ter suas vias aéreas aspirada pelo Técnico de Enfermagem, desde que devidamente avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 016	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>ASPIRAÇÃO DE OROFARINGE</b>			
EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Materiais</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>- Sonda de aspiração estéril nº 14 ou 16 (adulto), nº 8 ou 10 (criança).</li><li>- Compressa gaze.</li><li>- Pares de luvas procedimento.</li><li>- Máscara.</li><li>- Óculos protetores.</li></ul>			
<b>Passos</b>			
1- Lavar as mãos conforme POP 037;			
2- Checar montagem de material necessário: sonda de aspiração conectada ao sistema de aspiração à vácuo.			
3- Calçar luva de procedimento.			
4- Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante.			
5- Fechar a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar a cavidade oral e orofaringe até ausência/redução esperada do conteúdo aspirado.			
6- Retirar as luvas.			
7- Lavar as mãos.			
8- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.			
9- Manter a sala em ordem.			



### **Observação**


- Se necessário, instalar cânula de Guedel para facilitar o procedimento.

### **Resolução COFEN 557/2017**

**Art. 4º** Os pacientes em unidades de repouso/observação, unidades de internação e em atendimento domiciliar, considerados não graves, poderão ter esse procedimento realizado por Técnico de Enfermagem, desde que avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

**Art. 5º** Os pacientes crônicos, em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva em ambiente hospitalar, de forma ambulatorial ou atendimento domiciliar, poderão ter suas vias aéreas aspirada pelo Técnico de Enfermagem, desde que devidamente avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

**Art. 6º** Nas hipóteses dos artigos 4º e 5º desta Resolução, deverá ser instituído protocolo institucional prevendo a observação de sinais e sintomas do padrão respiratório durante o procedimento, para comunicação imediata ao Enfermeiro.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 017	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>BACILOSCOPIA PARA HANSENÍASE</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem			
ÀREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar o diagnóstico e tratamento.			
<b>Materiais</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>- Algodão hidrófilo;</li><li>- Avental/Jaleco;</li><li>- Álcool 70%;</li><li>- Esparadrapo ou bandagem antisséptica;</li><li>- Fósforo;</li><li>- Garrote;</li><li>- Gaze não estéril;</li><li>- Lâmina de vidro para microscopia;</li><li>- Lamparina a álcool 90°GL ou bico de Bunsen;</li><li>- Lâmina de bisturi nº 15 ou bisturi descartável;</li><li>- Lápis comum;</li><li>- Livro-registro para controle de exames realizados;</li><li>- Luvas de procedimento;</li><li>- Máscara;</li><li>- Óculos;</li><li>- Pinça Kelly curva ou reta para fazer isquemia no local da incisão;</li></ul>			

- Porta-lâminas de plástico para o transporte da amostra;
- Recipiente para descarte do material utilizado.

### **Passos**

- 1- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e acolher o paciente com atenção.
- 2- Receber a guia de requisição de exames.
- 3- Verificar os sítios de coleta indicados na solicitação médica.
- 4- Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida e com letra legível, contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão do SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, exames solicitados, identificação do profissional (nome, número do registro e carimbo).
- 5- Explicar o procedimento que será realizado.
- 6- Identificar a lâmina com as iniciais do nome do paciente, o número de registro da unidade e data da coleta.
- 7- Lavar as mãos conforme POP 037;
- 8- Calçar as luvas de procedimento.
- 9- No momento de cada coleta realizar antissepsia com álcool a 70%, dos sítios indicados na solicitação médica.
- 10- Com o auxílio da pinça Kelly, com suas pontas envolvidas pelo garrote, fazer uma prega no sítio de coleta, pressionando a pele o suficiente para obter a isquemia, evitando o sangramento. Manter a pressão até o final da coleta tomando o cuidado de não travar a pinça.
- 11- Fazer um corte na pele de aproximadamente 5mm de extensão por 3mm de profundidade. Colocar o lado não cortante da lâmina do bisturi em ângulo reto em relação ao corte e realizar o raspado intradérmico das bordas e do fundo da incisão, retirando quantidade suficiente e visível do material.
- 12- Desfazer a pressão e distribuir o material coletado na lâmina, fazendo movimentos circulares do centro para a borda numa área aproximadamente de 5 – 7 mm de diâmetro, mantendo uma camada fina e uniforme.
- 13- O primeiro esfregaço deverá ser colocado na extremidade mais próxima da identificação do paciente (parte fosca).
- 14- Fazer curativo compressivo nos sítios de coleta.

15- Deixar a lâmina secar em temperatura ambiente durante cinco a dez minutos. Após essa etapa os esfregaços devem ser fixados passando-se as lâminas duas a três vezes, rapidamente, na chama de uma lamparina ou bico de Bunsen, com os esfregaços voltados para cima.

16- Após a fixação, acondicionar as lâminas em porta-lâminas de plástico.

17- Os porta-lâminas deverão ser acondicionados conforme normas de biossegurança e identificadas, contendo a unidade de origem, o endereço de destino e o remetente, para serem transportadas à unidade laboratorial.


18- Retirar as luvas de procedimento e Lavar as mãos conforme POP 037.

19- Registrar em livro-controle data da coleta, os dados do paciente e os exames solicitados, colocando o número da etiqueta controle.

20- Orientar o paciente quanto ao resultado do exame.

#### **Observação**

- As lâminas devem ser fixadas passando de duas a três vezes, rapidamente, na chama de uma lamparina ou bico de Bunsen, com os esfregaços voltados para cima.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 018	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>BOTA DE UNNA</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro			
ÀREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Aumentar a pressão contra os músculos da panturrilha, auxiliar o retorno venoso, reduzir o edema e em consequência a cicatrização de úlceras em membros inferiores.			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesa auxiliar ou bandeja;</li> <li>- Bacia/cuba, se necessário;</li> <li>- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly;</li> <li>- Tesoura;</li> <li>- Pacote de gazes esterilizadas</li> <li>- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente</li> <li>- Agulha 25x12 ou 40x12;</li> <li>- Sabão neutro</li> <li>- Luvas de procedimento;</li> <li>- Esparadrapo;</li> <li>- Atadura de crepe;</li> <li>- Espátula (se necessário)</li> <li>- Bota de Unna</li> <li>- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;</li> <li>- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário</li> <li>- Papel Toalha ou gaze</li> </ul>			



## **Passos**

### **Ação de enfermagem**

- 1- Conferir a prescrição;
- 2- Lavar as mãos conforme POP 037;
- 3- Reunir o material;
- 4- Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 5- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada. Repouso mínimo de 15 minutos, com MMII elevados, preferencialmente pela manhã, na primeira aplicação, ou quando necessário.
- 6- Higienizar novamente as mãos;
- 7- Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
- 8- Retirar a bota anterior (se houver)
- 9- 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.
- 10- Se necessário proceder à limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periférica com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze
- 11- Trocar luvas de procedimento
- 12- Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%.
- 13- Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9% e se necessário utilizar de desbridamento instrumental conservador
- 14- Utilizar o produto/cobertura adequado
- 15- Iniciar pelos artelhos, aplicando progressivamente até a tuberosidade tibial. Realizar até 3 voltas próximas aos dedos dos pés.
- 16- Cruzar a faixa em sentido diagonal no dorso do pé.
- 17- Após realizar até três vezes o enfaixamento em oito no tornozelo, seguir cobrindo o calcanhar, podendo enfaixar até duas voltas na região do calcâneo.
- 18- Terminar o enfaixamento do pé e tornozelo, seguir sempre reto o enfaixamento quando estiver na região posterior e cruzado na região anterior formando visualmente um X.
- 19- Ao chegar à altura da panturrilha, manter a perna apoiada, de modo que esta musculatura fique relaxada.
- 20- Realizar enfaixamento em 8 (oito) até tuberosidade da tibia, ou seja aproximadamente 2 (dois) dedos abaixo do joelho.

- 21- Colocar gazes/ chumaços por cima da bota, no local da lesão. Enfaixar com ataduras de crepe no sentido distal proximal
- 22- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 23- Retirar as luvas de procedimento e Lavar as mãos conforme POP 037;
- 24- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- 25- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

#### **Observações**

- No caso de úlceras mistas a Bota de Unna poderá ser realizada desde que indicada pelo especialista que irá avaliar o IPTB (índice pressão tornozelo- braço) com auxílio do Doppler vascular para verificação do grau de comprometimento arterial.
- Em MMII de maior tamanho (largura e comprimento), reduzir numero de voltas na região do pé e calcâneo.
- É possível realizar além do enfaixamento em 8, o enfaixamento circular. Avaliar a melhor técnica de acordo com o produto.
- Na presença de sujidade na atadura e nas gazes as mesmas podem ser trocadas.
- Após a primeira colocação agendar retorno após 48 h para avaliação. Orientar e avaliar sinais de alerta como piora da dor, cianose de extremidades, formigamento e piora do edema. As demais trocas devem permanecer em até 7 dias ou antes de acordo com a necessidade, assim como o curativo secundário deve ser trocado diariamente ou conforme a quantidade de exsudato.

#### **Contraindicações da Bota de Unna**

- Úlceras arteriais e mistas;
- Presença de infecção e miíase;
- Sensibilidade conhecida a algum de seus componentes;
- Pacientes que não deambulam;
- Cardiopatia descompensada.

#### **Parecer COREN SP 007/2013**


**3 – Da conclusão:** (...) O Técnico e o Auxiliar de Enfermagem podem vir a receber a



**CIDADE DE**  
**PRESIDENTE**  
**PRUDENTE**  
**SAÚDE**



delegação apenas da confecção e remoção do curativo bota de Unna, desde que devidamente capacitados para tal procedimento, e sempre sob orientação e supervisão do Enfermeiro.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	Número: <b>POP - 019</b>	Data da validação: <b>12/2021</b>	Data da Revisão: <b>12/2023</b>
<b>CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Luvas estéreis.</li><li>- Sonda uretral estéril descartável.</li><li>- PVPI tópico.</li><li>- Compressas de gaze estéril.</li><li>- Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).</li><li>- Campo fenestrado.</li><li>- Lençol.</li><li>- Frasco para coleta de urina se necessário.</li><li>- Lidocaína gel.</li></ul>			
<b>Passos</b>			
<b>Paciente do sexo feminino</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Posicionar a paciente confortavelmente.</li><li>2- Lavar as mãos conforme POP 037.</li><li>3- Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.</li><li>4- Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados.</li><li>5- Calçar as luvas estéreis.</li><li>6- Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado; mantendo-os afastados até que o cateterismo termine.</li></ol>			

- 7- Antissepsia da região perineal com PVPI tópico e gaze estéril com movimentos únicos.
- 8- Evitar contaminar a superfície da sonda.
- 9- Esvaziar a bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.
- 10- Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
- 11- Secar a área, tornar o paciente confortável.
- 12- Lavar as mãos.
- 13- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- 14- Manter ambiente de trabalho em ordem.

### **Passos**

#### **Paciente do sexo masculino**

- 1- Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
- 2- Realizar a assepsia com PVPI tópico e gaze estéril em movimentos únicos da base do pênis até o púbis, e após da base do pênis até raiz da coxa, bilateralmente.
- 3- Após, da glande até a base, e por último em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.
- 4- Usar as luvas estéreis, introduzir a sonda dentro da uretra até que a urina flua.
- 5- Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.
- 6- Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
- 7- Secar a área, tornar o paciente confortável.
- 8- Lavar as mãos.
- 9- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- 10- Manter ambiente de trabalho em ordem.

#### **Decreto 94406/87**


**Art. 8º:** Ao enfermeiro incumbe:

(...) h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;



**Resolução COFEN 450/2013 (Anexo)**

II- (...) a inserção de cateter vesical é privativa do Enfermeiro, que deve imprimir rigor técnico-científico ao procedimento.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 020	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>CATETERISMO VESICAL DE DEMORA</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Luvas estéreis.</li><li>- Sonda folley estéril descartável.</li><li>- Degermante aquoso</li><li>- Compressas de gaze estéril.</li><li>- Lidocaína gel.</li><li>- Coletor de urina de sistema fechado.</li><li>- Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).</li><li>- Seringa de 20 ml.</li><li>- Água destilada – ampola.</li><li>- Campo fenestrado.</li><li>- Lençol.</li></ul>			
<b>Passos</b>			
<b>Paciente do sexo feminino</b>			
1- Posicionar a paciente confortavelmente.			
2- Lavar as mãos conforme POP 37.			
3- Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.			
4- Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados.			
5- Calçar as luvas estéreis.			

- 6- Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado; mantendo-os afastados, até que o cateterismo termine.
- 7- Realizar antissepsia da região perineal com degermante e gaze estéril com movimentos únicos:
- 8- Horizontalmente, do meato até monte de Vênus. A seguir, verticalmente do meato até final da comissura labial posterior, inicialmente sobre grandes lábios, após entre grandes e pequenos lábios e, por último, em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.
- 9- Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
- 10- Introduzir a sonda pré-conectada a um coletor de drenagem de sistema fechado, bem lubrificada por 5 a 7 cm no meato uretral, utilizando técnica asséptica estrita.
- 11- Tracionar suavemente a sonda até sentir resistência.
- 12- Insuflar o balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml), certificando-se de que a sonda está drenando adequadamente.
- 13- Fixar a sonda de demora, prendendo-a juntamente com o equipo de drenagem na coxa.
- 14- Secar a área e manter paciente confortável.
- 15- Lavar as mãos.
- 16- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- 17- Manter ambiente de trabalho em ordem.

## **Passos**

### **Paciente do sexo masculino**

- 1- Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
- 2- Realizar a antissepsia com PVPI tópico e gaze estéril em movimentos únicos da base do pênis até o púbis, e após da base do pênis até raiz da coxa, bilateralmente. Após, da glândula até a base, e por último em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora;
- 3- Introduzir a sonda dentro da uretra quase até sua bifurcação, até que a urina flua;
- 4- Quando a resistência é sentida no esfíncter externo, aumentar discretamente a tração do pênis e aplicar pressão suave e contínua sobre a sonda. Pedir para que o paciente faça força (como se estivesse urinando), para ajudar a relaxar o esfíncter;
- 5- Insuflar balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml);


- 6- Fixar a sonda de demora, prendendo-a abaixo do umbigo na vertical;
- 7- Secar a área e manter paciente confortável;
- 8- Lavar as mãos;
- 9- 16- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- 10- Manter ambiente de trabalho em ordem.

#### **Observação**

- Trocar a sonda de demora e a bolsa coletora a cada 21 dias ou conforme necessário após avaliação médica ou do enfermeiro.

#### **Resolução COFEN 450/2013 (Anexo)**

II- (...) a inserção de cateter vesical é privativa do Enfermeiro, que deve imprimir rigor técnico-científico ao procedimento.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 021	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>CAUTERIZAÇÃO CICATRIZ UMBILICAL</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Material</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Álcool 70%.</li> <li>- Bastão de nitrato de prata. (o paciente deve levar)</li> <li>- Papel alumínio.</li> <li>- Óleo de amêndoa ou similar.</li> <li>- Luvas de procedimentos.</li> <li>- Cotonete</li> <li>- Gaze.</li> </ul>			
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Receber o cliente na sala de procedimento.</li> <li>2- Orientar a mãe ou responsável quanto ao procedimento.</li> <li>3- Lavar as mãos conforme POP 037.</li> <li>4- Calçar as luvas.</li> <li>5- Realizar limpeza da cicatriz umbilical, com haste de algodão embebida em álcool 70%.</li> <li>6- Proteger a pele ao redor da cicatriz umbilical com óleo.</li> <li>7- Abrir a cicatriz umbilical, a fim de visualizar o granuloma.</li> <li>8- Inserir o cotonete embebido com o nitrato de prata sobre o granuloma da cicatriz umbilical.</li> <li>9- Solicitar à mãe que vista a bebê.</li> <li>10- Lavar as mãos.</li> </ol>			






**CIDADE DE**  
**PRESIDENTE**  
**PRUDENTE**  
**SAÚDE**




11- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.

12- Manter a sala em ordem.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 022	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CONDILOMATOSAS</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro			
ÁREA: Assistência à Saúde			
<b>OBJETIVO:</b> Tratar quimicamente verrugas genitais pequenas (condiloma acuminado ou plano), que representam a forma clínica de manifestação da infecção pelo vírus HPV (papiloma vírus humano), evidenciável a olho nu.			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maca ginecológica;</li> <li>- Lençol de maca;</li> <li>- Lençol de papel;</li> <li>- Haste flexível com ponta de algodão;</li> <li>- Ácido tricloroacético (ATA) de 80%;</li> <li>- Vaselina líquida.</li> </ul>			
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Chamar a paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;</li> <li>2- Posicionar a paciente na maca ginecológica;</li> <li>3- Preparar o material (Vaselina líquida para proteção da pele sadia, ATA, haste flexível com ponta de algodão para aplicação);</li> <li>4- Lavar as mãos conforme POP 037;</li> <li>5- Calçar as luvas de procedimento;</li> <li>6- Realizar inspeção visual da vulva, períneo, região perianal e vagina e identificar a localização da(s) lesão(ões);</li> <li>7- Proteger com vaselina líquida as margens da lesão, para evitar que o ATA possa</li> </ol>			

- provocar queimaduras na pele sadia ao redor;
- 8- Imergir a haste flexível no ATA e aplicar diretamente na(s) lesão(ões), utilizar cada lado da haste por aplicação e desprezar em seguida;
  - 9- Orientar para retorno semanal, para reaplicação do ATA até remissão da lesão, ou no caso de resistir ao tratamento, retornar à consulta médica para reavaliar indicação terapêutica;
  - 10- Orientar sobre as possibilidades de recidiva alta, independente da terapêutica adotada (25% em três meses) e de reinfecção;
  - 11- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
  - 12- Retirar as luvas de procedimento e Lavar as mãos conforme POP 037;
  - 13- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.;
  - 14- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 023	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Material</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Luvas de procedimento.</li><li>- Álcool a 70%.</li><li>- Algodão.</li><li>- Vacutainer.</li><li>- Coletor de urina infantil masculino e feminino.</li><li>- Garrote.</li><li>- Adaptador para vacutainer.</li><li>- Seringa de 10 ml e 20 ml.</li><li>- Agulha para seringas.</li><li>- Agulha para vacutainer.</li><li>- Caixa térmica azul.</li><li>- Caixa térmica vermelha.</li><li>- Caixa de isopor (uso específico para coleta).</li><li>- Óculos de proteção.</li><li>- Livro.</li><li>- Gelox.</li></ul>			
<b>Passos</b>			
<b>Recebimento dos materiais</b>			
1- Acolher o paciente com atenção.			

- 2- Receber a guia de requisição de exames.
- 3- Verificar quais exames solicitados.
- 4- Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida (data, letra legível, nome completo, matrícula, idade, procedência, medicamentos em uso, exames solicitados e identificação do profissional solicitante).
- 5- Confirmar com o paciente se encontra com o preparo adequado para o exame solicitado.
- 6- Identificar o(s) frasco(s) dos exames solicitados.
- 7- Orientar o paciente quanto à coleta e/ ou acondicionamento do material.
- 8- Orientar o paciente quanto ao resultado do exame.
- 9- Encaminhar o paciente à sala de coleta, quando necessário.
- 10- Registra em livro ou impresso controle os dados do paciente e exames solicitados.
- 11- Separar as guias de solicitação.
- 12- Acondicionar as guias de solicitação em sacos plásticos.
- 13- Lavar as mãos conforme POP 037.
- 14- Manter a sala em ordem.

### **Coleta de Sangue**

- 1- Recepcionar o paciente com atenção.
- 2- Explicar o procedimento ao paciente.
- 3- Receber os frascos de exames, certificando com o paciente, o nome correto.
- 4- Certificar-se que o paciente encontra-se em jejum, quando necessário para o exame solicitado.
- 5- Lavar as mãos conforme POP 037.
- 6- Paramentar-se com equipamento de proteção individual (EPI) adequado (luva de procedimento, óculos de proteção e avental).
- 7- Manter todo material próximo do procedimento.
- 8- Verificar as condições de acesso venoso, selecionando a mais adequada.
- 9- Garrotear próximo ao local selecionado.
- 10- Realizar antisepsia, com algodão e álcool 70%, friccionando com movimento único de baixo para cima, aguardando o tempo de secagem.
- 11- Realizar a punção venosa, com o bisel da agulha voltado para cima.
- 12- Inserir o tubo (específico ao exame solicitado) no adaptador do vacutainer, certificando



que introduziu toda a tampa na agulha.

13- Retirar o garrote, logo após o início da introdução do sangue no 1º tubo, continuar a coleta com os demais tubos, se for o caso.

14- Realizar inversões delicadas (mínimo 8), nos tubos com anticoagulante.

15- Acondicionar o tubo de coleta em grade própria.

16- Retirar a agulha do local puncionado, com auxílio de algodão, exercendo pressão sobre o local, sem dobrar o braço do paciente.

17- Orientar o paciente quanto ao resultado dos exames.

18- Retirar a agulha do adaptador, com auxílio de pinça Kelly, desprezando no recipiente para descarte de pérfuro-cortante.

19- Retirar as luvas.

20- Lavar as mãos.

#### **Coleta de urina para análise bioquímica**


##### **Material**

- Água, sabão e toalha;
- Bandeja, etiqueta para identificação;
- Luvas de procedimento;
- Frasco de boca larga para condicionamento da amostra devidamente identificado;
- Saco coletor para crianças;
- Comadre ou papagaio;
- Pedido do exame.

##### **Passos**

- 1- Chamar a paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 2- Lavar as mãos conforme POP 037;
- 3- Reunir o material necessário em uma bandeja;
- 4- Identificar o frasco com o nome completo do paciente, número do prontuário ou registro
- 5- Colocar biombo e/ou fechar a porta do quarto;
- 6- Calçar as luvas de procedimento;
- 7- Realizar a higiene íntima do paciente com gluconato de clorexidina degermante a 4%;

- 8- Desprezar o primeiro jato;
- 9- Coletar urina de jato médio (cerca de 10 ml) diretamente em frasco estéril de boca larga;
- 10- Em caso de criança pequena, colocar o saco coletor, de acordo com o sexo e, vestir a roupa;
- 11- Deixar o paciente em posição confortável;
- 12- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 13- Retirar as luvas de procedimento e Lavar as mãos conforme POP 037;
- 14- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 024	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>COLETA DE EXAME CITOLÓGICO CERVICO-VAGINAL (PAPANICOLAU)</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiros e médicos			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de saúde da mulher			
<b>Materiais</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espéculo.</li> <li>- Lâmina com uma extremidade fosca.</li> <li>- Espátula de Ayres.</li> <li>- Escova cervical.</li> <li>- Par de luvas para procedimento.</li> <li>- Formulário de requisição do exame.</li> <li>- Lápis – para identificação da lâmina.</li> <li>- Fixador apropriado.</li> <li>- Recipiente para acondicionamento das lâminas, de preferência caixas de material lavável.</li> <li>- Lençol para cobrir a paciente.</li> <li>- Avental.</li> <li>- Gaze.</li> <li>- Pinça de Cheron.</li> </ul>			
<b>Passos</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Recepcionar a paciente com atenção.</li> <li>2- Realizar anamnese;</li> <li>3- Orientar a paciente quanto ao procedimento;</li> <li>4- Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite, colocando-a na mesa auxiliar, para receber o material coletado;</li> <li>5- Ofereça avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/ local reservado solicitando-a</li> </ol>			

- que retire a parte inferior da roupa e esvazie a bexiga;
- 6- Lavar as mãos conforme POP 037;
  - 7- Solicite que ela deite na mesa ginecológica, auxiliando-a a posicionar-se adequadamente para o exame;
  - 8- Cubra-a com o lençol, realize inspeção e palpação de mamas, buscando encontrar nódulos palpáveis ou outras anormalidades, orientando-a quanto ao autoexame como procedimento rotineiro;
  - 9- Calçar as luvas de procedimento;
  - 10- Inicie a primeira fase examinando a região vulvar;
  - 11- Escolha o espécuro adequado;
  - 12- Introduza o espécuro, na posição vertical, ligeiramente inclinado, fazendo uma rotação de 90°, mantendo-o em posição transversa de modo que a fenda da abertura do especulo fique na posição horizontal;
  - 13- Abra o especulo lentamente e com delicadeza;
  - 14- 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;
  - 15- Proceda a coleta do ectocérvice, utilizando a espátula de madeira tipo Ayres;
  - 16- Encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a com firmeza, e com movimento rotativo de 360° em todo orifício, realize a coleta na mucosa ectocervical; Caso considere que a coleta não tenha sido representativa, faça mais uma vez o movimento de rotação;
  - 17- Estenda o material ectocervical na lâmina dispondo-o no sentido vertical ou horizontal, ocupando 2/3 da parte transparente da lâmina, em movimentos de ida e volta esfregando a espátula com suave pressão, garantindo uma amostra uniforme;
  - 18- Proceda à coleta endocervical, utilizando a escova cervical;
  - 19- Introduza a escova delicadamente no canal cervical, girando-a 360°;
  - 20- Estenda o material, ocupando o 1/3 da lâmina, rolando a escova de cima para baixo.
  - 21- Fixar o esfregaço, imediatamente após a coleta, utilizando uma das formas:
    - Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20 cm.
    - Deixar secar ao ar livre em posição horizontal, até a formação de uma película leitosa e opaca na superfície;
  - 22- Feche o espécuro, retire-o delicadamente e descarte em lixo apropriado
  - 23- Retire as luvas;



- 24- Lave as mãos;
- 25- Auxilie a paciente a descer da mesa, encaminhando-a para se trocar;
- 26- Oriente a paciente para que retorne para retirar o exame conforme a rotina da unidade;
- 27- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional;
- 28- Acondicionar as lâminas em recipiente específico para transportá-las;
- 29- Lançar no SISCAN e registrar no livro de coleta;
- 30- Preencha a relação de remessa na mesma sequência das lâminas e das requisições;
- 31- Enviar as lâminas pelo malote à SMS;
- 32- Mantenha ambiente de trabalho em ordem.

#### **Observações**


- O espécuro de tamanho pequeno deve ser utilizado em mulheres muito jovens, que não tiveram parto vaginal, menopausadas e em mulheres muito magras.
- O espécuro de tamanho grande pode ser indicado para as mulheres múltiparase para as obesas.
- Condições intermediárias ou em caso de dúvida, use o de tamanho médio.
- Caso esteja apresentando dificuldade para visualização do colo, pedir para a paciente tossir. Se ainda assim não conseguir visualizar o colo peça auxílio à outro profissional capacitado
- A mulher não poderá estar menstruada; preferencialmente, aguardar o 5º dia após menstruação.
- A presença de pequeno sangramento de origem não menstrual, não é impeditiva para coleta, principalmente nas mulheres após menopausa.
- A mulher não poderá utilizar creme vaginal, submeter-se a exames intravaginais (ultrassonografia) ou ter relações sexuais por dois dias antes do exame.
- Não lubrifique o especulo com qualquer tipo de óleo, glicerina, creme ou vaselina.
- Em caso de mulheres idosas, com vaginas extremamente ressecadas, recomenda-se molhar o especulo com soro fisiológico ou solução salina.
- Em paciente virgem, a coleta deverá ser realizada pelo profissional médico com Espécuro pequeno caso necessário.
- Em gestante ou na suspeita de gravidez, não realizar coleta de material endocervical.



- Caso identifique alterações (nódulos, verrugas, pólipos, etc.) na vulva ou vagina, solicite a presença do médico.
- A coleta é dupla: do ectocervice e do canal cervical
- As amostras são colhidas separadamente.
- A paciente pode ter sofrido alguma intervenção cirúrgica no colo ou uma histerectomia (retirada do útero).
- Nos casos de mulheres que tenham sofrido histerectomia com manutenção do colo uterino a coleta deve ser realizada como de hábito, inclusive com a escova endocervical.
- Nos casos em que houve a retirada total do colo a coleta pode ser feita no fundo da vagina (fundo cego).
- O orifício externo do colo uterino das mulheres que nunca tiveram parto vaginal é puntiforme e das que já tiveram é em fenda transversa.

#### **Resolução COFEN 381/2011**

**Art. 1º:** (...)a coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou é privativa do Enfermeiro (...).

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 025	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>COLETA DE TESTE DO PEZINHO (PKU)</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Material</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luvas de procedimento.</li> <li>- Álcool a 70%.</li> <li>- Gaze ou algodão.</li> <li>- Lanceta com ponta triangular.</li> <li>- Cartão específico para a coleta.</li> </ul>			
<b>Passos</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Recepcionar a família, orientando-a sobre o exame.</li> <li>2- Preencher os formulários, livros de registros e cartão de coleta, checando todas as informações com a família.</li> <li>3- Solicitar à mãe que permaneça em pé e segure a criança na posição vertical.</li> <li>4- Lavar as mãos conforme POP 037.</li> <li>5- Envolver o pé e o tornozelo da criança, com o dedo indicador e o polegar, mantendo-o fletido, deixando exposto apenas o calcanhar.</li> <li>6- Massagear o calcanhar do bebê suavemente.</li> <li>7- Fazer antisepsia no local, com algodão e álcool a 70%.</li> <li>8- Secar o excesso de álcool.</li> <li>9- Puncionar o local, com movimento firme e contínuo (sentido quase perpendicular a superfície da pele).</li> <li>10- Desprezar a primeira gota, limpando-a com algodão ou gaze seca.</li> <li>11- Encostar levemente o verso do papel de filtro, na direção do círculo, a partir da segunda</li> </ol>			

gota, fazendo leves movimentos circulares.

12- Repetir o procedimento até preencher os quatro círculos.

13- Ao término da coleta deitar a criança no colo ou na maca, comprimir o local com algodão ou gaze.

14- Desprezar a lanceta no lixo para perfuro-cortante.

15- Colocar a amostra para a secagem por período de 3 a 4 horas.

16- Lavar as mãos.

17- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.

18- Manter a sala em ordem.

#### **Observações**

- Não realizar coleta em salas frias e/ ou com ar refrigerado.

- Não há necessidade de jejum da criança.

- Iniciar a coleta somente após checar se todos os dados foram preenchidos corretamente.

- Manter o calcanhar do RN sempre abaixo do nível do coração facilita o fluxo.

- A punção é exclusivamente nas laterais da região plantar, no calcanhar, para não correr o risco de atingir o osso.

- Durante a coleta, deixar o sangue fluir naturalmente, de maneira homogênea, impregnando os dois lados do papel filtro.


- Caso não obtenha uma mancha adequada de sangue, aguardar a formação de uma nova gota, colocando-a próxima a primeira gota.

- Nunca preencha os espaços vazios com pequenas gotas para completar a área total, pois proporciona sobreposição do sangue e interfere no exame.

- Caso necessário faça uma nova punção para obter a gota adequada, que deverá ser próximo da primeira, nunca no mesmo local, utilizando nova lanceta.

- A secagem da amostra deve ser realizada com os cartões na horizontal, nunca as expondo ao sol.

- Após secas, as amostras devem ser acondicionadas em um único envelope, e estes colocados dentro de caixa (isopor ou plástica), que devem permanecer na parte inferior da geladeira (no máximo por 3 dias).


	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 026	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>COLOCAÇÃO DE COLAR CERVICAL</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Proteger a coluna cervical de compressão. Evitar o agravamento de possíveis lesões.			
<b>Materiais</b> - Colar cervical de tamanhos variados e/ou ajustáveis.			
<b>Passos</b> ** Para realizar este procedimento com segurança é necessária a presença de dois socorristas. 1- Explicar o procedimento ao paciente caso esteja consciente e solicitar que não mova a cabeça nem o pescoço; 2- Primeiro socorrista: - Fazer a estabilização manual da cabeça e do pescoço da vítima e, posição alinhada neutra. - Utilizar ambas as mãos colocando o 2º ao 5º dedo e palmas da mão sob a região occipital e cada um dos polegares na região temporomandibular. - Manter ligeira tração cefálica e o alinhamento da coluna cervical, eixo nariz, umbigo, pés; 3 - Segundo socorrista: - Retirar suavemente, roupas e adereços do pescoço e orelhas, para que esses não interfiram na colocação do colar cervical. - Medir a distância entre a mandíbula e uma linha imaginária na base do pescoço (musculo trapézio) com um das mãos, em posição transversal e avaliar o número de dedos que cabe nesse espaço, para determinar o tamanho do colar. - Utilizar a medida feita com os dedos na lateral do colar para a seleção do tamanho adequado ou para fazer regulagem nos colares ajustáveis.			

- Colocar o colar de tamanho apropriado, enquanto o primeiro socorrista mantém a estabilização neutra alinhada da cabeça.
- Se a vítima estiver sentada a colocação deve ser iniciada pela frente, a partir do mento e o fechamento com o velcro na parte posterior, de forma firme, porém sem apertar.
- Na vítima deitada, a colocação deve ser iniciada pela parte da nuca, tendo o cuidado de dobrar o velcro para não enroscar nos cabelos e prender os cabelos compridos se necessário
- Concluir a colocação do colar ajustando-o ao mento e o fazer o fechamento com o velcro na lateral, mantendo uma folga apenas para o conforto;
- 4 - Em caso de utilização de colar ajustável, certificar-se que este está travado no tamanho correto, antes de colocá-lo no pescoço da vítima;
- 5 - Primeiro socorrista: Permanecer na posição inicial de estabilização manual da cabeça e do pescoço até a vítima esteja totalmente imobilizada e não apenas com o colar cervical.

#### **Observação**

- Os colares devem ser de tamanho adequado para cada paciente;
- O colar não pode impedir a abertura da boca do paciente (espontânea ou realizada pelo socorrista caso ocorra saída de secreção/êmese);
- O colar não deve obstruir ou dificultar a ventilação.




	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 027	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>CONTENÇÃO MECÂNICA</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Controlar o comportamento violento evitando danos a integridade física do paciente, da equipe e de outras pessoas ao redor, com indicação restrita aos quadros psicopatológicos que coloquem em risco a vida do paciente e/ou das pessoas ao redor.			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faixa/ataduras;</li> <li>- Lençol;</li> <li>- Algodão ortopédico (quando necessário).</li> </ul>			
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Avaliar técnica e clinicamente a necessidade terapêutica de realizar este procedimento;</li> <li>2- Assegurar que o procedimento faça parte de um projeto terapêutico;</li> <li>3- Verificar a existência da prescrição médica e/ou de enfermeiro;</li> <li>4- É recomendado que haja mais de duas pessoas para auxiliar na contenção;</li> <li>5- É necessário que as ações sejam coordenadas, explicando o procedimento ao paciente e orientando a equipe;</li> <li>6- Iniciar a aplicação sempre pelo membro que apresenta maior risco de ser solto pelo paciente- dos MMSS pelos punhos e dos MMII pelos tornozelos, protegendo com algodão ortopédico e mantendo a faixa dobrada;</li> <li>7- Abrir a faixa as pontas e passa-las pelo lado oposto da faixa com os punhos/tornozelos no meio, amarrando na lateral da cama;</li> <li>8- Proceder a contenção do tórax passando a faixa própria pela linha média mamilar e sem atingir a região do diafragma. Em caso das mulheres, utilizar a região inframamária colocando a faixa embaixo das mamas, devolvendo-as a posição original;</li> </ol>			

- 9- Colocar os dedos médio e indicador entre a faixa e o tórax, avaliando se há compressão excessiva. Se os dedos entrarem com dificuldade deve-se relaxar a tração e se entrarem com muita facilidade deve-se ajusta-la. A faixa não pode ser colocada sob as costas e passada por debaixo das axilas e tracionada para cima;
- 10- Proceder a contenção dos tornozelos envolvendo-os fixando na lateral do leito;
- 11- Reavaliar o paciente continuamente mantendo a elevação da cabeça do paciente, perfusão sanguínea, edema e pulsos periféricos dos quatro membros, avaliando se há presença de lesões cutâneas, expansão da caixa torácica, nível de consciência e estado psíquico, verificando sinais vitais antes e após a administração de fármacos e outros cuidados gerais;
- 12- Em caso de contenção por mais de um período, realizar a mudança de decúbito a cada duas horas e liberação e uma área corporal por vez para realização de movimentos ativos e passivos;
- 13- Observar e anotar em prontuários quanto a segurança e conforto da contenção a cada uma hora;
- 14- Avaliar continuamente a necessidade de manter a contenção.

#### **Observação**

- A contenção mecânica deve ter o envolvimento da equipe multiprofissional para a decisão de realiza-la faça parte de um projeto terapêutico;
- Não há motivos que justifiquem manter o paciente contido após instalar-se o estado de sedação, pois cessa o perigo anteriormente presente.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 028	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>CURATIVO</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<p><b>Materiais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacote de curativo (pinça Kelly, pinça dente de rato, pinça anatômica e/ou pinça mosquito).</li> <li>- Soro fisiológico (0,9%)</li> <li>- Agulha 40x12 ou 25x8.</li> <li>- Seringa 20 ml.</li> <li>- Gaze, chumaço.</li> <li>- Luva de procedimento ou estéril, se necessário.</li> <li>- Cuba estéril ou bacia plástica.</li> <li>- Cobertura ou produto tópico prescrito (cremes, pomadas, hidrocolóides, etc.).</li> <li>- Esparadrapo, fita adesiva e micropore ou similar.</li> <li>- Faixa crepe de 10 ou 15cm (atadura).</li> <li>- Tesoura (Mayo e Iris).</li> <li>- Cabo de bisturi e lâmina de bisturi.</li> </ul> <p><b>Passos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Receber o paciente de maneira cordial.</li> <li>2- Explicar o procedimento a ser realizado.</li> <li>3- Manter o paciente em posição confortável.</li> <li>4- Manter a postura correta durante o curativo.</li> <li>5- Lavar as mãos conforme POP 037.</li> <li>6- Preparar o material para a realização do curativo.</li> </ol>			

7- Avaliar a ferida.

8- Realizar o curativo utilizando técnica segundo a classificação da ferida:

#### **Lesões fechadas**


##### **Incisão simples**

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

#### **Observações**

- A prescrição do curativo é privativa do enfermeiro e do médico.
- A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita através de irrigação com jato de soro fisiológico morno, com seringa de 20 ml e agulha 40x12 ou 25x8, ou ainda frasco de soro perfurado de diferentes maneiras.
- Proteger sempre as úlceras com gazes, compressas, antes de aplicar uma atadura.
- Não apertar demais a atadura, devido ao risco de gangrena, por falta de circulação.
- Iniciar o enfaixamento sempre, no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro.
- Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada.
- Trocar o curativo com gaze a cada 24 horas ou quando estiver úmido, sujo ou solto. Se for uso de placa a troca deve ser a cada 7 dias, ou conforme necessidade
- A recomendação atual, para realização do curativo consiste em manter a ferida limpa, úmida e coberta, exceto incisões fechadas e locais de inserção de cateteres e introdutores e fixadores externos.



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 029	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>DESTRUMENTAMENTO INSTRUMENTAL</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro			
ÁREA: Assistência à Saúde			
<p>OBJETIVO: Promover a limpeza da ferida, deixando-as em condições adequadas para cicatrizar; reduzir o conteúdo bacteriano, impedindo a proliferação dos mesmos e também, preparar a ferida para intervenção cirúrgica (ex. enxerto e cicatrização por terceira intenção).</p>			
<p><b>Materiais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesa auxiliar ou bandeja;</li> <li>- Bacia/cuba, se necessário;</li> <li>- Pacote de curativo contendo pinça anatômica uma pinça dente de rato e uma pinça kelly;</li> <li>- Cabo e lâmina de bisturi;</li> <li>- Tesoura curva (se necessário);</li> <li>- Pacote de gazes esterilizadas;</li> <li>- Solução fisiológica 0,9% (morno ou temperatura ambiente);</li> <li>- Agulha 25x12 ou 40x12;</li> <li>- Luvas de procedimento e/ou estéril;</li> <li>- Equipamento de proteção individual;</li> <li>- Produtos/coberturas padronizados selecionados.</li> </ul>			
<p><b>Passos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Chamar o paciente confirmando o nome e apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;</li> <li>2- Orientar o paciente/família que após a limpeza, a ferida aumenta a área e a profundidade;</li> <li>3- Reunir o material necessário;</li> </ol>			



- 4- Lavar as mãos conforme POP 037;
- 5- Calçar as luvas de procedimento e outros EPI's necessários;
- 6- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- 7- Observar o curativo anterior antes da remoção;
- 8- Remover o curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada do micropore e desprendimento da cobertura;
- 9- Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calou ou dor local e odor;
- 10- Se necessário proceder a limpeza, nas áreas próximas da ferida e pele periférica com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha;
- 11- Retirar as luvas e higienize as mãos;
- 12- Abrir pacote utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto as pinças;
- 13- Calçar luvas de procedimento ou estéreis;
- 14- Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25x12 ou 40x12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%;
- 15- Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%
- 16- Secar a pele peri-lesão com gaze;
- 17- Realizar mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível semanal/quinzenal;
- 18- Tracionar a pinça dente de rato o tecido não viável próximo a borda, em seguida corta-se paralelamente ao leito, removendo o tecido como uma tampa. Outra opção é realizar a técnica de escarotomia que consiste na realização de incisões quadriculadas 2 a 5 cm de profundidade, favorecendo a escarectomia;
- 18- Realizar o curativo utilizando produtos/coberturas indicadas;
- 19- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 20- Retirar as luvas;
- 21- Lavar as mãos conforme POP 037;
- 22- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos

serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.

23- Manter ambiente limpo e organizado.

### **Observação**

Métodos:


- Seletivo: Remove apenas o tecido inviável sem afetar o tecido vivo;
- Não seletivo: pode remover tecido viável e inviável.

Classificação quanto ao mecanismo de ação:

- Autolítico: Refere-se a lise natural da necrose pelos leucócitos e enzimas digestivas do próprio corpo, que entraram em contato com o leito da ferida, durante a fase inflamatória (ex: gazes embebidas em AGE, hidrogel etc.);
- Químico: São substâncias enzimáticas exógenas e são seletivas porém se o tecido viável estiver apenas presente pode ser levemente dolorido (ex: papaína gel);
- Biológico: São utilizadas larvas de moscas que secretam coquetel de enzimas proteolíticas que liquefazem a necrose e facilita a limpeza da ferida.
- Mecânico: Consiste na remoção dos tecidos mortos ou de corpos estranhos do leito da ferida com a utilização de força física (ex: fricção, úmido seco, irrigação com SF 0,9%);


Instrumental conservador: Este método é realizado com a utilização de objetos cortantes, tais como, tesouras, lâminas de bisturi e outros instrumentais necessários dependendo da agressividade do procedimento, e pode variar desde a retirada de calosidade até grandes excisões (Atenção o plano de fáscia é o limite do enfermeiro). Os enfermeiros devem ser qualificados para realizar a técnica.

- A escolha do método deve considerar as condições clínicas do paciente, a urgência do tratamento (infecção, sepse, osteomielite), o tipo de tecido necrosado e a habilidade e competência do profissional;
- Na presença de sangramento ou reação de sensibilidade a dor avaliar a continuidade do procedimento;
- Avaliar os casos de pacientes em uso de antiplaquetários ou anticoagulantes;
- Desbridamento instrumental cirúrgico é somente realizado por médicos.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 030	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>ELETROCARDIOGRAMA</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<p><b>Materiais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eletrocardiógrafo.</li> <li>- Gel hidrossolúvel.</li> <li>- Álcool a 70%.</li> <li>- Algodão seco.</li> <li>- Lençol.</li> </ul> <p><b>Passos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo está ligado.</li> <li>2- Checar a presença e integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente com cinco vias.</li> <li>3- Seguir as orientações de utilização segundo o fabricante.</li> <li>4- Solicitar ao paciente que exponha o tórax, punhos e tornozelos.</li> <li>5- Solicitar que o paciente retire relógio, correntes, chaves, celulares, etc..</li> <li>6- Cobrir o paciente para que o mesmo não fique totalmente exposto.</li> <li>7- Orientar o paciente a deitar, evitar a movimentação, tossir ou conversa, enquanto o ECG está sendo registrado, a fim de evitar artefatos.</li> <li>8- Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos).</li> <li>9- Colocar os eletrodos no tórax e nos membros conforme determinado, usando eletrodos autoadesivos ou gel hidrossolúvel ou ainda, outro material de condução (orientação do fabricante).</li> <li>10- Iniciar o registro no eletrocardiógrafo.</li> </ol>			

- 11- Avaliar se o registro é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico.
- 12- Finalizar o procedimento, auxiliando o paciente a levantar-se da maca e vestir-se.
- 13- Avaliar o registro, identificando e comunicando as alterações ao enfermeiro.
- 14- Aferir o pulso do paciente, classificando conforme a frequência, ritmo e amplitude.
- 15- Identificar a fita registro do eletrocardiograma com: nome do paciente, idade, cadastro.
- 16- Lavar as mãos.
- 17- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar
- 18- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- 19- Manter a sala em ordem.



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 031	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>EXAME CLÍNICO DAS MAMAS</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Identificar alterações e anormalidade. Detectar precocemente nódulos mamários			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EPI (luvas de procedimento)</li> <li>- Camisola/Avental</li> <li>- Lamina para coleta de secreção papilar (se necessário)</li> </ul>			
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;</li> <li>2- Reunir o material;</li> <li>3- Lavar as mãos conforme POP 037;</li> <li>4- Realizar a anamnese e registrar em prontuário;</li> <li>5- Oferecer camisola/avental a paciente encaminhando- a ao banheiro/local reservado solicitando-a que retire a parte superior da roupa e coloque a camisola com abertura para frente;</li> <li>6- Solicitar a paciente que se sente na maca;</li> <li>7- Realizar a inspeção estática das mamas, observando lesões, alterações na pele, retrações, edemas e abaulamentos;</li> <li>8- Realizar a dinâmica das mamas: Solicitar a paciente que abra os braços paralelos ao corpo e os levante até a cabeça, e com as mãos na cintura contraia a musculatura peitoral;</li> <li>9- Realizar a palpação dos linfonodos axilares e supraclaviculares ainda com a paciente</li> </ol>			




sentada;

- 10- Solicitar a paciente que deite na maca e coloque os braços atrás da cabeça;
- 11- Observar massa na mama, retração, edema, ferida no mamilo, sensibilidade na mama;
- 12- Realizar a palpação das mamas, uma de cada vez;
- 13- Utilizar as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos para examinar o tecido mamário de forma circular da área distal para a proximal do mamilo;
- 14- Cada quadrante deve ser examinado com três níveis de pressão, leve, médio e profundo;
- 15- A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não pressionada (comprimida) a menos que haja descarga papilar espontânea;
- 16- Auxiliar a paciente descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para se vestir;
- 17- Orientar a paciente sobre os achados e encaminhar para consulta médica se necessário;
- 18- Lavar as mãos conforme POP 037;
- 19- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- 20- Manter ambiente limpo e organizado.

#### **Observações**

- Em casos de mulheres mastectomizadas a palpação deve ser realizada na parede do tórax, pele e incisão cirúrgica;
- Em caso de descarga papilar presente, independente do aspecto, proceder a coleta de secreção em uma lâmina, identificando a mama coletada. Preencher impresso específico para coleta de secreção papilar, cadastrar no SISCAN e encaminhar para o laboratório.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	Número: POP - 032	Data da validação: 12/2021	Data da Revisão: 12/2023
<b>EXECUÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Detectar precocemente a gravidez			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Luvas de procedimento;</li><li>- Frasco limpo e seco de plástico ou vidro, sem nenhum conservante;</li><li>- Tiras reagentes para Teste Rápido HCG urinário.</li></ul>			
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Receber o paciente com atenção.</li><li>2- Reunir o material;</li><li>3- Lavar as mãos conforme POP 037;</li><li>4- Calçar as luvas de procedimento;</li><li>5- Oferecer o frasco ou copo descartável e encaminhá-la ao sanitário;</li><li>6- Orientar a paciente a coletar uma pequena amostra de urina;</li><li>7- Receber o material e proceder à realização do teste, introduzir a tira em posição vertical com as setas na posição vertical e para baixo;</li><li>8- Imergir a tira até a linha "Mark line", retirar após 10-15 segundos e colocá-la sob material ou superfície não absorvente;</li><li>9- Esperar as faixas coloridas aparecerem, aguardar tempo da reação completa de 5 minutos;</li><li>10- Interpretar o resultado: <b>Negativo:</b> aparece apenas uma faixa na região do controle.</li></ol>			


**Positivo:** aparecem duas faixas iguais e separadas de cores na região do controle e do teste;

11- Explicar o resultado a paciente;

12- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

13- Retirar as luvas de procedimento e Lavar as mãos conforme POP 037;

14- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 033	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>EXECUÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE HIV COM AMOSTRA DE SANGUE</b>			
<b>EXECUTANTE:</b> Profissionais de saúde capacitados para executar os Testes Rápidos de HIV Profissional de nível superior da área de saúdes capacitado pelo Departamento DST/AIDS e Hepatites virais do Ministério da Saúde			
<b>ÁREA:</b> Assistência à Saúde			
<b>OBJETIVO:</b> Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;</li> <li>- Manual de instrução;</li> <li>- Álcool 70%;</li> <li>- Algodão ou gaze não estéril;</li> <li>- Cronômetro ou relógio;</li> <li>- Caneta esferográfica;</li> <li>- Caneta de tinta permanente;</li> <li>- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;</li> <li>- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;</li> <li>- Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos;</li> <li>- Laudo TR HIV;</li> </ul>			
<b>Material Específico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kit diagnóstico – imunocromatografia em plataforma de fluxo lateral: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução diluente;</li> <li>- Kit diagnóstico – imunocromatografia em plataforma de duplo percurso: lanceta para punção digital, alça coletora descartável, frasco para eluição da amostra, com dosador e tampa, plataforma de teste DPP Sífilis e frasco com solução-tampão de corrida.</li> </ul>			

### **Passos**

- 1- Ler o manual de instrução;
- 2- Observar as orientações de acordo com cada laboratório, pois a quantidade de sangue e diluente utilizados poderá ser modificada conforme fabricante.
- 3- Lavar as mãos conforme POP 037;
- 4- Colocar os EPIs;
- 5- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit\*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste; (Cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit).
- 6- Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- 7- Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- 8- Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou na plataforma de duplo percurso não for visível duas linhas, uma na área de controle e outra na área do teste, despreze esse material e recomece.
- 9- Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste e no frasco de eluição, com caneta de tinta permanente;
- 10- Abrir o frasco para eluição da amostra.
- 11- Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- 12- Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
- 13- Questionar o usuário, antes de iniciar o teste, para saber se ele comeu, fumou, bebeu, inalou qualquer substância, escovou os dentes ou praticou qualquer atividade oral 30 minutos antes do teste. Em caso afirmativo, orientar o usuário a lavar a boca com água e aguardar 30 minutos para fazer a coleta de fluido oral.
- 14- Solicitar a retirada total de batom antes do teste, fornecendo gaze não estéril;
- 15- Orientar o usuário a inserir o coletor acima dos dentes, no espaço que fica entre o final




- da gengiva e o começo da bochecha, realizar ligeira fricção, passando o coletor gentilmente, quatro vezes, tanto na arcada superior quanto na arcada inferior;
- 16- Inserir o coletor no frasco de eluição, identificado, quebrar a haste, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos;
- 17- Retirar a tampa do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01; Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço;
- 18- Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram;
- 19- Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03;
- 20- Aguardar 10 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
- 21- Fazer a interpretação conforme:
- Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostra será considerada **NÃO REAGENTE**.
  - Se aparecer a linha rosa ou roxa na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada **REAGENTE**.
  - Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado **INVÁLIDO**. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail [diagnostico@ aids.gov.br](mailto:diagnostico@ aids.gov.br);
  - Não interpretar o teste após o período padronizado para a realização da leitura;
- 22- Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- 23- Retirar os EPIs;
- 24- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- 25- Registrar o procedimento em planilha de produção ou sistema de informação (SIGA);
- 26- Emitir o laudo diagnóstico em duas vias;

27- Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

**Observações**

- Se o resultado do exame for considerado REAGENTE para a infecção pelo HIV, realize um segundo teste rápido, de outro fabricante para confirmação do diagnóstico;
- Após confirmação, encaminhar o usuário para o Centro de Referência DST/AIDS com referência/contra referência, em horário comercial de segunda à sexta.
- Nos casos de resultados discordantes, encaminhe amostra de sangue para o Laboratório Municipal (formulário LMC campo 06 HIV).
- Alguns fatores podem intervir no resultado ou gerar resultado falso negativo:
  - Paciente em janela imunológica;
  - Amostra coagulada ou lipêmica;
  - Volume incorreto de amostra e tempo incorreto de leitura.
- Alguns fatores podem intervir no resultado ou gerar resultado falso positivo:
  - Doença autoimune;
  - Vacina influenza;
  - Transplantes.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	
	<b>Número:</b> POP - 034	<b>Data da validação:</b> 12/2021
<b>EXECUÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE HIV COM AMOSTRA FLUÍDO ORAL</b>		
<b>EXECUTANTE:</b> Profissionais de saúde capacitados para executar os Testes Rápidos de HIV Profissional de nível superior da área de saúdes capacitado pelo Departamento DST/AIDS e Hepatites virais do Ministério da Saúde		
<b>ÁREA:</b> Assistência à Saúde		
<b>OBJETIVO:</b> Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem		
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;</li> <li>- Kit diagnóstico: Coletor de amostras de fluido oral, frasco para eluição da amostra, com dosador e tampa, suporte de teste HIV e frasco com solução-tampão de corrida;</li> <li>- Manual de instrução;</li> <li>- Gaze não estéril;</li> <li>- Cronômetro ou relógio;</li> <li>- Caneta esferográfica;</li> <li>- Caneta de tinta permanente;</li> <li>- Recipiente para descarte de material biológico;</li> <li>- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;</li> <li>- Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos;</li> <li>- Laudo TR DPP HIV Fluído Oral;</li> </ul>		
<b>Passos</b> <p><b>Esfigmomanômetro Aneróide ou de coluna de mercúrio.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Ler o manual de instrução;</li> <li>2- Observar as orientações de acordo com cada laboratório, pois a quantidade de sangue e</li> </ol>		

diluído poderá ser modificada conforme fabricante.

3- Lavar as mãos conforme POP 037;

4- Colocar os EPIs;

5- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit\*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste; \* Cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.

6- Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;

7- Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;

8- Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou na plataforma de duplo percurso não for visível duas linhas, uma na área de controle e outra na área do teste, despreze esse material e recomece.

9- Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste e no frasco de eluição, com caneta de tinta permanente;

10- Abrir o frasco para eluição da amostra.

11- Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;

12- Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;

13- Questionar o usuário, antes de iniciar o teste, para saber se ele comeu, fumou, bebeu, inalou qualquer substância, escovou os dentes ou praticou qualquer atividade oral 30 minutos antes do teste. Em caso afirmativo, orientar o usuário a lavar a boca com água e aguardar 30 minutos para fazer a coleta de fluido oral.

15- Solicitar a retirada total de batom antes do teste, fornecendo gaze não estéril;

16- Orientar o usuário a inserir o coletor acima dos dentes, no espaço que fica entre o final da gengiva e o começo da bochecha, realizar ligeira fricção, passando o coletor gentilmente, quatro vezes, tanto na arcada superior quanto na arcada inferior;

17- Inserir o coletor no frasco de eluição, identificado, quebrar a haste, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos;




- 18- Retirar a tampa do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01; Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço;
- 19- Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram;
- 20- Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03;
- 21- Aguardar 10 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
- 22- Fazer a interpretação conforme:
  - Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostra será considerada **NÃO REAGENTE**.
  - Se aparecer a linha rosa ou roxa na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada **REAGENTE**.
  - Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado **INVÁLIDO**. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail [diagnostico@ aids.gov.br](mailto:diagnostico@ aids.gov.br)

#### **Observações**

- Se o resultado do exame for considerado REAGENTE para a infecção pelo HIV, realize um segundo teste rápido, de outro fabricante para confirmação do diagnóstico;
- Após confirmação, encaminhar o usuário para o Centro de Referência DST/AIDS com referência/contra referência, em horário comercial de segunda à sexta.
- Em casos de resultados discordantes, encaminhe amostra de sangue para o Laboratório Municipal.



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 035	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>EXECUÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE SÍFILIS</b>			
EXECUTANTE: Profissionais de saúde capacitados para executar os Testes Rápidos de Sífilis			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;</li> <li>- Manual de instrução;</li> <li>- Álcool 70%;</li> <li>- Algodão ou gaze não estéril;</li> <li>- Cronômetro ou relógio;</li> <li>- Caneta esferográfica;</li> <li>- Caneta de tinta permanente;</li> <li>- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;</li> <li>- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;</li> <li>- Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos;</li> <li>- Laudo TR Sífilis;</li> <li>- Material Específico:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Kit diagnóstico – imunocromatografia em plataforma de fluxo lateral: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução diluente;</li> <li>Kit diagnóstico – imunocromatografia em plataforma de duplo percurso: lanceta para punção digital, alça coletora descartável, frasco para eluição da amostra, com dosador e tampa, plataforma de teste DPP Sífilis e frasco com solução-tampão de corrida;</li> </ul> </li> </ul>			

### **Passos**

- 1- Ler o manual de instrução;
- 2- Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- 3- Lavar as mãos conforme POP 037;
- 4- Colocar os EPIs;
- 5- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit\*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- 6- Cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.
- 7- Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- 8- Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- 9- Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou na plataforma de duplo percurso não for visível duas linhas, uma na área de controle e outra na área do teste, despreze esse material e recomece.
- 10- Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste e no frasco de eluição, com caneta de tinta permanente;
- 11- Abrir o frasco para eluição da amostra se for realizar o teste de duplo percurso.
- 12- Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- 13- Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
- 14- Realizar punção digital;
- 15- Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar, alça coletora ou pipeta capilar evitando a formação de bolhas. Realizar nova coleta, caso ocorra a formação de bolhas.
- 16- Realização do Teste:
  - **Imunocromatografia de fluxo lateral:**
    - Colocar a pipeta capilar na posição vertical e dispensar uma gota da amostra no poço do

- dispositivo de teste A. Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço;
- Adicionar quatro gotas de diluente no poço em que foi colocada anteriormente a amostra;
  - Aguardar 20 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.
- Imunocromatografia em plataforma de duplo percurso:**
- Inserir a alça coletora no frasco de eluição, identificado, quebrar a alça coletora, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos;
  - Retirar a tampa superior do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01. Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço;
  - Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram;
  - Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03;
  - Aguardar 10 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.
- 17- Interpretação do teste:
- Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostra será considerada NÃO REAGENTE.
  - Se aparecer a linha rosa ou roxa na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE.
  - Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail [diagnostico@ aids.gov.br](mailto:diagnostico@ aids.gov.br) d. Não interpretar o teste após o período padronizado para a realização da leitura;
- 18- Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- 19- Retirar os EPIs e Lavar as mãos conforme POP 037;
- 20- Realizar anotação na folha de trabalho, assinar e carimbar;
- 21- Registrar o procedimento em planilha de produção ou sistema de informação;
- 22- Emitir o laudo diagnóstico;


22- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.

23- Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

#### **Observação**

- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo *Treponema pallidum*. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis (janela imunológica).

- Em casos de resultados reagentes, encaminhe amostra de sangue para o Laboratório Municipal.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 036	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>EXECUÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE HEPATITES VIRAIS</b>			
EXECUTANTE: Profissionais de saúde capacitados para executar os Testes Rápidos de Hepatites Virais			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem Teste qualitativo utilizado na triagem da infecção pelo vírus da hepatite B, por meio da detecção do de antígeno do HBs (HBsAg) no soro, plasma ou sangue total.			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;</li> <li>- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;</li> <li>- Manual de instrução;</li> <li>- Álcool 70%;</li> <li>- Algodão ou gaze não estéril;</li> <li>- Cronômetro ou relógio;</li> <li>- Caneta esferográfica;</li> <li>- Caneta de tinta permanente;</li> <li>- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;</li> <li>- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;</li> <li>- Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos;</li> <li>- Laudo TR HBsAg;</li> </ul>			
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Ler o manual de instrução;</li> <li>2- Observar as orientações de acordo com cada laboratório;</li> </ol>			



- 3- Lavar as mãos conforme POP 037;
- 4- Colocar os EPIs;
- 5- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste; (Cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit).
- 6- Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- 7- Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- 8- Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece.
- 9- Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;
- 10- Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- 11- Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
- 12- Realizar punção digital;
- 13- Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta: Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.
- 14- Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar três gotas da amostra no poço (S) do dispositivo de teste.
- 15- Adicionar uma gota de solução tampão no poço, sobre a amostra.
- 16- Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
- 17- Se resultado negativo aguardar mais 15 minutos;
- 18- Fazer a interpretação do resultado:
  - Se após 30 minutos aparecer apenas uma linha azul na área de controle, a amostra será considerada **NÃO REAGENTE**.
  - Se aparecer a linha vermelha na área de teste e azul na área de controle, a amostra será considerada **REAGENTE**.
- 19- Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado

pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail [diagnostico@aids.gov.br](mailto:diagnostico@aids.gov.br)

20- Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;

21- Retirar os EPIs e Lavar as mãos conforme POP 037;

22- Realizar anotação na folha de trabalho, assinar e carimbar;

23- Registrar o procedimento em planilha de produção ou sistema de informação;


24- Emitir o laudo diagnóstico;

25- Realizar anotação de Enfermagem no prontuário, assinar com nome completo e nº do registro no Conselho.

26- Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

#### **Observação**

- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo vírus da hepatite B. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis. Em casos de resultados reagentes, agendar atendimento para acompanhamento no ambulatório de hepatites virais, via sistema on-line.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 037	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS</b>			
EXECUTANTE: Todos os profissionais da equipe de saúde			
ÁREA: Higienização e antissepsia			
OBJETIVO: Garantir a higienização das mãos, evitando a transmissão de infecções			
<p><b>Passos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Retirar relógios, joias e anéis das mãos e braços (sob tais objetos acumulam-se bactérias que não são removidas mesmo com a lavagem das mãos);</li> <li>2- Abrir a torneira;</li> <li>3- Molhe as mãos sem encostar-se à pia;</li> <li>4- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido de modo a cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);</li> <li>5- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;</li> <li>6- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da esquerda entrelaçando dedos e vice-versa;</li> <li>7- Entrelaçar os dedos;</li> <li>8- Friccionar os espaços interdigitais;</li> <li>9- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;</li> <li>10- Esfregar o polegar direito, com auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa;</li> <li>11- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;</li> <li>12- Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando</li> </ol>			


movimento circular e vice-versa;

13- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete, no sentido dos dedos para os punhos.

14- Evitar contato direto das mãos com a torneira;

15- Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;

16- Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 038	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>LAVAGEM INTESTINAL</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Auxiliar no amolecimento do conteúdo fecal viabilizando sua exteriorização, aliviando a constipação. Preparo e realização de procedimento diagnóstico ou terapêutico.			
<b>Materiais</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- EPI (luva de procedimento, óculos, avental)</li> <li>- Solução prescrita</li> <li>- Sonda retal;</li> <li>- Equipo macro gotas;</li> <li>- Suporte de soro;</li> <li>- Comadre ou fralda descartável;</li> <li>- Xilocaína 2%</li> <li>- Biombo se necessário</li> </ul>			
<b>Passos</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;</li> <li>2- Checar a prescrição</li> <li>3- Reunir o material;</li> <li>4- Lavar as mãos conforme POP 037;</li> <li>5- Promover privacidade do paciente (utilizar biombo se necessário);</li> <li>6- Aquecer a solução prescrita a 37º e conectar o equipo macro gotas a sonda retal;</li> <li>7- Paramentar-se com EPI;</li> <li>8- Posicionar o paciente em DLE se possível. Com MIE estendido e MID fletido;</li> </ol>			



- 9- Lubrificar a sonda retal com a própria solução a ser administrada ou utilize xilocaína;
- 10- Introduzir a sonda retal lentamente no ânus, cerca de 5 a 7 cm nas crianças e 10 a 13 cm nos adultos;
- 11- Infundir a solução de acordo com a prescrição médica;
- 12- Após o término da infusão, retirar a sonda e comprimir as nádegas;
- 13- Oferecer comadre, colocar fralda descartável ou encaminhar o paciente ao vaso sanitário, conforme condições clínicas;
- 14- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 15- Retirar os EPIs e Lavar as mãos conforme POP 037;
- 16- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional;
- 17- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

#### **Observação**


- Em crianças, utiliza-se SF 0,9% aquecido a 38º para evitar hipotermia;
- Durante a lavagem, observar o volume de retorno, que deverá ser o mesmo do infundido;
- Checar a necessidade de coleta de material para análise laboratorial, que deve anteceder a lavagem retal;
- Observar continuamente qualquer alteração de nível de consciência e monitorar frequentemente os sinais vitais.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	
	<b>Número:</b> POP - 039	<b>Data da validação:</b> 12/2021
<b>LAVAGEM GÁSTRICA</b>		
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem		
ÁREA: Assistência à Saúde		
OBJETIVO: Diminuir a exposição a agentes tóxicos por medida de esvaziamento gástrico. Drenar secreções da cavidade gástrica. Limpar e remover secreções irritantes. Diagnosticar e tratar hemorragias gástricas. Obter conteúdos gástricos para análise laboratorial.		
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EPI (luva de procedimento)</li> <li>- Sonda nasogástrica calibrosa</li> <li>- Gaze não estéril;</li> <li>- Gel hidrossolúvel;</li> <li>- Seringa de 20 ml;</li> <li>- Soro fisiológico;</li> <li>- Equipo macro gotas;</li> <li>- Bolsa Coletora.</li> </ul>		
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;</li> <li>2- Checar a prescrição</li> <li>3- Reunir o material;</li> <li>4- Lavar as mãos conforme POP 037;</li> <li>5- Promover privacidade do paciente (utilizar biombo se necessário);</li> <li>6- Paramentar-se com EPI;</li> <li>7- Proceder a técnica de SNG, (privativo de enfermeiro) se o paciente não estiver sondado;</li> <li>8- Se estiver som a sonda, conectar o equipo da solução na SNG e infundir lentamente;</li> </ol>		

- 9- Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com a cabeça fletida, diminuindo a passagem do conteúdo gástrico para o duodeno durante a lavagem gástrica;
- 10- Administrar volumes fracionados de SF 0,9% conforme prescrição médica, permitindo retorno do líquido infundido. Repetir o procedimento até o líquido instalado retorne claro e não se observe resíduos;
- 11- Retirar a sonda e recolher o material;
- 12- Após a sondagem oferecer gargarejo para limpar a boca;
- 13- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 14- Retira os EPIs e higienize as mãos;
- 15- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- 16- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

#### **Observação**

- O procedimento de sondagem é privativo do Enfermeiro;
- Em crianças, utiliza-se SF 0,9% aquecido a 38°C para evitar hipotermia.
- Durante a lavagem, observar o volume de retorno, que deverá ser o mesmo do infundido.
- Checar a necessidade de coleta de material para análise laboratorial, que deve anteceder a lavagem gástrica.
- Observar continuamente qualquer alteração de nível de consciência e monitorar frequentemente os sinais vitais, pois a resposta vagal natural à intubação pode diminuir a frequência cardíaca do paciente.


	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	Número: <b>POP - 040</b>	Data da validação: <b>12/2021</b>	Data da Revisão: <b>12/2023</b>
<b>MEDIDA DE ESTATURA</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Material</b>			
1- Antropômetro.			
<b>Passos</b>			
<b>Crianças menores de 2 anos</b>			
1- Recepcionar.			
2- Lavar as mãos conforme POP 037.			
3- Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços.			
4- 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.			
5- 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.			
6- Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada.			
7- Retirar a criança.			
8- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.			
9- Lavar as mãos.			

10- Manter a sala em ordem.

**Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos**


- 1- Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento.
- 2- Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
- 3- Solicite ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/ parede.
- 4- Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
- 5- Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel.
- 6- Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento.
- 7- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional..
- 8- Lavar as mãos.
- 9- Manter a sala em ordem.




	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 041	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>MEDIDA DE CIRCUNFÊRENCIA DE CINTURA</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Material</b> - Fita métrica.			
<b>Passos</b> 1- Recepcionar o paciente. 2- Orientar o procedimento ao paciente. 3- Orientar o paciente a permanecer de pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e os pés separados numa distância de 25-30 cm. 4- Solicitar ao paciente que afaste a roupa, de forma que a região da cintura fique despida. A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto. 5- Mantenha-se de frente para o paciente, segure o ponto zero da fita métrica em sua mão direita e, com a mão esquerda, passar a fita ao redor da cintura ou na menor curvatura localizada entre as costelas e o osso do quadril (crista ilíaca). 6- Ajustar a fita métrica no mesmo nível em todas as partes, em seguida, solicite que o paciente expire totalmente. 7- Realizar a leitura imediatamente antes que a pessoa inspire novamente. 8- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional. 9- Lavar as mãos. 10- Manter a sala em ordem.			

<b>Tabela de Cintura</b>		
<b>Risco</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>
Normal	Até 80 cm	Até 90 cm
Risco médio	> 80cm	> 90 cm
Risco alto	≥ 84 cm	≥ 94 cm
Risco altíssimo	≥ 88 cm	≥ 102 cm


	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	
	<b>Número:</b> POP - 042	<b>Data da validação:</b> 12/2021
<b>MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE QUADRIL</b>		
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros		
ÁREA: Assistência à Saúde		
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem		
<b>Material</b>		
1- Fita métrica.		
<b>Passos</b>		
1- Recepcionar o paciente.		
2- Orientar o procedimento ao paciente.		
3- Orientar o paciente a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com mínimo de roupas possível.		
4- Colocar a fita métrica ao redor do quadril, na área de maior diâmetro, sem comprimir a pele.		
5- Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes.		
6- Realizar a leitura.		
7- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.		
8- Lavar as mãos.		
9- Manter a sala em ordem.		
<b>Relação Cintura x Quadril</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>
Ideal	0,7	0,8
Risco baixo	< 0,8	< 0,95
Risco moderado	0,81 – 0,84	0,96 – 0,99
Risco alto	> 0,85	> 1,0

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 043	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>MEDIDA DE PERÍMETRO TORÁCICO</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Material</b> - Fita Métrica.			
<b>Passos</b> 1- Colocar a criança deitada ou sentada de acordo com a idade da criança. 2- Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos. 3- Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax. 4- Realizar a leitura. 5- Anotar na ficha clínica, gráfico de desenvolvimento e crescimento e cartão da criança. 6- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional. 7- Lavar as mãos. 8- Manter a sala em ordem.			
<b>Observação</b> Relação entre perímetro cefálico (PC) e perímetro torácico (PT): - até 6 meses: PC é superior ao PT - cerca de 6 meses: PC é igual ao PT - cerca de 8 meses: PC é inferior ao PT.			

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 044	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>MEDIDA DE PERÍMETRO CEFÁLICO</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Avaliar o desenvolvimento cerebral e detectar possíveis anomalias.			
<b>Materiais</b> - Fita métrica não extensíveis/inelástica.			
<b>Passos</b> 1- Chamar o paciente, confirmar o nome, explicando para o acompanhante o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução; 2- Reunir o material; 3- Lavar as mãos conforme POP 037; 4- Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal; 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- Lavar as mãos; 9- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional; 10- Manter o ambiente limpo e organizado;			



<b>Perímetro Cefálico</b>	
Ao Nascer	33 a 34 cm
0 a 3 meses	2 cm/mês
4 a 6 meses	1 cm/mês
7 a 12 meses	0,5 cm/mês
<b>Observações</b> - Não incluir o pavilhão auricular; - Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior.	

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 045	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>MEDIDA DE PESO</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<p><b>Materiais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balança.</li> <li>- Incidim</li> </ul> <p><b>Passos</b></p> <p><b>Em balança pediátrica ou “tipo bebê”</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Destruar a balança.</li> <li>2- Constatar que a balança está calibrada. Caso contrário calibrá-la.</li> <li>3- Travar a balança novamente.</li> <li>4- Lavar as mãos conforme POP 037.</li> <li>5- Despir a criança com o auxílio da mãe/responsável.</li> <li>6- Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato, destravar a balança.</li> <li>7- Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança e no equipamento.</li> <li>8- Mover os cursores, maior e menor, sobre a escala numérica para registrar o peso.</li> <li>9- Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.</li> <li>10- Travar a balança.</li> <li>11- Realizar a leitura de frente para o equipamento com os olhos no mesmo nível da escala.</li> <li>12- Retirar a criança e retornar os cursores ao zero na escala numérica.</li> <li>13- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação</li> </ol>			

contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.

- 14- Proceder a assepsia do prato da balança com álcool incidim
- 15- Lavar as mãos.
- 16- Manter a sala em ordem

#### **Em balança pediátrica eletrônica (digital)**

- 1- Ligar a balança e certificar-se que a mesma encontra- se zerada.
- 2- Despir a criança com o auxílio da mãe/ responsável.
- 3- Na balança devidamente forrada, posicionar o paciente no centro do equipamento de costas e descalça, com o mínimo de roupa possível, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.
- 4- Se a criança for menor colocar a sentada ou deitada, no centro da balança.
- 5- Orientar a mãe/ responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança e no equipamento.
- 6- Realizar a leitura, quando o valor do peso estiver fixo no visor.
- 7- Retirar a criança.
- 8- Registrar o peso no prontuário e no Cartão da Criança.
- 9- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- 10- Proceder a assepsia do prato da balança com incidin.
- 11- Lavar as mãos.
- 12- Manter a sala em ordem.

#### **Em balança mecânica de plataforma**

- 1- Destravar a balança.
- 2- Verificar se a balança está calibrada. Caso contrário calibrá-la.
- 3- Travar a balança.
- 4- Posicionar o paciente de costas para a balança, no centro do equipamento, descalça, com o mínimo de roupa possível, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.
- 5- Destravar a balança.

- 6- Mover os cursores, maior e menor, sobre a escala numérica para registrar o peso.
- 7- Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
- 8- Travar a balança.
- 9- Realizar a leitura de frente para o equipamento, a fim de visualizar melhor os valores apontados pelos cursores.
- 10- Solicitar ao paciente que desça do equipamento.
- 11- Retornar os cursores ao zero na escala numérica.
- 12- Registrar o peso no prontuário do paciente e no cartão da criança (para crianças menores de 7 anos de idade).
- 13- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- 14- Proceder a assepsia do prato da balança com incidin.
- 15- Lavar as mãos.
- 16- Manter a sala em ordem.


#### **Em balança eletrônica (digital)**

- 1- Ligar a balança, esperar que o visor zere.
- 2- Posicionar o paciente no centro da balança descalça, com o mínimo de roupa possível, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.
- 3- Na balança devidamente forrada, posicionar o paciente no centro do equipamento de costas e descalça.
- 4- Realizar a leitura após o valor do peso estiver fixado no visor.
- 5- Retirar o paciente da balança.
- 6- Registrar o peso no prontuário do paciente e no cartão da criança (para crianças menores de 7 anos de idade).
- 7- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- 8- Lavar as mãos.
- 9- Manter a sala em ordem.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 046	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÃO PARENTERAL (SOROTERAPIA)</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Materiais</b>			
Seringa descartável apropriada à via de administração e volume.			
Agulha descartável apropriada.			
Algodão.			
Álcool 70%.			
Bandeja.			
Medicação.			
Cateter Teflon.			
Scalp.			
Garrote (endovenosa).			
Esparadrapo (venóclise).			
Luva			
<b>Passos</b>			
1- Checar prescrição medicamentosa.			
2- Separar medicação a ser preparada.			
3- Lavar as mãos conforme POP 037.			
4- Preparar a medicação			
5- Abrir pacote do equipo de soro, evitando contaminar a extremidade acoplada ao frasco;			
6- Retirar soro da embalagem plástica e desinfetar o gargalo e o bico do frasco com algodão embebido em álcool a 70%;			
7- Abrir o bico do frasco, girando o bico;			



- 8- Conectar o equipo no frasco de soro, cuidando para que não contamine o equipo;
- 9- Fazer o nível da câmara gotejadora, abrir a pinça, retirando todo o ar desta (algumas câmaras gotejadoras são flexíveis, assim, permitem que, com os dedos polegares e indicadores, aperte-se o local, possibilitando alcançar o nível de forma mais fácil);
- 10- Fechar a pinça assim que o soro sair pela ponta do equipo;
- 11- Somente após o equipo estar cheio e sem ar, é que se introduzirá o medicamento prescrito no frasco. Dessa forma, não haverá perda de medicamento, dose, horário, gotejamento, além de o nome de quem preparou e instalou o próprio;
- 12- O rótulo não deve cobrir o rótulo do fabricante, o qual tem dados importantes, como o lote, data de vencimento impressos e estes devem estar visíveis ao cliente e demais profissionais;
- 13- Reunir em uma bandeja todo o material e leva-lo à unidade do cliente;
- 14- Orientar o cliente sobre o procedimento a ser realizado e colocar o frasco de soro no suporte;
- 15- Conectar o equipo no cateter venoso e abrir a pinça do equipo, tendo se certificado de que a agulha cateter está dentro da veia;
- 16- Controlar o gotejamento do soro, conforme prescrito;
- 17- Deixar o cliente confortável e orientado a não mexer na pinça de gotejamento;
- 18- Lavar as mãos e destinar o material ao lixo adequado.
- 19- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- 20- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.


	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	
	<b>Número:</b> POP - 047	<b>Data da validação:</b> 12/2021
<b>RETIRADA DE PONTOS</b>		
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem		
ÁREA: Assistência à Saúde		
OBJETIVO: Facilitar a cicatrização, observar sinais de processos inflamatórios e infecciosos.		
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EPI (luva de procedimento);</li> <li>- Kit de retirada de pontos: tesoura de íris, pinça kelly, pinça anatômica, dente de rato ou Kocker;</li> <li>- Soro fisiológico 0,9%</li> <li>- Gazes estéreis.</li> </ul>		
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;</li> <li>2- Reunir o material;</li> <li>3- Lavar as mãos conforme POP 037;</li> <li>4- Promover privacidade do paciente (utilizar biombo se necessário);</li> <li>5- Paramentar-se com EPI;</li> <li>6- Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar a limpeza local com soro fisiológico;</li> <li>7- Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, rente a pele, com a tesoura;</li> <li>8- Colocar os pontos retirados sobre a gaze;</li> <li>9- Cobrir a ferida, caso houver necessidade;</li> <li>10- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;</li> <li>11- Retirar os EPI's e Lavar as mãos conforme POP 037;</li> <li>12- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos</li> </ol>		

serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional;

13- Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

#### **Observações**

- Certificar-se do tipo de fio utilizado na sutura. Em geral, suturas com os fios absorvíveis não precisam ser retiradas;
- Nos casos em que houver sinais de processos inflamatórios ou infecciosos, solicitar a avaliação do enfermeiro ou médico;
- Retirada de pontos de curativos pós operatórios devem ter supervisão do enfermeiros ou a prescrição médica.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	Número: <b>POP - 048</b>	Data da validação: <b>12/2021</b>	Data da Revisão: <b>12/2023</b>
<b>SONDAGEM NASOENTERAL</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Materiais</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>- Sonda Nasoenteral de poliuretano ou silicone, tamanhos 8 a 12 F.</li><li>- Luvas de procedimento.</li><li>- Mandril (fio guia).</li><li>- Gazes.</li><li>- Lubrificante hidrossolúvel (lidocaína gel 2%) ou água.</li><li>- Seringa 20 ml.</li><li>- Copo com água filtrada ou fervida.</li><li>- Estetoscópio.</li><li>- Fita adesiva não alergênica.</li></ul>			
<b>Passos</b>			
<ol style="list-style-type: none"><li>1- Explicar o procedimento ao paciente.</li><li>2- Reunir o material próximo do leito.</li><li>3- Lavar as mãos conforme o POP 037.</li><li>4- Medir o comprimento da sonda, a partir do lóbulo da orelha até a base do nariz e dessa até a parte inferior do apêndice xifóide, acrescentando mais 5 a 10 cm.</li><li>5- Marcá-la com esparadrapo para visualizar o tamanho da sonda a ser introduzida.</li><li>6- Proteger o paciente com uma toalha.</li><li>7- Calçar as luvas descartáveis.</li><li>8- Retirar próteses dentárias, se necessário.</li><li>9- Posicionar o paciente em semi-fowler, mantendo a cabeça em posição de deglutição</li></ol>			



(fletida para frente), alinhada em relação ao tronco.

10- Testar as narinas e introduzir a sonda lubrificada na narina mais desobstruída.

11- Passar a sonda até a nasofaringe, dirigindo-a para baixo e para trás. Quando a sonda alcançar a orofaringe solicitar que o paciente que inspire profundamente e degluta várias vezes e se necessário dar-lhe um gole d'água, para ajudar na progressão da sonda para o esôfago.

12- Não forçar a passagem da sonda caso esta apresente resistência. A rotação suave pode ajudar.

13- Continuar a progressão da sonda até a marca definida.

14- Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia ou cianose.

15- Verificar se a sonda está no estômago, utilizando sempre os testes abaixo:

- Solicitar ao paciente que fale, pois se a voz estiver alterada a sonda poderá estar localizada na traquéia.

- Mergulhar a ponta externa da sonda na água e pedir para que o paciente expire. Se borbulhar a sonda pode estar no pulmão e deve ser retirada.

- Adaptar uma seringa na ponta externa da sonda, insuflar ar (10 ml) e auscultar o estômago com estetoscópio. A entrada de ar no estômago provoca um ruído característico do tipo bolhas na água.

- Aspirar com a seringa conectada no mandril, verificando o retorno de líquido gástrico.

16- Retirar o mandril com cuidado (após lubrificação se necessário).

17- Verificar a posição da sonda, novamente, injetando ar em bolo. Na ausência de ausculta ou de retorno, repassar a sonda.

18- Tapar a conexão da sonda.

19- Retirar as luvas.

20- Fixar a sonda e deixar o paciente confortável.

21- Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado e identificado, para repassar a sonda se necessário;

22- Lavar as mãos.

23- Solicitar RX para certificar-se o posicionamento da sonda, se necessário ou na dúvida encaminhar ao serviço de RX, com encaminhamento, caso não haja resultados positivos nos testes confirmatório descritos acima (mesmo após nova tentativa de passagem).

24- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação



contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional

25- Manter a sala em ordem.


### **Observações**

#### **Infusão e manutenção da sonda**

- Fazer higiene oral conforme prescrição de enfermagem.
- Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida com água, ou SF ou AGE.
- Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e escamação da pele.
- Aplicar creme ou vaselina nos lábios e narinas para prevenir a formação de crostas.
- Manter a cabeceira do paciente em semi-fowler durante todo o período em que estiver recebendo dieta e por 30 minutos após.
- As sondas para NE têm durabilidade de 30 a 60 dias (poliuretano) e 6 meses (silicone), se mantidas adequadamente.
- Em caso de retirada acidental, poderá ser repassada, no mesmo paciente, após lavagem interna com água e sabão, utilizando uma seringa.
- Verificar a integridade da sonda; se apresentar sinais de rigidez, rachaduras, furos ou secreções aderidas, desprezá-la.
- Cuidado para não tracionar a asa do nariz, pelo risco de lesão.
- Lavar a sonda com 10 a 30 ml de água filtrada ou fervida, antes e após administrar medicamentos, nutrição enteral e aspirar suco gástrico.
- Administrar os medicamentos um a um, lavando a sonda entre as medicações, evitando interações físico-químicas que podem causar obstrução.
- Nunca administrar medicação com a dieta.
- Diluir as apresentações hipertônicas com 30-60 ml de água.
- Suspender a infusão da dieta por 1 hora antes e 1 hora após para medicações que sofrem diminuição de absorção na presença de alimentos como exemplo: fenitoina, captopril e quinilonas.
- No caso de obstrução, injetar água com pressão moderada, com seringa de 20 ml, pois a pressão excessiva pode provocar rachaduras na sonda.
- Verificar a posição da sonda, por aspiração de líquido gástrico/duodenal e ausculta de borborigmo na região epigástrica ou no quadrante abdominal superior esquerdo:
- Cada vez que for instalar o frasco de nutrição enteral, em caso de NE contínua; após episódios de vômito, regurgitação e tosse intensa (a extremidade da sonda pode voltar ao esôfago ou até enrolar-se na cavidade oral, mesmo quando bem fixada externamente).




- Quando o acesso pós-pilórico for necessário, recomenda-se o controle de pH do líquido aspirado uma vez ao dia (pH duodenal = 6 a 8).
- A passagem transpilórica espontânea da sonda ocorre em poucos pacientes e, mesmo tendo migrado, a extremidade distal pode retornar ao estômago.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 049	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>SONDAGEM NASOGÁSTRICA</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sondas nasogástricas.</li><li>- Lubrificante hidrossolúvel.</li><li>- Aspirador, quando prescrito.</li><li>- Toalha, lenço de papel.</li><li>- Cuba rim.</li><li>- Copo de água.</li><li>- Esparadrapo hipoalergênico.</li><li>- Seringa de 20 ml</li><li>- Estetoscópio</li></ul>			
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Explicar ao paciente o procedimento.</li><li>2- Lavar as mãos conforme POP 037.</li><li>3- Solicitar ao paciente que respire pela boca e engolir.</li><li>4- Colocar o paciente em posição sentada ou semi-sentado.</li><li>5- Remover dentaduras se necessário; colocar cuba rim e toalhas de papel ao alcance do paciente.</li><li>6- Selecionar o número da sonda de acordo com o diâmetro da narina do paciente.</li><li>7- Calçar as luvas descartáveis</li><li>8- Medir a sonda: distância do lóbulo da orelha à ponta do nariz e daí ao apêndice xifóide e marcando-a neste local.</li></ol>			

- 9- Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína geléia.
- 10- Solicitar ao paciente que permaneça com o queixo próximo ao peito, se necessário, auxiliá-lo.
- 11- Introduzir a sonda pela narina do paciente fazendo movimentos para cima e para trás.
- 12- Após a sonda passar pela orofaringe, solicitar ao paciente que faça movimento de deglutição.
- 13- Introduzir até a marcação realizada anteriormente.
- 14- Observar sinais de cianose, dispneia e tosse.
- 15- Comprovar localização da sonda pela injeção de ar (cerca de 20 ml no adulto e 5 a 10 ml na criança) realizando ausculta da região epigástrica, com objetivo de ouvir ruído brusco e borbulhante, também se pode confirmar o posicionamento da sonda aspirando- se o conteúdo gástrico.
- 16- Fixar a sonda no nariz ou maxilar do paciente.
- 17- Retirar as luvas.
- 18- Lavar as mãos.
- 19- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- 20- Manter a sala em ordem.

#### **Indicações**

- Utilizada em pacientes com impossibilidade de ingerir alimentos ou medicamentos;
- Esvaziamento e lavagem gástrica, em pacientes com intoxicação;
- Coleta de amostra para diagnóstico.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	
	<b>Número:</b> POP - 050	<b>Data da validação:</b> 12/2021
<b>TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL</b>		
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem		
ÁREA: Assistência à Saúde		
OBJETIVO: Corrigir desequilíbrio hidroeletrólítico pela reidratação oral, prevenindo a desidratação e seus agravos		
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Envelope de soro de Reidratação oral – SRO;</li> <li>- Água Filtrada ou fervida;</li> <li>- Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa);</li> <li>- Copo descartável.</li> </ul>		
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Reunir o material;</li> <li>2- Chamar o paciente, confirmar nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as suas dúvidas;</li> <li>3- Conferir a prescrição de enfermagem ou médica;</li> <li>4- Lavar as mãos conforme POP 037;</li> <li>5- Diluir o envelope de SRO em 1 litro de água;</li> <li>6- Ofertar ao paciente em curtos intervalos toda vez que ele desejar;</li> <li>7- Solicitar reavaliação do paciente após o termino da terapia;</li> <li>8- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados garantindo a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde</li> <li>9- Lavar as mãos conforme POP 037;</li> <li>10- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos</li> </ol>		




serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional;

11- Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

**Observação**

- Crianças poderão receber o SRO no volume de 50 a 100 ml/Kg de peso, por um período máximo de 4 a 6 horas. Não apresentando melhora do quadro, solicitar a avaliação médica.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 051	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA</b>			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem			
<b>Materiais</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luvas de procedimento</li> <li>- Bolsa indicada ao paciente.</li> <li>- Placa</li> <li>- Compressas de gaze ou papel higiênico.</li> </ul>			
<b>Passos</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Receber o paciente com atenção.</li> <li>2- Manter o paciente relaxado em posição confortável, mantendo privacidade.</li> <li>3- Lavar as mãos conforme POP 037.</li> <li>4- Calçar as luvas de procedimentos.</li> <li>5- Remover a bolsa, tencionando levemente a pele para baixo, enquanto levanta a placa.</li> <li>6- Descartar a bolsa suja e a placa em saco plástico; guardar o clamp para reutilização.</li> <li>7- Limpar a pele, utilizando papel higiênico ou compressa de gaze, para remover as fezes.</li> <li>8- Lavar e secar a pele por completo, depois de limpar. É normal que o estoma sangre discretamente durante a limpeza e secagem.</li> <li>9- Aplicar a placa, utilizando guia de medição ou padrão para determinar o tamanho do estoma.</li> <li>10- Marcar o tamanho correto sobre a parte posterior da placa e cortar conforme o tamanho do estoma (é aceitável cortar cerca de 0,5 cm maior que o tamanho do estoma).</li> <li>11- Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periostomal.</li> </ol>			

- 12- Fixar a bolsa sobre os bordos da placa de acordo com as orientações do fabricante.
- 13- Aplicar o fechamento na parte posterior da bolsa com o clamp.
- 14- Retire as luvas.
- 15- Lave as mãos.
- 16- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- 17- Manter ambiente de trabalho em ordem.

#### **Observações**

- A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes.
- Orientar o paciente para eliminar o gás através da abertura do clamp.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 052	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>TROCA DE GASTROSTOMIA</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Facilitar a alimentação enteral para o paciente e administração de líquidos ou medicamentos, quando a mesma está impossibilitada por via oral.			
<p><b>Materiais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EPI (luva de procedimento, avental, máscara, óculos);</li> <li>- Sonda foley com número ou gastrostomia adequada;</li> <li>- Gel hidrossolúvel;</li> <li>- Seringa de 20 ml;</li> <li>- Água destilada- ampola.</li> </ul> <p><b>Passos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;</li> <li>2- Checar a prescrição</li> <li>3- Reunir o material;</li> <li>4- Lavar as mãos conforme POP 037;</li> <li>5- Promover privacidade do paciente (utilizar biombo se necessário);</li> <li>6- Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;</li> <li>7- Paramentar-se com EPI;</li> <li>8- Retirar o cateter antigo e rapidamente;</li> <li>9- Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína;</li> <li>10- Introduzir a sonda delicadamente na abertura do estoma cerca de 12 cm;</li> <li>11- Insuflar o balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml), ou de acordo com a recomendação do fabricante e fixar o cateter;</li> <li>12- Aplique curativo no local da inserção, fixando-se com micropore, a fim de evitar que ele</li> </ol>			




se movimento para dentro e para fora;

13- Retirar os EPI's e Lavar as mãos;

14- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional;

15- Manter o ambiente limpo e organizado.



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 053	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>TROCA DE SONDA DE CISTOSTOMIA</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Drenar a urina contida na bexiga.			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção);</li> <li>- Kit sondagem (cuba rim, pinças, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado);</li> <li>- Sonda foley ou de silicone de duas vias com calibre adequado;</li> <li>- Bolsa drenagem de urina sistema fechado (Bolsa coletora);</li> <li>- Luva estéril;</li> <li>- Gaze estéril;</li> <li>- Duas seringas de 20 ml;</li> <li>- Agulha para aspiração;</li> <li>- Ampola de água destilada;</li> <li>- Lidocaína gel 2%;</li> <li>- Solução aquosa clorexidina 0,2%;</li> <li>- Fita hipoalergênica (micropore);</li> <li>- Biombo.</li> </ul>			
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Reunir o material;</li> <li>2- Chamar o paciente/confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;</li> <li>3- Lavar as mãos conforme POP 037;</li> <li>4- Promover a privacidade do paciente;</li> </ol>			


- 5- Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;
- 6- Paramentar-se com os EPIs;
- 7- Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;
- 8- Abrir a ampola de água destilada sobre a mesa de cabeceira do paciente;
- 9- Desprezando o primeiro jato, colocar solução de Clorexidina 0,2% nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
- 10- Abrir a bisnaga de lidocaína gel 2% e colocar um pouco em local estéril;
- 11- Com auxílio de uma seringa de 20 ml desinsufle o balonete da sonda que esta no paciente e retire-a. Desprezar sonda e bolsa no lixo adequado;
- 12- Calçar um par de luvas estéreis;
- 13- Com auxílio de uma seringa de 20 ml e uma agulha de aspiração, sem contaminar as mãos, aspirar água destilada necessária para insuflar o balonete. Testar o balonete introduzindo toda a água, após o teste reservar a seringa com água no campo estéril;
- 14- Com auxílio da pinça, proceder a antissepsia do estoma;
- 15- Colocar o campo fenestrado sobre o estoma;
- 16- Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína 2%;
- 17- Introduzir a sonda delicadamente no estoma cerca de 20 cm e insuflar o balonete com água destilada;
- 18- Conectar a bolsa coletora
- 19- Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;
- 20- Retirar o campo fenestrado sem desconectar a bolsa coletora;
- 21- Proteger o estoma e a base da sonda com gaze estéril e ocluir com fita hipoalergênica;
- 22- Prender a bolsa coletora na parte inferior da cama, com a data, hora e nome do executante;
- 23- Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
- 24- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos;
- 25- Retirar os EPIs e Lavar as mãos conforme POP 037;
- 26- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. -

enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional;

27- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

#### **Observação**

- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;
- Trocar a sonda a cada 30 dias, ou de acordo com orientação médica ou característica da sonda ou do sistema fechado;
- Nunca trocar somente a bolsa coletora;
- Existem sondas de calibre (6 a 12FR) para crianças e (14 a 24FR) para adultos;
- Insuflar balonetes com 3 a 5 ml de água em crianças e 10 a 15 ml em adultos;
- Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga;
- Realizar o curativo do estoma a cada 24 horas;
- Utilizar PVPI tópico na ausência de clorexidina 0,2% aquosa.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 054	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>USO DE LUVAS ESTERÉIS</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Evitar contaminação de procedimentos assépticos e contaminação das mãos na retirada da luva.			
<b>Material</b> Luvas esterilizadas na numeração adequada.			
<b>Passos</b> 1- Lavar as mãos conforme POP 037; 2- Abrir a embalagem externa pela borda de abertura até o final; 3- Retirar a embalagem interna, colocando-a sobre uma superfície limpa; 4- Abrir as dobras horizontais do envelope; 5- Abrir os dois lados das dobras verticais do papel pelas abas presentes nestas, expondo as luvas de forma a não contaminar o campo estéril; 6- Segurar com o polegar e indicador da mão não dominante a dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura da mesma; 7- Unir os dedos da mão dominante, com a palma da mão voltada para cima e introduzi-la na abertura da luva, tracionando a luva com a mão não dominante em direção ao punho, até calçá-la por completo, desfazendo a dobra do punho; 8- Ajustar os dedos da mão que estão dentro da luva na medida em que a traciona; 9- Colocar os dedos da mão enluvada por baixo da dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura; 10- Unir os dedos da mão não dominante e introduzir na abertura da luva com a palma da mão voltada para cima, tracionando a luva em direção ao punho até calça-la por completo,			

desfazendo a dobra do punho;

11- Ajustar as luvas de ambas às mãos;

12- Manter a mão enluvada longe do corpo e outras superfícies;

13- Desprezar o papel envelope da luva apenas após término do procedimento asséptico a ser realizado.

#### **Retirada das luvas**

1- Segurar com o polegar e o indicador de uma das mãos a luva da outra mão, próximo ao punho desta;

2- Puxar a luva em direção aos dedos, virando-a para o lado avesso, a medida que vai sendo retirada;

3- Segurar a luva retirada com a mão que se encontra com luva; Permitir a retirada das luvas, evitando a contaminação das mãos e do ambiente;

4- Repetir o procedimento na outra mão, encapando a luva que era segurada;

5- Desprezar as luvas na lixeira correta (lixo comum ou infectante), dependendo da quantidade de sangue/secreção contida nestas;


6- Lavar as mãos conforme POP 037.

#### **Observação**

- Lavar as mãos conforme POP 037 antes e depois de calçar as luvas. As luvas não oferecem proteção completa contra a contaminação, razão que justifica a importância da correta higienização das mãos antes de calçar as luvas;

- Utilizar luvas esterilizadas sempre que for manipular campos/materiais estéreis.



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	
	<b>Número:</b> POP - 055	<b>Data da validação:</b> 12/2021
<b>VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA CORPÓREA</b>		
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem		
ÁREA: Assistência à Saúde		
OBJETIVO: Determinar a temperatura corpórea (da superfície da pele).		
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bandeja;</li> <li>- Algodão;</li> <li>- Álcool a 70%;</li> <li>- Luvas de procedimento;</li> <li>- Termômetro</li> </ul>		
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;</li> <li>2- Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;</li> <li>3- Lavar as mãos conforme POP 037;</li> <li>4- Manter o paciente em posição confortável</li> <li>5- Realizar a desinfecção do termômetro.</li> <li>6- Selecionar local apropriado, livre de lesões (preferencialmente região axilar)</li> <li>7- Aguardar em média por 3 minutos ou até emissão de sinal sonoro (termômetro digital)</li> <li>8- Realizar a desinfecção dos materiais utilizados com álcool 70% e zera a temperatura armazenada.</li> <li>9- Desprezar o material utilizado nos lixos apropriados</li> <li>10- Lavar as mãos conforme POP 037</li> <li>11- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. -</li> </ol>		

enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.


12- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

**Observações:**

- Comunicar o enfermeiro qualquer alteração
- Em crianças observar se as vestimentas estão adequadas à estação do ano e temperatura ambiente

**Parâmetros de Temperatura**

Normotermia	36,6 à 37,2°C
Hipotermia	< 36°C
Febrícula	Até 37,5°C
Febre Moderada	37,6°C à 38,5°C
Febre Alta	38,6°C à 38,7°C
Hipertermia	>38,8°C

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 056	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Avaliar estado geral do paciente			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Relógio com marcador de segundos;</li><li>- Estetoscópio se necessário</li></ul>			
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;</li><li>2- Reunir o material;</li><li>3- Lavar as mãos conforme POP 037;</li><li>4- Manter o paciente em posição confortável</li></ol>			
<b>Verificação de Pulso Apical</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Expor a região torácica;</li><li>2- Posicionar o estetoscópio devidamente higienizado com álcool a 70 % na região torácica (3º a 5º espaço intercostal a direita);</li><li>3- Auscultar as bulhas cardíacas por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto a fonética ritmo e frequência).</li></ol>			
<b>Verificação de Pulso Arterial</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Posicionar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, pressionando levemente contra a saliência óssea;</li></ol>			

2- Enumerar as pulsações por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto a volume, ritmo e frequência).

#### **Ao final do procedimento**

- Lavar as mãos.
- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.
- Manter o ambiente limpo e organizado.

#### **Observações**

- Comunicar o enfermeiro qualquer alteração;
- Considerar se o paciente realiza atividade física regular, neste caso a frequência padrão pode ser inferior.

#### **Parâmetros de Frequência Cardíaca (batimentos por minuto)**

Lactentes	120 à 160 bpm
Crianças até 3 anos	90 à 140 bpm
Pré-escolares	80 à 110 bpm
Escolares	75 à 100 bpm
Adolescentes	60 à 90 bpm
Adultos	60 à 100 bpm

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		
	<b>Número:</b> POP - 057	<b>Data da validação:</b> 12/2021	<b>Data da Revisão:</b> 12/2023
<b>VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA</b>			
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Avaliar estado geral do paciente, auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações. Acompanhar a evolução da doença			
<b>Materiais</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Relógio com marcador de segundos;</li><li>- Estetoscópio se necessário</li></ul>			
<b>Passos</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;</li><li>2- Reunir o material;</li><li>3- Lavar as mãos conforme POP 037;</li><li>4- Manter o paciente em posição confortável</li><li>5- Colocar a mão no pulso simulando a verificação do pulso;</li><li>6- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;</li><li>7- Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;</li><li>8- Lavar as mãos;</li><li>9- Realizar a desinfecção dos materiais utilizados com álcool 70%;</li><li>10- Realizar anotação em Prontuário Eletrônico, registrar nome completo, função (Enf. - enfermeiro, AE – auxiliar de enfermagem ou TE – técnico de enfermagem), COREN. Nos serviços que ainda possuam prontuário físico (papel), realizar o registro da anotação</li></ol>			



contendo data, hora, carimbo e assinatura do profissional.

**Observações**

- Comunicar o enfermeiro qualquer alteração
- Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

**Padrões de Frequência Respiratória**

<b>Idade</b>	<b>Batimentos por minuto</b>
Recém-nascido	35 - 40
Lactentes (6 meses)	30 - 50
Crianças que começam a andar	25 - 32
Crianças	20 - 30
Adolescentes	16 - 19
Adultos	14 - 20

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Normas Técnicas. **Normas para Projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**, Brasília, 1994.144p.1-Arquitetura Hospitalar.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**, 2ª edição, Brasília, 1994.50p.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. COPAGRESS. **Manual de Gerenciamento de Resíduos e Serviços de Saúde de Belo Horizonte – MG**. 1999, 55p

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto sobre Central Distrital de Esterilização e Serviço Distrital de Processamento de Roupas**. Comissão Técnica de Elaboração. Belo Horizonte, 1989.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal. **Manual de normas e rotinas de procedimentos para a enfermagem**. Departamento de Saúde/Coordenadoria de Enfermagem. 2001 - 51p.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal. **Manual de normas de rotina de sala para a enfermagem**. Departamento de Saúde/Coordenadoria de Enfermagem. 2001 – 15 p.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal. **Protocolo de ação para assistência de Enfermagem**. Departamento de Saúde/Coordenadoria de Enfermagem. 1996 – 41p.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal, **Projeto Paidéia de Saúde da Família – SUS**. Campinas. 2001

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Lei 7498/86 de 25 de Junho de 1986. **Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de>

1986\_4161.html>. Acesso em: 18 de Dezembro de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Decreto 94406/87, de 08 de Junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.** Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html)>. Acesso em: 18 de Dezembro de 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). Resolução COREN-SP nº 381/2011, de 18 de Julho de 2011. **Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou.** Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3812011\\_7447.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3812011_7447.html)>. Acesso em: 18 de Dezembro de 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). Resolução COREN-SP nº 007/2013, de 31 de Janeiro de 2013. **Competência e capacitação para realização de curativo Bota de Unna.** Disponível em: < [https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer\\_coren\\_sp\\_2013\\_7.pdf](https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_7.pdf)>. Acesso em: 20 de Dezembro de 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). Resolução COREN-SP nº 007/2013, de 31 de Janeiro de 2013. **Competência e capacitação para realização de curativo Bota de Unna.** Disponível em: < [https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer\\_coren\\_sp\\_2013\\_7.pdf](https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_7.pdf)>. Acesso em: 18 de Dezembro de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 450/2013, de 11 de Dezembro de 2013. **Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.** Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4\\_23266.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html)>. Acesso em: 18 de Dezembro de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 557/2017, de 23 de Agosto de 2017. **Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas.** Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017\\_54939.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html)>. Acesso em: 18 de Dezembro de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 557/2017, de 23 de Agosto de 2017. **Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas.** Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017\\_54939.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html)>. Acesso em: 20 de Dezembro de 2021.

SCHIMITH, MARIA DENISE AND LIMA, MARIA ALICE DIAS DA SILVA. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, v. 20, n. 6, pp. 1487-1494. ISSN 0102-311X.

**POP (Procedimentos Operacionais Padrão)**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Presidente Prudente, SP**

Após conhecimento do mesmo, afirmo estar **de acordo** com o presente POP.

---

**Delton Eustásio Ferraz**  
Secretário Municipal de Saúde

**Enfermeiros SMS**

<b>NOME</b>	<b>COREN</b>	<b>ASSINATURA</b>
Adriana Santos da Silva	402593	
Adriana Trevizan Monteiro	63503	
Adriane Simone Sant'ana Santos	80472	
Alan Ricardo Cruz	346835	
Alayde Custódio Erbella	86977	
Alessandra dos Santos da Silva	127625	
Alexandre Fernando Ferreira	131298	
Amanda Barbo Maciel	327530	
Ana Cláudia Braga	92495	



Ana Júlia Vasconcelos Vilela	276778	
Ana Paula Fernandes Alves	77820	
Andreia Cristina de Lima	173969	
Andreia Cristina Duloveci Rodrigues	447203	
Carlota de Sousa Scarelli	224007	
Cláudia Leite de Azeredo Passos	98741	
Claudio Henrique Batista de Oliveira	341792	
Claudinéia Aparecida Zandonato	144407	
Cristina Aparecida de Santana	65537	
Cristiane Aparecida da Silva	283488	
Daiza Silvia de Oliveira	313079	
Daniela Sambe Andreatta	106101	
Danielle Araújo Borsari	141953	
Danielle Roberta Pinho Araújo	329958	
Denise Campanharo	174210	
Dilene Lourenço Monteiro Guedes	213483	
Durval Bochi	97843	
Elisabete Maria Quissi Martines	78043	
Ericka Emanuella Gomes Moreira	446858	
Evelyn Vanessa Krimmer Pelegrino	129893	
Fernanda Trevisan do Prado	109124	



**CIDADE DE**  
**PRESIDENTE**  
**PRUDENTE**  
**SAÚDE**



Franciani Cerazi	266453	
Gilcenéia Pereira Martins Luna	72442	
Gisele Aparecida Mariotini Orrigo	108721	
Hellen de Campos Madia	171302	
Ivana Patricio Ziedas	115728	
Janaína Claudio Pedrosa	205137	
José Aparecido Damasceno	87478	
Josimara de Araújo Kolomar	86392	
Juliana Falvo	341795	
Juliana Munhoz Barres Passoni	80298	
Juliano Spolador	299942	
Julio César de Andrade	122893	
Lairce da Silva Ferreira	193013	
Lorena Gentila Damasceno Resende	141985	
Luciana Ferreira Costa Coutinho	211975	
Lucimeire Silva Nogueira	82986	
Lydiana Cruz Prieto Silva	243917	
Mara Regina Batista	92168	
Marco Aurélio Aparecido Lucio	313092	
Maria Celeste Gargantini Peruqui	33108	
Maria Cristina Marques de Mendonça	218077	

Secretaria Municipal de Saúde "Dr. Ennio Botelho Perrone"  
Avenida Cel. José Soares Marcondes, nº 680 – Telefone: 3226-0920  
supervisaoenf@presidenteprudente.sp.gov.br  
[www.presidenteprudente.sp.gov.br](http://www.presidenteprudente.sp.gov.br)

Marília Wittica Pinheiro Giolo	157984	
Mayara Aguiar da Silva	198208	
Miriam Santini	184096	
Moacir Milani	158469	
Muriell Pereira de Carvalho	78083	
Nair Fernandes Silva	86419	
Priscila de Oliveira Azevedo	158020	
Reginaldo Johannes Joerke	317578	
Renata Cristina Gimenes	143781	
Renata Kelly Rodrigues de Melo	124446	
Roberta Stephanie Sumac Zancanaro	146891	
Sandra Bomfim Acioli Costa	183929	
Sandra Regina da Silva	98172	
Sandra Regina Maderal	99970	
Silvia Carla Gonçalves	37879	
Susana Milani Rodrigues	109442	
Stela Maciel de Melo		
Thaís Izawa Muramatsu	217333	
Valeria Monteiro Vendramel	84607	
Vania Domingos da Silva Zangirolami	82380	
Vanessa Gomes de Barra	313103	



**CIDADE DE**  
**PRESIDENTE**  
**PRUDENTE**  
**SAÚDE**



Vanessa Pereira de Oliveira Dantas	236801	
Vivian Aparecida de La Viuda Teixeira Capelari	86837	
Vyvian Trondoli Nascimento	158433	
Willian Wagner Muller Xavier	370489	