



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) DE ENFERMAGEM

CAMPINAS
2016

Versão nº 2

Ficha técnica

Prefeito Municipal de Campinas

Jonas Donizette

Secretário Municipal de Saúde

Cármino Antônio de Souza

Departamento de Saúde

Mônica Regina de Toledo M. Nunes

Coordenação Municipal de Enfermagem

Rosana Aparecida Garcia

Distrito de Saúde Leste

Marco Aurélio Gianezzi

Distrito de Saúde Noroeste

Vera Elisa de Oliveira

Distrito de Saúde Norte

Rosana Maria Von Zuben Pacchi

Distrito de Saúde Sudoeste

Deise Fregni Hadich

Distrito de Saúde Sul

Antonio Ângelo Corte

Grupo de trabalho (Elaboração/1ª versão 2014):

Ana Carolina F. Moreira	Policlinica II
Camila Monteiro G. Dias Silva	Policlinica II
Carla Pinheiro Cagliari	Policlinica II
Celso Luis de Moraes	CS Capivari
Chaúla Vizelli	CS Paranapanema
Cíntia Mastrocola Soubhio	Distrito de Saúde Leste
Cristiane da Rocha F. Dias	PA Campo Grande
Danilo Jardim Pancotte	CS Floresta
Débora Tresoldi Cerri	CS Satélite Iris
Deise Duarte Santos Sousa	SAMU 192/Campinas
Edméia Aparecida N. Duft	SAMU 192/Campinas
Ednilce Fernandes Jesus Santos	Policlinica II
Edson Eden de Oliveira	SAD Sul
Elizabeth Tieko Fujino	CS Perseu
Elton Pallone de Oliveira	PA Anchieta
Eunice de Souza	Policlinica II
Flávio Ventura dos Santos	SAD Sul
Imaculada C. S. Ribeiro	Policlínica III
Jamile Nepomuceno Guimarães	CS Barão Geraldo
Julimar Fernandes de Oliveira	SAD Sul
Kristine Coely Leal Lemos	Policlínica II
Leonora Adissi Cordeiro	CS Lisa
Livia Agy Loureiro	Policlinica III
Luciana Sereno S. Gonçalves	Policlinica III
Mariana Charantola	CS São Cristóvão
Marina Akemi Shinya Fuzita	CS Dic III
Marisa Ferreira G. Machado	CS Santa Barbara
Marli Justina dos Santos Gomes	Policlinica III
Mônica de Azevedo Lacerda	Policlinica II
Paulo Robson de Castro Recco	CS São Quirino
Priscila de Paula Marques	Policlinica III
Priscilla Brandão Bacci Pegoraro	CS Ipaussurama
Regiane Freitas Alves	Policlinica II
Regina Grimaldi de Oliveira	CS Boa Vista
Rosana Aparecida Garcia	Departamento de Saúde
Rosimeire T. Tavoni Furlan	Policlínica III

Shirley Ruriko da Silveira

Tienne de Almeida A. Rampazzo

Valéria Cristina J. Figueiredo

Vera Lúcia Verdu

CS Conceição

CS Anchieta

Policlinica III

Distrito de Saúde Norte

Grupo de trabalho (2º versão (2015))

Analú Lima Ataíde	
Andrea Aparecida Barbosa	Departamento de Vigilância em Saúde
Claudenilza M. Logato Cunha	Laboratório Municipal de Campinas
Cláudia Zímaro C. Caiola	Laboratório Municipal de Campinas
Cristiane Giacomelli	CS São Marcos
Débora Tresoldi Cerri	Policlínica II
Eliana Cristina Petoilho	CTA Ouro Verde
Fernanda Pimentel	CTA Ouro Verde
Glaziela Maria G. Espindola	CTA Ouro Verde
Helen Florêncio	CS Vila União
Jusiane do Carmo Dias	CR-DST/AIDS
Luciana Gonçalves	Distrito de Saúde Sudoeste
Mariana Charantola Silva	CS São Cristóvão
Márcio Carvalho	Departamento de Saúde
Marita Fontenele A. Coelho	P.A. São José
Marta de Souza Pereira	CS Vista Alegre
Milena Silveira de Pádua	CS São Quirino
Priscila de Paula Marques	Policlínica III
Regina Conceição S. Guimarães	VISA Noroeste
Valéria Cristina Jodjah Figueiredo	Policlínica III
Vanessa Cristina dos Santos	CS Jardim Fernanda
Viviane Cristina Claro	CS Integração

Colaboradores

Versão 1:

Enfermeira Maria Alice Satto (DEVISA/SMS) – POP 75 – Vacinação.

Prof Dr José Luiz Tatagiba Lamas (Faculdade de Enfermagem/Unicamp)- POP 12- Aferição de Pressão Arterial.

Dr Adolfo Tiago Velloso Ferreira (Laboratório Municipal Campinas) – POP 20 (Fluxo de Coleta de Exames Laboratoriais) e POP 11 (Aferição da Glicemia Capilar).

Claudenilza M. Logato Cunha - (Laboratório Municipal Campinas) – POP 31 (Fluxo de Coleta de Exames Laboratoriais) e POP 11 (Aferição da Glicemia Capilar).

Versão 2:

Cláudia Zímaro C. Caiola - Laboratório Municipal de Campinas – POP 31 (Revisão do POP Fluxo de Coleta de Exames Laboratoriais).

Vinicius Parreira – Auxiliar Administrativo Distrito de Saúde Noroeste – POP 62 (Fluxo de Transferência de Prontuário).

Jesilaine O.S. Coelho – Enfermeira CS Rossin – Distrito de Saúde Noroeste – POP Administração Medicamento ID, POP Administração Medicamentos IM, POP transferência de prontuário.

Consulta Pública (Portal da Saúde de Campinas)

Versão 1:

Dezembro de 2013 a 31/01/2014

Versão 2:

14/10/2015 a 14/11/2015

Teste dos POPs (versão 1)

PA Campo Grande – Distrito de Saúde Noroeste

Enfermeiros

Fernanda de Souza Martins
Francine Ariane Vieira
Luiza Martins Piovesan
Milena Varanda Pires

Técnicos/Auxiliar de Enfermagem

Claudia Sanches Francabandiera
Edvaldo Santos Pereira
Juliana da Silva Antonio
Keyla Cristina Braga Rodrigues Maggio

CS Ipaussurama - Distrito de Saúde Noroeste

Enfermeiros:

Grasielle Camisão Ribeiro
Maria Helena Siqueira
Thiago de Oliveira Milagres

Auxiliares de Enfermagem:

Aparecida Silva de Brito
Débora Rodrigues Izidório de Castro
Doracy Pontes Massulo
Fabelim Maria Antonio O. Flores
Giselda de Oliveira Godoy
Idê Narciso de Souza
Juliana de Paiva Paula Vieira
Maria Bolognesi de Melo
Mercília Aparecida Costa
Rosana Alves Rodrigues Mendes
Rosane Patrocínia Ribeiro Silva

Apresentação

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

Estes profissionais não mediram seus esforços e dedicação para elaborar as rotinas para os procedimentos de Enfermagem, bem como revisá-las, tendo como objetivo principal a qualificação das práticas de Enfermagem.

É importante que se note que o Manual de Procedimentos Operacionais Padrão foi desenvolvido por uma equipe multiprofissional, advinda de diversos locais de inserção na rede de saúde de Campinas. Por este motivo, este Manual contempla os procedimentos da Atenção Primária em Saúde, Especialidades e Urgência/Emergência.

Parabenizo o grupo pelo esforço coletivo e estendo meus agradecimentos aos profissionais do CS Ipaussurama (Distrito Noroeste), PA Campo Grandes (Distrito Noroeste) e SAMU-192 que testaram os POPs em suas Unidades.

No ano de 2015, especificamente, preocupados com o tema da Segurança do Paciente (Portaria MS/GM nº 529 de 01 de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP -, o Departamento de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, fortaleceu um debate no sentido de trabalhar o tema dentro das ações desenvolvidas pela Enfermagem, na perspectiva multidisciplinar.

Este tem sido o grande desafio na versão 2 deste Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e que depende do exercício de cada profissional em revisar seus processos de trabalho e do respaldo institucional para que se efetive.

É a Enfermagem de Campinas construindo sua história e qualificando suas práticas!

**Rosana Aparecida Garcia Coordenação
Área Técnica de Enfermagem
Departamento de Saúde/SMS**

Sumário

Ficha técnica	3
POP 1 Preparo de Medicamento para administração por Via Parenteral	13
POP 2 Administração de Medicamento por Via Intravenosa	16
POP 3 Administração de Medicamentos por Via Intramuscular	20
POP 4 Administração de Medicamento Via Subcutânea	25
POP 5 Administração de Medicamento por Via Intradérmica	28
POP 6 Administração de Medicamentos por Via Oral	31
POP 7 Administração de Medicamento por Via Inalatória	33
POP 8 Administração de Medicamento por Via Ocular	36
POP 9 Administração e Mistura de Insulinas	38
POP 10 Administração de Dieta Enteral	40
POP 11 Aferição da Glicemia Capilar	43
POP 12 Aferição da Pressão Arterial	45
POP 13 Anotação de Enfermagem	47
POP 14 Aspiração de Vias Aéreas	49
POP 15 Auxílio de Biópsia de Mama Guiado por Ultrassom	52
POP 16 Auxílio a Ecorcardiograma Transtorácico	54
POP 17 Auxílio à Eletroencefalografia em Vigília	56
POP 18 Auxílio a Eletroneuromiografia	60
POP 19 Auxílio de PAAF (Punção Aspirativa por Agulha Fina) de Mama Guiado por Ultrassom	62
POP 20 Auxílio de PAAF (Punção Aspirativa por Agulha Fina) de Tireóide guiado por ultrassom	64
POP 21 Auxílio de Teste Ergométrico	66
POP 22 Auxílio a Ultrassonografia	69
POP 23 Baciloscopia de Hanseníase	71
POP 24 Bota de Unna	73
POP 25 Campanha de Vacinação	76
POP 26 Cateterismo Vesical de Demora	79
POP 27 Cateterismo Vesical de Alívio	83
POP 28 Cauterização Umbilical	86
POP 29 Coleta de Citologia Oncótica (Papanicolaou)	88
POP 30 Coleta de Citologia Hormonal Única	92
POP 31 Coleta de Exames Laboratoriais em Unidades de Saúde	94
POP 32 Coleta de tempo de protombina (punção digital)	98
POP 33 Coleta de PKU	100
POP 34 Colocação de Colar Cervical	102
POP 35 Colocação do Dispositivo para Incontinência Urinária	104
POP 36 Consulta de Enfermagem ao Paciente Estomizado	106
POP 37 Contenção Mecânica	108
POP 38 Desbridamento Instrumental Conservador	110
POP 39 Exame de Espirometria	113
POP 40 Exame Clínico das Mamas	116
POP 41 Eletrocardiograma	118
POP 42 Higienização simples das mãos	121

POP 43	Higienização Pré-Operatória das Mãos	123
POP 44	Lavagem Gástrica	125
POP 45	Lavagem Intestinal	127
POP 46	Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Materiais	129
POP 47	Medida da Circunferência Abdominal	134
POP 48	Medida da Circunferência do Quadril	136
POP 49	Medida da Estatura	137
POP 50	Medida do Perímetro Cefálico	139
POP 51	Medida do Perímetro Torácico.....	140
POP 52	Medida do Peso Corporal	141
POP 53	Movimentação em Bloco.....	143
POP 54	Oxigenoterapia	145
POP 55	Organização de Salas e Setores	147
POP 56	Pranchamento em Posição Supina	149
POP 57	Realização de Curativo	151
POP 58	Retirada de Pontos	154
POP 59	Realização Peak Flow.....	156
POP 60	Sondagem Enteral	158
POP 61	Sondagem Nasogástrica.....	161
POP 62	Transferência de Prontuário.....	164
POP 63	Terapia de Reidratação Oral.....	166
POP 64	Teste de Gravidez	168
POP 65	Teste rápido para Hepatite B.....	170
POP 66	Teste rápido para Hepatite C.....	175
POP 67	Teste rápido para HIV (Fluído Oral)	180
POP 68	Teste rápido para HIV (Amostra de Sangue)	185
POP 69	Teste rápido para Sífilis.....	192
POP 70	Troca de Bolsa de Estomia.....	198
POP 71	Troca de Gastrostomia	201
POP 72	Troca de Traqueostomia	203
POP 73	Troca de Sonda de Cistostomia	205
POP 74	Uso de Luvas Estéreis	207
POP 75	Vacinação - rotinas	209
POP 76	Verificação de Frequência Cardíaca.....	212
POP 77	Verificação de Frequência Respiratória	214
POP 78	Verificação de Temperatura Corpórea.....	216

POP 1 Preparo de Medicamento para Administração por Via Parenteral

1.1 Definição

Método para o preparo de medicamentos não absorvíveis pelo trato gastrointestinal.

1.2 Objetivo

Oferecer segurança e qualidade nas medicações realizadas pela via parenteral.

1.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

1.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

1.5 Material

- Bandeja;
- Algodão;
- Álcool a 70%
- Seringa descartável, com dispositivo de segurança, apropriada à via de administração e volume;
- Agulha descartável apropriada;
- Medicamento prescrito;
- Etiqueta para identificar o medicamento.

1.6 Descrição do procedimento

- 01** Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- 02** Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- 03** Conferir o prescritor (nome e nº registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- 04** Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, e outras questões e solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- 05** Reunir o material;
- 06** Higienizar as mãos (POP 42);
- 07** Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 08** Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da medicamento a ser administrado;

Se for Ampola:

- 01** Observar se toda o medicamento está na parte inferior da ampola;
- 02** Limpar o gargalo com algodão embebido em álcool a 70%;
- 03** Montar a seringa com agulha de grosso calibre;
- 04** Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze;
- 05** Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio de uma das mãos, e com a outra pegar a seringa e introduzir cuidadosamente dentro da ampola sem tocar as bordas externas, com o bísel voltado para baixo, em contato com o líquido;

06 Aspirar a dose prescrita;

Se for Frasco-Liófilo:

- 01 Retirar o lacre metálico do frasco superior, limpar a borracha e o gargalo da ampola com o diluente, usando algodão embebido em álcool a 70%;
- 02 Aspirar o diluente da ampola e introduzir o líquido no frasco ampola;
- 03 Retirar a seringa, sem contaminar a agulha;
- 04 Realizar rotação do frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma;
- 05 Colocar ar na seringa, na mesma quantidade do líquido que será aspirado do frasco;
- 06 Erguer o frasco verticalmente, com a borracha voltada para baixo, logo após introduzir a agulha, que está conectada à seringa, no mesmo e injetar o ar, aspirando a dose prescrita;

Se for Frasco-Ampola:

- 01 Retirar o lacre metálico superior;
- 02 Limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%;
Montar seringa com agulha de grosso calibre;
- 03 Colocar ar na seringa na mesma proporção da quantidade do líquido a ser aspirado;
- 04 Erguer o frasco verticalmente, com a borracha voltada para baixo, logo após introduzir a agulha, que está conectada a seringa, no mesmo e injetar o ar;
- 05 Aspirar a dose prescrita;

Ao final do preparo:

- 01 Deixar a seringa/ agulha para cima em posição vertical, expelindo todo o ar que tenha penetrado;
- 02 Proteger a agulha com protetor próprio;
- 03 Trocar a agulha conforme a especificidade do paciente, líquido e via de administração;
- 04 Identificar com nome do paciente, nome do medicamento, via de administração, horário de administração e colocar na bandeja;
- 05 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 06 Higienizar as mãos;
- 07 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

1.7 Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- Evitar conversar durante o processo de preparação de medicamentos;
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
- Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;
- Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se de que ele está na temperatura ambiente, evitando dessa forma a ocorrência de hipotermia;
- Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico;
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco

com nome do paciente, nome e quantidade do medicamento, data e horário da diluição;

- Quando necessário diluir o medicamento em soro compatível, como SF 0,9% ou SG 5%.
- Permanecer na unidade pós administração de medicamentos injetáveis para observação.

1.8 Referências bibliográficas

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem.** 2013.

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

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

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

NÉRI, E. D. R., et al. **Protocolos de preparo e administração de medicamentos: Pulsoterapia e Hospital Dia.** Universidade Federal do Ceará, Hospital Walter Cantídio. Fortaleza, 2008.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53.400 Jamilé Nepomuceno Guimarães COREN/ SP 196.665	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/SP 246362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 2 Administração de Medicamento por Via Intravenosa

2.1 Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através de uma veia.

2.2 Objetivo

- Permitir absorção rápida do medicamento;
- Aplicar medicamentos a clientes impossibilitados de utilizar outra via;
- Administrar doses elevadas de medicamentos e soros;
- Manter / reestabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico.

2.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

2.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

2.5 Material

- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Algodão;
- Garrote;
- Etiqueta para identificar o medicamento;
- Seringa descartável com dispositivo de segurança;
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;
- Medicamento/solução prescrita;
- Solução prescrita para diluição do medicamento;
- Equipo micro ou macrogotas (se necessário);
- Cateter intravenoso periférico – Abocath^R ou dispositivo de infusão intravenoso - Scalp^R com número adequado para quantidade e velocidade de infusão;
- Esparadrapo ou micropore^R.

2.6 Descrição do procedimento

- 01** Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- 02** Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- 03** Conferir o prescritor (nome e nº registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- 04** Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, e outras quesitos;
- 05** Reunir o material;
- 06** Higienizar as mãos (POP 42);
- 07** Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 08** Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da medicamento a ser administrado;

- 09 Calçar luvas de procedimento;
- 10 Verificar o local onde será realizada a punção venosa, atentar para possíveis restrições de local (mastectomia, distúrbios de coagulação, cateterismo e fístulas);
- 11 Realizar antisepsia da pele;
- 12 Garrotear aproximadamente 10 cm acima do local escolhido para a realização da punção venosa, solicitar ao paciente a realização do movimento de abrir e fechar das mãos;
- 13 Utilizar o dispositivo mais adequado para infusão do medicamento conforme as indicações a seguir:

Punção com Scalp^R:

- 14 Realizar a punção com o bisel do scalp^R voltado para cima;
- 15 Observar se há retorno venoso, se sim, soltar o garrote;
- 16 Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;
- 17 Fixar o dispositivo com micropore^R ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso.

Punção com cateter intravenoso periférico (Abocath^R):

- 18 Realizar a punção com o bisel do abocath^R voltado para cima;
- 19 Observar se há retorno venoso no dispositivo, se sim, introduzir o cateter, remover a agulha ou acionar o dispositivo de recolhimento automático;
- 20 Soltar o garrote;
- 21 Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;
- 22 Fixar o dispositivo com micropore^R ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso.
- 23 Administrar o medicamento no tempo correto, conforme prescrição ou indicação do fabricante, observando atentamente o retorno venoso, o paciente, e as reações apresentadas.

Após a finalização da administração medicamentosa:

- 24 Retirar o dispositivo escolhido para punção e pressionar o local com algodão;
- 25 Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.
- 26 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 27 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- 28 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 29 Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 30 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

2.7 Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- **Punção com Scalp^R:** utilizado para infusão de soluções de grande volume. Deve-se utilizar o dispositivo de tamanho adequado ao calibre da veia escolhida para realização da administração medicamentosa;
- **Punção com Abocath^R:** utilizado para infusão de soluções de grande volume, e principalmente quando há a necessidade de infusão rápida. Em pacientes com prognóstico de remoção via SAMU, é obrigatória a utilização deste dispositivo.

- Solicitar para outro profissional de enfermagem realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- Evitar conversar durante o processo de preparação de medicamentos;
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
- Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;
- Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se de que ele está na temperatura ambiente, evitando dessa forma a ocorrência de hipotermia;
- Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procurar a orientação do farmacêutico;
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar o frasco com nome do paciente, nome e quantidade do medicamento, data e horário da diluição;
- Quando necessário diluir o medicamento em solução compatível, como SF 0,9% ou SG 5%.
- A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

2.8 Referências bibliográficas

NÉRI, E.D.R., et al. Protocolos de preparo e administração de medicamentos: Pulsoterapia e Hospital Dia. Universidade Federal do Ceará, Hospital Walter Cantídio. Fortaleza/CE, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Best practices for injections and related procedures toolkit**, 2010. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf. Último acesso: 24/12.2013.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem. 2013.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer 14/2010**. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos, 2010.

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

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Jamile Nepomuceno Guimarães - Coren/SP 196.665 Paulo Robson de Castro Recco - Coren/SP 249.882	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos – COREN/SP 246362	Rosana Aparecida Garcia – COREN/sp 72.902

POP 3 Administração de Medicamentos por Via Intramuscular

3.1 Definição

Administração de medicamentos em tecido muscular.

3.2 Objetivo

- Utilizar o tecido muscular como via de administração de medicamentos, beneficiando-se da rápida absorção de substâncias por esse tecido.

3.3 Contraindicação

- Processos inflamatórios locais.
- Medicação trazida em mãos (externas) pelo usuário e fora das especificações técnicas (imunoglobulinas, termolábeis, etc).

3.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

3.5 Material

- EPI (luva de procedimento, óculos de proteção);
- Bandeja;
- Seringa – conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml.);
- Agulha – comprimento/calibre compatível com a massa muscular e solubilidade;
- Algodão;
- Medicamento prescrito.

3.6 Descrição do procedimento

- 01** Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento preferencialmente com foto;
- 02** Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- 03** Conferir o prescritor (nome e nº registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- 04** Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada e outras questões;
- 05** Reunir o material;
- 06** Higienizar as mãos (POP 42);
- 07** Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 08** Paramentar-se com os EPIs;
- 09** Questionar se o usuário tem prótese de silicone ou silicone industrial injetado e qual a localização;
- 10** Escolher local da administração e em caso de dúvida, chamar o enfermeiro;
- 11** Realizar antisepsia da pele;
- 12** Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar;
- 13** Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo;
- 14** Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);

- 15 Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;
- 16 Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;
- 17 Fazer leve compressão no local;
- 18 Desprezar os materiais perfuro- cortantes em recipiente adequado;
- 19 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 20 Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- 21 Realizar anotação de enfermagem, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 22 Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 23 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

3.7 Observação

- Recomenda-se que, sempre que possível o paciente seja identificado com documento com foto, garantindo a Segurança nas ações desenvolvidas.
- A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

- Recomenda-se para adultos, de 2 a 3 ml no deltóide e no máximo 5 ml no dorso ou ventro-glúteo; para bebê e crianças, preferencialmente utilizar a via ventro-glútea ou o vasto lateral da coxa, sendo 0,5 a 1 ml para bebês e até 3 ml para crianças, sempre avaliando e analisando a massa muscular.
- O músculo escolhido para administração do medicamento deve ser bem desenvolvido, de fácil acesso e não possuir vasos de grosso calibre ou nervos superficiais. O volume máximo e substância a ser utilizada devem ser compatíveis com a estrutura muscular.
- Não é recomendado região dorso-glútea para menores de 2 anos, devido risco de acidentes com nervos e vasos, dada as variações anatômicas, bem como a musculatura pouco desenvolvida, por não serem deambulantes ainda.

A. Locais de aplicação:

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

- Distância em relação a vasos e nervos importantes;
- Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;
- Espessura do tecido adiposo;
- Idade do paciente;

- Irritabilidade da droga;
- Atividade do paciente.
- Atentar para a utilização tanto de próteses de silicone quanto do uso de silicone industrial injetado na pele de forma clandestina: geralmente trata-se de material de baixa qualidade, que pode extravazar para outras partes do corpo, comprometendo a administração de medicamentos IM (Vide Parecer COREN nº 20/2009).
- Caso a região glútea (mais comumente utilizada em adultos), não seja adequada para a realização do procedimento, escolher a região vasto-lateral ou ventro-glútea, solicitando a avaliação do enfermeiro em caso de dúvidas ou para a escolha da região deltóide. No caso da escolha da administração de medicamento IM em região deltóide, é necessário atentar-se para a diluição em um volume menor de diluente, levando-se em consideração que nesta região o maior volume recomendado é de 3 ml.
- Caso o enfermeiro constate o comprometimento da região do deltóide, deverá informar ao médico para que o tratamento seja prescrito por outra via de administração.

Dorsoglútea (DG):

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

Ventroglútea (VG):

- Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal;
- Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;
- Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior direita;
- Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca;
- Espalmar a mão sobre a base do grande trocanter do fêmur e afastar o indicador dos outros dedos formando um triângulo ou “V”. Realizar a aplicação dentro dessa área delimitada entre os dedos médios e indicador;
- Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Vasto Lateral da Coxa:

- Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;
- Traçar um retângulo delimitado pela linha média na região anterior da coxa, (na frente da Perna) e na linha média lateral da coxa (do lado da perna), 12-15 cm do grande trocanter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura;
- Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos.

Deltóide:

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

B – 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°.

C – Escolha correta da agulha:

Conforme Horta & Teixeira (1973) a dimensão da agulha em relação à solução e à espessura da tela subcutânea (quantidade de tecido abaixo da pele) na criança e no adulto, deve seguir o seguinte esquema:

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

Considerações sobre o Tratamento de Sífilis com Penicilina Cristalina:

- Questionar se o paciente teve previamente reação alérgica ou de hipersensibilidade à algum antibiótico;
- Caso a resposta seja negativa, proceder à administração conforme prescrição médica e, mantendo o paciente em observação por 30 minutos após a aplicação. Esclarecer que este procedimento visa sua segurança, e que ele deve comunicar qualquer desconforto pós medicação nesse período;
- Registrar data de aplicação e qual a dose (1a, 2a ou 3a) tanto no prontuário, quanto no verso da receita médica;
- Manter na unidade registro de acompanhamento do tratamento (planilhas ou cartões-índice), a fim de facilitar a detecção de abandono de tratamento, atrasos de doses, etc. e convocar o paciente, caso necessário;
- Demais dúvidas sobre o tratamento da Sífilis, consultar o manual do Ministério da Saúde, disponível on-line.

3.8 – Referências bibliográficas

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

DALMONI, I.S., et al. Injeções intramusculares ventro-glúteas e a utilização pelos profissionais de enfermagem. In: **Revista Enfermagem UFSM**, mai/ago, 3 (2): 259-265. 2013.

HORTA,W.A;TEIXEIRA, M. de S. Injeções Parenterais. In: Revista da Escola de

Enfermagem USP. 7(1): 46-79.1973.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Best practices for injections and related procedures toolkit**, 2010. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf. Último acesso: 24/12.2013.

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

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

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem. 2013.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 20/2009. Aplicação de injeção intramuscular em pacientes com silicone em glúteo, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Marina Akemi Shinya Fuzita - COREN/SP 242.841 Celso Luis Moraes - COREN/SP 412.423	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Cristiane Giacomelli da Costa - COREN/SP 165390 Fernanda Pimentel – COREN/SP 323.085	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 4 Administração de Medicamento Via Subcutânea

4.1 Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através da hipoderme, conhecida como tecido subcutâneo, através da pele.

4.2 Objetivo

Lentificar o tempo de absorção do medicamento administrado.

4.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

4.5 Material

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Algodão;
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;
- Agulha para aplicação (13x4,5 ou 8x4,5);
- Seringa de 1 ml;
- Medicamento prescrito.

4.6 Descrição do Procedimento

- 01** Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento preferencialmente com foto;
- 02** Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- 03** Conferir o prescritor (nome e nº registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- 04** Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada e outras questões;
- 05** Reunir o material;
- 06** Higienizar as mãos (POP 42);
- 07** Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 08** Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;
- 09** Calçar as luvas de procedimento;
- 10** Escolher o local da administração;
- 11** Realizar antissepsia da pele;
- 12** Pinçar com os dedos a pele do local da administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão Dominante. O profissional deve segurar a seringa como se fosse um dardo, deixando a palma da mão para cima);
- 13** Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo 45° a 90°; dependendo da quantidade de tecido subcutâneo no local;

- 14 Aspirar, observando se atingir algum vaso sanguíneo;
- 15 Injetar o líquido lentamente;
- 16 Retirar a agulha com movimento único e firme;
- 17 Fazer leve compressão local com algodão;
- 18 Desprezar os materiais perfuro- cortantes em recipiente adequado;
- 19 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 20 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- 21 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 22 Registrar o procedimento em planilha de produção;
- 23 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

4.7 Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

- Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
- Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente;
- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico ou do enfermeiro;
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição;
- Na administração de insulina e heparina não realizar massagem após aplicação, para evitar absorção regride.
- Locais de aplicação: região deltoide no terço proximal, face superior externa do braço, face externa coxa, parede abdominal;
- Administrar volume máximo 0,5 a 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamento);
- Realizar rodízio nos locais de aplicação.

4.8 Referências bibliográficas

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Best practices for injections and related**

procedures toolkit, 2010. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf. Último acesso: 24/12.2013.

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

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

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem. 2013.

KOCH. R.M. et. AL. **Técnicas básicas de enfermagem**. 22ª edição. Curitiba. Século XX, Livros; 2004.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Marisa F. Gomes Machado - COREN/SP 45.813 Danilo Jardim Pancotte - COREN/SP 257.613	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2015	02	Vanessa Cristina dos Santos - COREN/246.362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 5 Administração de Medicamento por Via Intradérmica

5.1 Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através da derme.

5.2 Objetivo

- Realizar imunização com vacina antirrábica e BCG;
- Realizar reações de hipersensibilidade.

5.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

5.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5.5 Material

- Bandeja;
- EPIs (luvas de procedimento e óculos de proteção);
- Algodão;
- Seringa descartável de 1mL;
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;
- Agulha 10x5 ou 13x4,5 para administração da substância;
- Solução prescrita.

5.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- 02** Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- 03** Conferir o prescritor (nome e nº registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- 04** Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;
- 05** Reunir o material;
- 06** Higienizar as mãos (POP 42);
- 07** Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 08** Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;
- 09** Calçar as luvas de procedimento;
- 10** Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura);
- 11** Realizar antisepsia da pele utilizando algodão com álcool 70%, no sentido de baixo para cima;
- 12** Colocar os óculos de proteção;
- 13** Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o

dedo indicador;

- 14 Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça;
- 15 Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;
- 16 Após a finalização da administração, retirar o polegar da extremidade do êmbolo e a agulha da pele;
- 17 Não friccionar o local;
- 18 Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.
- 19 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 20 Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- 21 Realizar anotação de enfermagem, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 22 Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 23 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

5.7 Observação

- Recomenda-se que, sempre que possível o paciente seja identificado com documento com foto, garantindo a Segurança nas ações desenvolvidas.
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
- Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;
- Antes de administrar soluções intradérmicas, assegure-se de que ela está na temperatura adequada, evitando dessa forma a inativação da mesma;
- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico;
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição;
- Imediatamente após a administração, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente.
- A aplicação de imunoterapia com alérgenos – comumente conhecida como “vacina anti-alérgica” – deverá seguir o padrão de boas práticas: checar prescritor,

instituição proveniente, rotulagem, orientação acerca da conservação, data de fabricação, data da validade, periodicidade na administração, dentre outros. As aplicações deverão ser registradas em prontuário e/ou formulário que garanta o acompanhamento das dosagens.

5.8 Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Capacitação de pessoal em sala de vacinação - manual do treinando. Org. Coordenação do Programa Nacional de Imunizações. 2ª ed. – Brasília (DF). Fundação Nacional de Saúde, 2001.

GIOVANI, A. M. M. Enfermagem cálculo e administração de medicamentos; São Paulo, SP: Scrinium; 2006.

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

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

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem.** 2013.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer 14/2010.** Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Best practices for injections and related procedures toolkit,** 2010. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf. Último acesso: 27/11.2015.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Jamile Nepomuceno Guimarães Coren/SP 196.665 Paulo Robson de Castro Recco Coren/SP 249.882	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/246.362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 6 Administração de Medicamentos por Via Oral

6.1 Definição

Técnica pela qual os medicamentos são fornecidos pela boca e deglutidos com líquido ou dissolvidos na forma sublingual.

6.2 Objetivo

Utilizar a via oral para a administração de medicamentos orais tais como drágeas, cápsulas, comprimidos, xaropes e suspensões.

6.3 Contraindicação

Pacientes com incapacidade de deglutição ou com rebaixamento significativo do nível de consciência.

6.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

6.5 Material

- Copo descartável ou copo graduado quando xarope ou solução aquosa.
- Medicamento
- Bandeja
- Líquido para ingestão (copo de água)

6.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- 02** Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- 03** Conferir o prescritor (nome e nº registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- 04** Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;
- 05** Reunir o material;
- 06** Higienizar as mãos (POP 42);
- 07** Separar o medicamento evitando toca-lo com as mãos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar. Em caso de suspensão aquosa ou xarope, agitar o frasco e separar a dose prescrita com auxílio de copo graduado ou conta gotas;
- 08** Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 09** Oferecer o medicamento;
- 10 Drágeas ou cápsulas:** orientar o paciente a não mastigar o medicamento e evitar consumir outros líquidos durante a absorção.
- 11 Medicamento sublingual:** pedir ao paciente que mantenha o medicamento sob a língua, não mastigando ou engolindo.
- 12 Medicamento bucal** (de absorção em mucosa da bochecha): orientar o paciente a alternar as bochechas para evitar a irritação da mucosa.
- 13** Certificar-se que o medicamento foi deglutido ou completamente dissolvido;
- 14** Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

- 15 Higienizar as mãos (POP 42);
- 16 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 17 Registrar o procedimento em planilha de produção;
- 18 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

6.7 Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
- Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente;
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;

6.8 Referências bibliográficas

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

KOCH. R.M. et. AL. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba. Século XX, Livros, 2004.

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

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

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem**. 2013.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Marina Akemi Shinya Fuzita - Coren/SP 242.841 Celso Luis Moraes - Coren/SP 142.823	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos - COREN/SP 246362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 7 Administração de Medicamento por Via Inalatória

7.1 Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através do sistema respiratório.

7.2 Objetivo

- Umidificar as vias aéreas;
- Fluidificar secreções do trato respiratório, facilitando a sua expectoração;
- Manter a permeabilidade da via aérea.

7.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

7.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

7.5 Material

- Máscara para nebulização;
- Copo nebulizador;
- Extensão de latex (chicote);
- Seringa descartável de 10 ml com dispositivo de segurança;
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração da solução para diluição (se necessário);
- Solução de diluição prescrita;
- Medicamento prescrito;
- Fonte de oxigênio ou ar comprimido.

7.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- 02** Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- 03** Conferir o prescritor (nome e nº registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- 04** Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;
- 05** Reunir o material;
- 06** Higienizar as mãos (POP 42);
- 07** Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 08** Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento e solução a serem administrados;
- 09** Aspirar a quantidade prescrita da solução para diluição do medicamento, se necessário;
- 10** Preparar corretamente o medicamento prescrito no copo nebulizador (quantidade de solução associada ao medicamento, conforme prescrição);

- 11 Conectar o copo nebulizador a extensão de latex (chicote), que está acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio;
- 12 Regular o fluxo (5 a 10 litros/mim). Em caso de oxigênio o fluxo deve estar prescrito;
- 13 Orientar o paciente a manter a respiração nasal durante a inalação do medicamento;
- 14 Fechar o fluxômetro ao término da inalação e oferecer papel toalha ao paciente para este secar a umidade do rosto;
- 15 Comunicar ao prescritor que o procedimento findou-se caso haja a necessidade de reavaliação após procedimento;
- 16 Desconectar o copo da extensão de latex (chicote) acoplado ao fluxômetro e colocar o copo e a máscara para lavagem e desinfecção;
- 17 Desprezar os materiais perfuro- cortantes em recipiente adequado;
- 18 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 19 Higienizar as mãos (POP 42);
- 20 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 21 Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- 22 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

7.7 Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
- Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;
- Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de **Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec)** deve-se solicitar ao paciente ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada;
- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do Farmacêutico;
- Caso a solução para diluição esteja em um frasco que será fracionado para vários procedimentos, identificar frasco com data e horário de abertura e validade;
- Deve-se fazer a inalação com o cliente sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração.

7.8 Referências bibliográficas

WILLIAMS, L. & WILLIAMS. **Enfermagem Médica e Hospitalar** (título original: Nurse's pocket companion). Tradução Renato Lamounier Barbieri, Tânia Regina Micele – 1 ed. São Paulo: Editora Rideel, 2006.

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção**

Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem.** 2013.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Jamile Nepomuceno Guimarães - Coren/SP 196.665 Paulo Robson de Castro Recco - Coren/SP 249.882	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos - COREN/SP 246362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 8 Administração de Medicamento por Via Ocular

8.1 Definição

Técnica para instilar colírios ou pomadas oftálmicas na bolsa conjuntival.

8.2 Objetivo

Administrar medicamentos na bolsa conjuntival como em casos de glaucoma, após cirurgia de catarata, uso de lágrimas artificiais e vasoconstritores.

8.3 Contraindicação

Uso de medicamentos que não sejam preparados para a administração oftálmica.

8.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

8.5 Material

- Colírio ou pomada oftalmológica;
- Gaze

8.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- 02 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- 03 Conferir o prescritor (nome e nº registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- 04 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;
- 05 Reunir o material;
- 06 Higienizar as mãos (POP 42);
- 07 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução, solicitando que incline a cabeça para trás;
- 08 Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente e evitando tocá-la, pedindo ao paciente para olhar para cima e pingar o medicamento no centro da bolsa conjuntival.
- 09 Pingar o medicamento na bolsa conjuntival, orientando o paciente a fechar a pálpebra.
- 10 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 11 Higienizar as mãos;
- 12 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 13 Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 14 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

8.7 Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto,

garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas..

- Usar o medicamento apenas no olho afetado.
- Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;

8.8 Referências bibliográficas

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

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

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

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem**. 2013.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer 14/2010**. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos, 2010.

Histórico de Alterações				
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por	
27/12/2013	01	Marina Akemi Shinya Fuzita - Coren/SP 242.841 Celso Luis de Moraes - Coren/SP 412.423	Rosana Garcia 72.902	Aparecida COREN/SP
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/SP 246362	Rosana Garcia 72.902	Aparecida COREN/SP

POP 9 Administração e Mistura de Insulinas

9.1 Definição

Método para a administração de duas insulinas no mesmo horário.

9.2 Objetivo

- Melhorar o tratamento com as ações complementares destas insulinas numa mesma aplicação;
- Evitar duas aplicações subcutâneas.

9.3 Contraindicação

Incompatibilidade das associações de certas formulações numa mesma seringa.

9.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

9.5 Material

- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Seringa de 01 ml;
- Frascos de insulinas (NPH e Regular ou Ultra- Rápida).

9.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- 02** Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- 03** Conferir o prescritor (nome e nº registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- 04** Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;
- 05** Higienizar as mãos (POP 42);
- 06** Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 07** Retirar o lacre superior do frasco de insulina e limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%;
- 08** Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina NPH no frasco de insulina NPH, lentamente, facilitando a aspiração da dose exata desta insulina e evitar a formação de bolhas;
- 09** Retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH;
- 10** Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina R no frasco de insulina R ou Ultra- Rápida e retirar a dose;
- 11** Introduzir novamente a agulha no frasco de insulina NPH, no qual o ar foi previamente injetado, e puxar o êmbolo até a marca correspondente à soma das doses das duas insulinas;
- 12** Retirar a agulha do frasco, e prosseguir seguindo recomendações da técnica de aplicação de medicamento subcutâneo (POP 4);

- 13 Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.
- 14 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 15 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- 16 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 17 Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 18 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

9.7 Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- No caso de uma aspiração da insulina maior que a necessária, descartar as insulinas e reiniciar o procedimento. NUNCA devolva para nenhum dos frascos as insulinas já misturadas;
- Mistura de NPH e regular pode ser utilizada imediatamente ou armazenada em refrigerador para uso em até 30 dias e mistura de NPH e ultra-rápida deverá ser utilizada imediatamente após o preparo;
- Aspirar primeiro a insulina de ação rápida (R) ou ultra rápida (Lispro), que possuem aspecto límpido transparente e, em seguida, a insulina de ação intermediária (N) que possui aspecto turvo, leitoso. O objetivo é diminuir a possibilidade de entrada de insulina NPH no frasco de insulina R ou Lispro, alterando a capacidade destas insulinas agirem rapidamente em outra aplicação;
- Rolar o frasco de insulina de aspecto leitoso (NPH), levemente entre as mãos, por no mínimo 20 vezes, para garantir ação correta da insulina.

9.8 Referências bibliográficas

Documento Online. **Cuidados com a insulina Diabetes**. Disponível em: www.diabete.com.br/cuidados-com-a-insulina. Último acesso 29/11/2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Uma seringa, duas insulinas: aprenda a mistura correta**. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/colunistas/dra-janice-sepulveda/uma-seringa-duas-insulinas-aprenda-a-mistura-correta>. Último acesso 27/11/2015.

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

SÃO PAULO. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. **Manual de Orientação Clínica- Diabetes Mellitus**, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Elizabeth Tieko Fujino - Coren/SP 53.400 Chaúla Vizelli - Coren/SP 173.997	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos - COREN/SP 246362.	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 10 Administração de Dieta Enteral

10.1 Definição

Administração de dieta enteral, definida como um alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, industrializado ou não, através de sondas.

10.2 Objetivo

Oferecer aporte nutricional para melhora clínica do paciente.

10.3 Contraindicação Absoluta: obstrução mecânica.

- Relativa: pancreatite hemorrágica grave, enterocolite necrotizante, íleo paralítico prolongado, diarreia grave, refluxo de vômito, fístulas entéricas, disfunção da motilidade intestinal.
- Cada contraindicação deve ser avaliada pela equipe multiprofissional e de maneira individual.

10.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

10.5 Material

- EPI (luva de procedimento e óculos de proteção);
- Dieta industrializada ou não;
- Frasco para dieta;
- Equipo de dieta enteral;
- Seringa de 20 ml;
- Estetoscópio.

10.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01 Reunir o material;
- 02 Higienizar as mãos (POP 42);
- 03 Conferir o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 04 Promover a privacidade do paciente;
- 05 Preparar a dieta conforme recomendações do fabricante ou solicitar a dieta preparada pelo familiar em residência e colocá-la em frasco próprio, utilizando técnica limpa e luvas calçadas;
- 06 Conectar o frasco de dieta ao equipo e preencher o equipo retirando o ar da extensão, evitando a entrada de ar desnecessária no TGI do paciente e facilitando o controle de infusão;
- 07 Colocar o paciente em posição Fowler (45°), quando não contraindicado, evitando o risco de broncoaspiração;
- 08 Com auxílio da seringa, injetar 20ml de ar com pressão e auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica;
- 09 Aspirar e medir o resíduo gástrico, colocando-o em um copo plástico para posterior reintrodução (se menor que 200ml);
- 10 Conectar o equipo com dieta à sonda;
- 11 Abrir a pinça rolete do equipo ajustando apropriadamente a velocidade de infusão;
- 12 Injetar 40ml de água na sonda logo após o término da dieta, com auxílio da seringa;

- 13 Administrar água conforme prescrição médica;
- 14 Deixar o paciente em posição de Fowler por cerca de 30 minutos após o término da infusão, evitando refluxo, broncoaspiração e facilitar a digestão;
- 15 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 16 Retirar os EPI e higienizar as mãos;
- 17 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 18 Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 19 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

10.12 Observação

- Existem diferentes tipos de sondas de alimentações: naso/orogástrica, naso/oroenteral, gastrostomia e jejunostomia.
- As sondas de gastrostomia e jejunostomia não necessitam de confirmação de localização antes das administrações de dieta.
- Seguir a prescrição médica/nutricionista em relação ao tipo de dieta do paciente e valor calórico.
- A dieta enteral deve ser preparada com técnica limpa seguindo as recomendações do fabricante.
- O equipo e o frasco de dieta deve ser trocado a cada dieta.
- Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de dieta, para evitar obstrução da sonda.
- Realizar higiene oral conforme prescrição de enfermagem;
- Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida com água ou SF 0,9%.
- Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e descamação da pele.
- Aplicar creme ou vaselina nos lábios e narinas para prevenir a formação de crostas.
- Comunicar ao Enfermeiro as alterações ocorridas devido à infusão da dieta (vômitos, diarreia, constipação).
- As dietas não devem estar muito quentes ou frias.
- As infusões de dietas enterais por sonda devem ser administradas de forma intermitente, com infusão ou gotejamento lento por gravidade, cinco a seis vezes ao dia, durante um período de 40 a 60 minutos.
- Antes de cada administração de nova dieta deve-se verificar o resíduo gástrico, quando este for superior a 200ml e o paciente apresentar desconforto ou distensão abdominal, recomenda-se interromper a infusão de dieta enteral e avaliar o paciente radiologicamente. Na ausência de sintomas digestivos, reavaliar o resíduo novamente em 1h. Deve-se comunicar o enfermeiro tal alteração. Lembrar sempre de devolver o resíduo retirado quando este for inferior a 200ml.

Para o cuidado domiciliar

- Orientar familiar/cuidador a utilizar 1 frasco/equipo para dieta e 1 frasco/equipo para água e sucos por 7 dias. Após este período desprezar o frasco/equipo da dieta, substituindo pelo frasco/equipo da água e abrir novo frasco/equipo para água e sucos.
- Utilizar seringa de 20ml para lavar as sondas após as administrações das dietas, essa deve ser substituída a cada 7 dias.
- O paciente, sempre que possível, deve ser estimulado a participar da terapia,

cuidando da higiene das narinas e da sonda, e ainda ser instruído sobre os horários de infusão, bem como a relatar sintomas de desconforto e mal estar, mudanças no hábito intestinal ou qualquer alteração que possa indicar uma complicação.

10.13 – Referências bibliográficas

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atendimento domiciliar. Protocolo de assistência de enfermagem.** Campinas/SP, 2015.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 453 DE 16/01/2014.** Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional. 2014.

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

PREFEITURA MUNICIPAL DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Brasília/DF. 2012.

UNAMUNO M.R.D.L.; JULIO S.M. **Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações.** Ribeirão Preto, 35: 95-101, jan./mar. 2002.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Elizabeth Tieko Fujino - Coren/SP 53.400 Chaúla Vizelli - Coren/SP 173.997 Flávio Ventura dos Santos - Coren/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia - COREN/SP 72.902

POP 11 Aferição da Glicemia Capilar

11.1 Definição

Método para obtenção do nível de glicemia capilar dos indivíduos.

11.2 Objetivo

Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital.

11.3 Contraindicação

Pacientes com distúrbios de coagulação sanguínea.

11.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

11.5 Material

- Bandeja
- Algodão
- Álcool a 70%
- Luvas de procedimento
- Lanceta
- Glicosímetro
- Fitas reagentes

11.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** 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;
- 02** Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;
- 03** Higienizar as mãos (POP 42);
- 04** Calçar as luvas de procedimento;
- 05** Conectar a fita reagente ao glicosímetro;
- 06** 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;
- 07** Posicionar o dedo do paciente para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local;
- 08** Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção;
- 09** Comprimir o local com algodão seco;
- 10** Aguardar o resultado pelo glicosímetro;
- 11** Desprezar os materiais perfuro-cortantes em recipiente adequado.
- 12** Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 13** Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- 14** Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 15** Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 16** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

11.7 Observação

- 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

11.8 Referências bibliográficas

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

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

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

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Elizabeth Tieko Fujino - Coren/SP 53.400 Chaúla Vizelli - Coren/SP 173.997	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 12 Aferição da Pressão Arterial

12.1 Definição

Procedimento para avaliar o nível de pressão arterial dos indivíduos.

12.2 Objetivo

- Detectar precocemente desvios de normalidade;
- Indicar variações individuais de níveis pressóricos.

12.3 Contraindicação

Aferir em membros com trombose venosa profunda, acessos venosos, lesões ou do lado em que foi realizada mastectomia.

12.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

12.5 Material

- Algodão
- Álcool a 70%
- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro

12.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Reunir o material;
- 02** Higienizar as mãos (POP 42);
- 03** Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 04** Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração, apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido;
- 05** Identificar o manguito adequado (com largura correspondente a 40% da circunferência do braço), realizar assepsia das olivas e campânula do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%;
- 06** Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;
- 07** Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito enquanto continua palpar a artéria, tendo o cuidado de que para identificar com exatidão o primeiro som de Korotkoff, o manguito precisar estar inflado a uma pressão acima do ponto em que o pulso não pode ser mais sentido e anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece (estimativa da pressão sistólica);
- 08** Desinsuflar o manguito rapidamente;
- 09** Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente (tempo necessário para diminuição da congestão venosa);
- 10** Colocar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;
- 11** Manter o estetoscópio firme sobre o pulso braquial, sem pressão excessiva, e insuflar o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20- 30 mmHg acima desta pressão;
- 12** Esvaziar lentamente o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg., identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);
- 13** Desinsuflar totalmente o manguito;
- 14** Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos;
- 15** Retirar o manguito do braço do paciente;

- 16 Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
- 17 Higienizar as mãos (POP 42);
- 18 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 19 Registrar o procedimento em planilha de produção;
- 20 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

12.7 Observação

- Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento;
- Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em pé, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti-hipertensiva;
- Certificar-se de que o paciente não esteja com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da aferição;
- O esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses ou sempre que apresentar sinais de descalibração.

12.8 8 – Referências bibliográficas

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2010, vol.95, n.1, suppl.1.

CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

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

POTTER, P.A. & PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**, p.729, 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli - Coren/SP 173.997 Marina Akemi Shinya Fuzita - Coren/SP 242.841	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 13 Anotação de Enfermagem

13.1 Definição

Anotação de Enfermagem é o registro sistematizado de todas as informações, observações, avaliações e ações relativas ao cuidado do paciente/cliente.

13.2 Objetivo

Fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre a equipe de saúde e garantir a continuidade das informações.

13.3 Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

13.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

13.5 Material

- Prontuário ou ficha de atendimento;
- Caneta esferográfica preferencialmente azul ou preta;
- Carimbo pessoal (com nome do profissional, categoria e número registro no conselho de classe).

13.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Registrar todo e qualquer procedimento realizado no paciente sobre sua responsabilidade, garantindo o respaldo legal dos profissionais e garantia da continuidade da assistência prestada (segurança do paciente e do profissional de Enfermagem);
- 02** Nunca registrar procedimento ou cuidado feito por terceiros;
- 03** Registrar de forma completa, clara, legível, pontual, cronológica e objetiva, observando ortografia, caligrafia e redação;
- 04** Devem ser precedidas de data e hora e assinadas ao final. O uso do carimbo faz parte da assinatura;
- 05** Não pode conter rasuras, entrelinhas, espaços em branco;
- 06** O registro deve constar em impresso devidamente identificado no cabeçalho com nome completo do paciente, e complementado com data e horário, bem como numeração da página.
- 07** Registrar cuidados prestados, observações efetuadas e sinais/sintomas referidos pelo paciente sem usar termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.).
- 08** A Anotação de Enfermagem embasa a Sistematização de Enfermagem realizada pelo Enfermeiro, e deve conter nela as respostas frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro;
- 09** Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;
- 10** Sempre registrar em impressos próprios e padronizados pela instituição.

13.7 Observação

- O conteúdo da anotação deve ser descritiva e não interpretativa;
- Não utilizar corretivos, nem riscar, molhar ou manchar o impresso;
- Em caso de erro na anotação, usar a palavra “digo”, entre vírgulas;
- O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos;

- As anotações são necessárias para garantir a continuidade na assistência prestada;
- Os registros de estudantes dos diferentes níveis de formação profissional de Enfermagem deverão ser acompanhados pelos supervisores de atividade prática e estágio supervisionado, conforme Resolução Cofen nº 441/2013 e ser pactuado com o órgão responsável pela articulação ensino/serviço (CETS);

13.8 Referência Bibliográfica

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 441/2013.**

Dispõe sobre participação do Enfermeiro na supervisão de atividade prática e estágio supervisionado de estudantes dos diferentes níveis da formação profissional de Enfermagem, 2013

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Anotações de Enfermagem.** Disponível em

<http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf> Ultimo acesso: 27.11.2015. São Paulo, 2009.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429.** Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, 2012

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Campinas. **Guia de Acolhimento de Novos Profissionais.** Campinas/ SP. Versão Agosto/2011.

SANTOS, V. E. P. e VIANA, D. L. **Fundamentos e Práticas para Estágio em Enfermagem**, 3º ed. Editora Yendis. São Caetano do Sul/SP, 2008.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Débora Tresoldi Cerri - Coren/SP 90271 Elizabeth Tieko Fujino - Coren/SP 53400 Tienne de Almeida A. Rampazzo - Coren/SP 213.414	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 14 Aspiração de Vias Aéreas

14.1 Definição

É o método utilizado para remover secreções da boca e da faringe, através de sucção, desobstruindo a entrada de ar nas vias aéreas superiores, bem como da traqueia e brônquios nos pacientes entubados e traqueostomizados.

14.2 Objetivo

- Manter as vias aéreas permeáveis;
- Reestabelecer as trocas gasosas melhorando a oxigenação arterial e pulmonar;
- Prevenir infecção.

14.3 Contraindicação

Não existem contraindicações absolutas para este procedimento. A maioria das contraindicações é relativa e diz respeito ao risco do paciente apresentar reações adversas ou piora de sua condição clínica.

14.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

14.5 Material

- EPIs (luva estéril, luvas de procedimento, óculos de proteção, gorro, máscara cirúrgica);
- Fluxômetro para aspiração;
- Fonte de vácuo e oxigênio;
- Frasco de aspiração;
- Extensão de silicone;
- Sonda aspiração 14 ou 16 (adulto), 8 ou 10 (pediátrico);
- Ampola de SF 0,9%;
- Ressuscitador manual de respiração;
- Gaze estéril;
- Cânula de Guedel;
- Oxímetro de pulso.

14.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Aspiração de Orofaringe:

- 01 Reunir o material;
- 02 Higienizar as mãos (POP 42);
- 03 Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 04 Colocar o paciente na posição Fowler (45°) ou semi-Fowler, se não for contra indicado, promovendo o conforto, oxigenação, reduzindo o esforço para ventilação e prevenir vômitos e a aspiração.
- 05 Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através
- 06 da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo;
- 07 Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas de procedimento;
- 08 Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante;
- 09 Clampear a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar a cavidade oral

- e a orofaringe até a ausência/redução esperada do conteúdo aspirado;
- 10 Lavar a extensão com água destilada;
 - 11 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.
 - 12 Retirar os EPIs;
 - 13 Deixar o paciente confortável;
 - 14 Higienizar as mãos (POP 42);
 - 15 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
 - 16 Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
 - 17 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).;

Aspiração Traqueal:

- 01 Reunir o material;
- 02 Higienizar as mãos (POP 42);
- 03 Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 04 Posicionar o paciente com a cabeça em extensão para aspiração traqueal e posição semi-Fowler para aspiração nasal, promovendo o conforto, oxigenação, reduzir o esforço para ventilação e prevenir êmese;
- 05 Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo. Utilize o restante da embalagem para protege a sonda, mantendo-a estéril;
- 06 Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas
- 07 Estéreis (POP 51)
- 08 Desconectar o ventilador e conectar o ressuscitador manual para realização de seis ventilações em 30 minutos, com auxílio de outro profissional, prevenindo hipoxemia;
- 09 Com a mão dominante (estéril), introduzir a sonda no tubo mantendo a extensão clampeada para não aplicar sucção até encontrar resistência (carina), favorecendo remoção das secreções, e prevenir hipoxia;
- 10 Soltar o látex para obter sucção, retirando a sonda com movimentos circulares, não ultrapassando a duração de 10 segundos;
- 11 Reconectar o tubo do paciente ao ventilador, deixando-o descansar por pelo menos 30 segundos, favorecendo que o paciente ventile e descanse entre as aspirações, para corrigir a hipoxemia e amenizar o desconforto;
- 12 Se necessário, repetir o procedimento, entretanto é recomendado não realizar mais do que três aspirações por sessão;
- 13 Ao termino da aspiração traqueal, promover a limpeza da sonda com água destilada e gaze, e realizar aspiração das vias aéreas superiores;
- 14 Lavar a extensão do aspirador com água destilada e desprezar a sonda;
- 15 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 16 Retirar os EPIs;
- 17 Fechar fonte de vácuo;
- 18 Deixar o paciente confortável;
- 19 Higienizar as mãos (POP 42);
- 20 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 21 Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- 22 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

14.7 7 – Observação

- Instilação de SF0,9% (até 5ml) por via intrabronquica é indicada para promover fluidificação, mobilizar as secreções e estimular a tosse quando ocorrer formações de rolhas;
- O enfermeiro deve realizar ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliação da necessidade de aspiração;
- Quando o paciente estiver em IOT, ficar atento aos dados vitais como SpO2, FR, FC, PA;
- Deve-se observar o aspecto da secreção do paciente (cor, consistência, quantidade e odor);
- Monitorar os parâmetros do ventilador, caso esteja em ventilação mecânica. Essa monitoração deve ser feita antes, durante e após procedimento.

14.8 Referência bibliográfica

AVENA, M.J.; CARVALHO, W.B.; BEPPU.O.S. **Avaliação do mecanismo Respiratório e da Oxigenação pré e pós –aspiração de secreção em crianças submetidas a ventilação pulmonar mecânica.** Trabalho realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital São Paulo_ Universidade Federal São Paulo. São Paulo, 2007.

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

SANTOS F.N.Q. **A Influencia da Aspiração Endotraqueal Sobre a Pressão Intracraniana no Traumatismo Cranio- Encefalico Grave.** Rio de Janeiro, 2008.

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

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Marisa F. Gomes Machado - Coren/SP 45.813 Danilo Jardim Pancotte - Coren/SP 257.613 Cristiane da Rocha F. Dias - Coren/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 15 Auxílio de Biópsia de Mama Guiado por Ultrassom

15.1 Definição:

Retirada de fragmentos da lesão suspeita através de uma pistola automática que dispõe de uma agulha, que ao disparar corta o material e o recolhe. Este procedimento é guiado por ultrassonografia.

15.2 Objetivo:

Colher material de uma ou mais lesões mamárias suspeitas para avaliação histopatológica.

15.3 Contra-indicação:

Em alguns pacientes que estão fazendo uso de anticoagulantes ou de aspirina, pode ser necessária a suspensão desses medicamentos alguns dias antes para se evitar sangramento.

15.4 Executante:

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

15.5 Material:

- Agulha 13x4,5
- Agulha para biópsia.
- Álcool a 70%.
- Avental para paciente.
- Anestésico.
- Caixa térmica.
- Esparadrapo.
- Formol.
- Gazes estéreis.
- Lápis.
- Lençol.
- Livro de registro de exames.
- Luvas de procedimento.
- Máscara cirúrgica.
- Micropore.
- Óculos de proteção.
- Seringa de 3 ou 5 ml.

15.6 Descrição do procedimento:

Ação de enfermagem

- 01** Reunir material necessário para realização do procedimento.
- 02** Chamar o paciente e confirmar o nome, apresentar-se, acolher e orientar paciente sobre o procedimento e aplicar o termo de consentimento do exame, orientando o paciente a esclarecer possíveis dúvidas com o médico executante.
- 03** Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores.
- 04** Higienizar as mãos (POP 42);
- 05** Encaminhar o paciente para troca de roupa e oferecer avental.
- 06** Posicionar o paciente de acordo com o procedimento na maca.
- 07** Oferecer material necessário para o médico durante a realização do exame.
- 08** Recolher e acondicionar os fragmentos de biópsia em frascos com formol(1/3 do frasco), previamente identificados com data da coleta, nome do paciente, nome da mãe, número de prontuário, médico e unidade de saúde.

- 09 Realizar curativo compressivo ao término do procedimento e orientar paciente quanto a retirada do mesmo.
- 10 Higienizar as mãos;
- 11 Registrar em livro de controle (número do prontuário, nome do paciente, data de nascimento, data da coleta, telefone, nome do médico solicitante, unidade de origem, local aspirado).
- 12 Registrar em memorando (duas vias) os dados do paciente e procedimento realizado.
- 13 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame e retorno médico.
- 14 Organizar sala após procedimentos, atentando para o descarte de material perfurocortante.
- 15 Acondicionar as seringas identificadas em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

15.7 Observações:

Este procedimento é executado pelo médico, sendo necessário o auxílio do profissional de enfermagem para realização do procedimento ambulatorial.

15.8 Referências Bibliográficas:

Biópsia de Mama. Disponível em: www.mamaimagem.com.br. Último acesso em: 30/11/2015.

Protocolo de biópsia de mama. Disponível em: hcrp.fmrp.usp.br. Acesso em: 05 Fev 2014

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Regiane Freitas Alves - Coren/SP 322510 Rosalina Aparecida Menegão - Coren/SP 0210317 Ana Carolina F. Moreira - Coren/SP 323329 Camila Monteiro G. Dias Silva - Coren/SP 242835	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 16 Auxílio a Ecorcardiograma Transtorácico

16.1 Definição

Método de exame de imagem que utiliza ondas sonoras de alta frequência, os quais após atravessarem os tecidos dos órgãos estudados, retornam em forma de ecos fornecendo imagens instantâneas do coração e dos grandes vasos, e fluxo sanguíneo nos mesmos, durante o procedimento.

16.2 Objetivo

Avaliar o funcionamento do coração, do ponto de vista anatômico e funcional.

16.3 Contraindicação

Não há contraindicação para este procedimento.

16.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

16.5 Material

- Luvas;
- Gel para ultrassonografia;
- Balança;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Lençol (se necessário);
- Avental (se necessário);
- Álcool 70%.

16.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 02** Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;
- 03** Reunir material necessário para o exame;
- 04** Higienizar as mãos (POP 42);
- 05** Verificar peso (POP 52) e altura (POP 59) e aferir pressão arterial (POP 12);
- 06** Posicionar paciente na maca, em decúbito lateral direito e membro superior esquerdo flexionado atrás da cabeça;
- 07** Retirar o excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir-se, se necessário;
- 08** Retirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30 em seguida, repor lençol de papel limpo;
- 09** Higienizar as mãos;
- 10** Devolver a documentação do paciente e orientá-lo a aguardar o laudo.
- 11** Entregar o laudo para paciente;
- 12** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

16.7 Observação

- O procedimento de ecocardiografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Realizar limpeza do transdutor microconvexo ao término de cada exame com

gaze, água e sabão.

16.8 Referências bibliográficas

Feigenbaum ecocardiografia / Harvey Feigenbaum, William F. Armstrong, Thomas Ryan ; traduzido por Lélis Borges de Couto. – Rio de Janeiro : Guanabara e Koogan, 2007

Graziano MU et al, **Eficácia da desinfecção com álcool 70% (p/v) de superfícies contaminadas sem limpeza prévia** .Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.21 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2013

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Livia Agy Loureiro - Coren/SP 186464 Priscila de Paula Marques - Coren/SP 245050	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 17 Auxílio à Eletroencefalografia em Vigília

17.1 Definição

Registro da atividade elétrica cerebral através da colocação de eletrodos superficiais no escalpe para detecção de possíveis anormalidades associadas à uma ampla gama de sinais e sintomas neurológicos.

17.2 Objetivo

Avaliar pacientes com fenômenos paroxísticos (epiléticos ou não).

Avaliar encefalopatias toxico-metabólicas, infecciosas e degenerativas (demências).

Classificar e seguir as varias modalidades de epilepsias.

17.3 Contraindicação

Relativas: seborreia excessiva, infecção de pele no couro cabeludo e pediculose.

17.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

17.5 Material

- Luvas;
- Fita métrica;
- Lápis para demarcar pontos dos eletrodos;
- pasta para EEG;
- espátula;
- separador de cabelos;
- papeis cortados para fixação dos eletrodos (lençol de papel);
- gaze;
- cuba rim;
- água morna;
- álcool 70%.

17.6 Descrição do procedimento

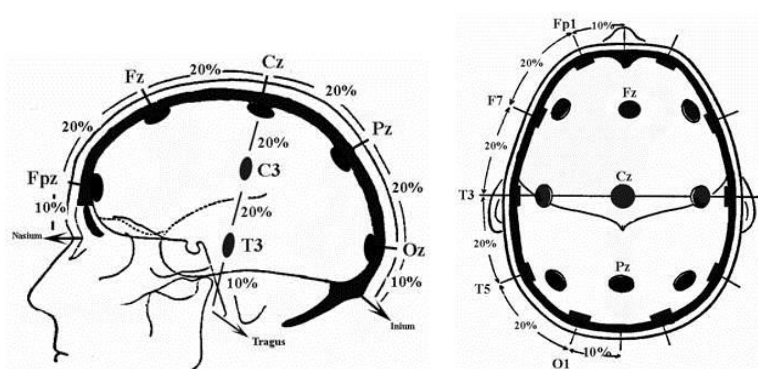
Ação de enfermagem

- 01** Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado (longa duração, necessita de cooperação, não mexer a cabeça, manter os olhos fechados), sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 02** Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;
- 03** Verificar se o paciente está com preparo necessário (cabelos limpos e secos).
- 04** Higienizar as mãos (POP 42);
- 05** Reunir material necessário para realização do procedimento;
- 06** Ajudar o paciente, se necessário, a subir na maca e deitá-lo.
- 07** Preencher o protocolo do exame EEG com seu respectivo número, entregá-lo ao paciente ou seu acompanhante, orientando quanto ao seu retorno.
- 08** Preencher no sistema a ficha do paciente, contendo nome completo, data de nascimento, numero do prontuário, numero do exame, nome do médico(a) solicitante e origem. No campo observação, anotar informações relevantes como: cicatriz cirúrgica e sua localização; afundamento de crânio; tremores espontâneos em membros e face.
- 09** Inspeccionar os cabelos do paciente quanto a umidade, gel, cremes ou pediculose. Caso não esteja em condições adequadas para realização do exame o mesmo deverá ser remarcado.

- 10 Iniciar a montagem dos eletrodos, utilizando-se o sistema 10-20 de colocação utilizando-se montagens mono e bipolares. Separar os cabelos e marcar com lápis específico os locais para aplicação de pasta condutora e respectivos eletrodos. O método utiliza quatro pontos padronizados: 1) raiz do nariz (*nasiun*), 2) protuberância occipital (*iniun*), ambos no mesmo plano sagital,
- 11 3) ponto pré-auricular (depressão na raiz do zigoma anteriormente ao *tragus*). Os pontos são encontrados utilizando 10 e 20 % das medidas encontradas.
- 12 Demarcar medidas ântero-posterior. Medir a distância entre o *nasiun* e *iniun* passando pelo vértex, na linha média. Cinco pontos são então marcados ao longo desta linha, designados como pólo frontal (Fp), frontal (F), central (C), parietal (P) e occipital (O).
- 13 Marcar o primeiro ponto (Fp) a 10 por cento da distância *násiun-íniun*, marcá-lo logo acima do *násiun*.
- 14 Marcar segundo ponto (F) a 20 por cento da mesma distância e marcá-lo acima do Fp.
- 15 Marcar os pontos central (C), parietal (P) e occipital (O), na linha média a cada 10 por cento da distância *násiun-íniun*. Todos esses pontos marcados na linha média são seguidos de “z” no nome do eletrodo (PGND, Fz, Cz, Pz).
- 16 Medir linha coronal central, da distância os pontos pré-auriculares, passando pelo ponto central já determinado com a medida ântero-posterior. Dez por cento desta medida acima do ponto pré-auricular, marcar o ponto temporal médio (T3, T4) e 20 por cento acima do temporal médio está o ponto central (C3, C4).
- 17 Marcar linha ântero-posterior passando agora sobre a região temporal, frontal e occipital, medindo-se a distância entre o ponto da linha média Fpz e o ponto occipital também da linha média, Oz, passando-se pelo ponto temporal já previamente determinado.
- 18 Marcar 10 por cento da medida, a partir da posição do Fpz, assim como a partir do ponto occipital da linha média Oz.
- 19 Desta forma, marcar outros dois pontos “Fp” (1 e 2), um à direita e outro à esquerda e ainda dois outros pontos “O” (1 e 2), também um à direita e outro à esquerda. Os pontos temporal anterior e posterior (T5, T6) estão na posição 20 por cento da distância a partir dos pontos Fp e O determinados nesta linha.
- 20 Marcar pontos remanescentes, frontal (F3, F4, F7, F8) e médio parietal (P3 e P4) estão posicionados ao longo da linha coronal frontal e parietal respectivamente, eqüidistante entre a linha média e a linha temporal. Sendo que, os eletrodos ímpares ficam posicionados à esquerda e pares, a direita.
- 21 Ao iniciar o exame, verificar se as configurações estão corretas no sistema.
- 22 Fazer logo em seguida, na captação elétrica, o teste de impedância.
- 23 Com a luz apagada, pedir para o

- 24 paciente fechar os olhos.
- 25 Iniciar a gravação observando o traçado e o paciente, clicar “vigília”, após 30 seg. pedir para abrir os olhos.
- 26 Clicar “olhos abertos”, após 30 seg. pedir para o paciente fechar os olhos e clicar “olhos fechados”. Em seguida, o maior tempo em vigília, clicar “vigília”, observando o traçado. Sempre que necessário parar a gravação para recolocar ou trocar os eletrodos.
- 27 Observar se o paciente responde aos comandos verbais, orientá-lo antes de iniciar o estado de hiperventilação para que não haja deslocamento dos eletrodos. Solicitar que o paciente inspire e espire pela boca. Clicar hiperventilação.
- 28 Clicar estado de pós hiperpnéia, ao término de hiperventilação. Pedir para o paciente respirar normalmente.
- 29 Orientar paciente a manter os olhos fechados durante a fotoestimulação e em seguida clicar na opção flashestimulação.
- 30 Ao término da fotoestimulação, clicar pós flashestimulação.
- 31 Clicar também durante a gravação alguns eventos, bocejo, tosse, tremors espontâneos, sono espontâneo.
- 32 Ao término da gravação, pedir para o paciente abrir os olhos, acender a luz da sala, pegar a cuba rim contend água morna.
- 33 Tirar os eletrodos um a um, cuidadosamente, limpar a cabeça do paciente com gaze embebida em água morna e após gaze seca, removendo toda a pasta restante. Limpar também os eletrodos com gaze e água morna e secar com gaze seca.
- 34 31 Pedir para o paciente sentar, observar possível tontura, ajudar a descer da maca, se necessário, e se estiver bem dispensá-lo.
- 35 Retirar lençol de papel, realizar limpeza da maca com álcool 70%, repor lençol de papel limpo;
- 36 Higienizar as mãos;
- 37 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

17.7 Observação



17.8 Referências bibliográficas

<http://www.abc.gov.br> acesso em 27 de janeiro de 2014

American Electroencephalographic Society. **Guideline twelve: guidelines for long-term monitoring for epilepsy.** J Clin Neurophysiol, 11(1):88-110, 1994.

Berger H. Ueber das Elektroenkephalogramm des Menschen. Archiv Psychiatr Nervenkr 1929, 87:527-570.

Jasper HH. The ten-twenty electrode system of the international federation.

Electroenceph Clin Neurophysiol 1958;10:370-375.

Morris III H, Lüders H. Electrodes. In: Gotman J, Ives JR, Gloor P. (eds).

Electroenceph Clin Neurophysiol 1985;(Suppl. 37):3-26.

Garzon E. Conventional EEG – **The 10/20 system and the rationale for the use of the 10/10 system in:**

http://www.lasse.med.br/mat_didatico/lasse1/textos/eliana03.html Último acesso 30/11/2015.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Livia Agy Loureiro - Coren/SP 186464 Marli Justina dos Santos Gomes - Coren/SP 316041	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 18 Auxílio a Eletroneuromiografia

18.1 Definição

Método de estudo neurofisiológico usado no diagnóstico e prognóstico de lesões do sistema nervoso periférico.

18.2 Objetivo

Localizar lesão no sistema nervoso periférico, prover informações sobre fisiopatologia da lesão, avaliar grau de comprometimento e o curso temporal da lesão.

18.3 Contraindicação

O exame está contraindicado em pacientes com marcapasso, cateter intracardíaco, plaquetopenia abaixo de 50.000/mm, uso de anticoagulante e medicamentos anticolinesterásicos, pele com solução de continuidade e erisipela.

18.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

18.5 Material

- Luvas;
- Gel;
- Lençol (se necessário);
- Avental (se necessário);
- Eletrodos para eletroneuromiografia;
- Álcool 70%;
- Gaze;
- Esparradrapo microporoso.

18.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 02** Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;
- 03** Higienizar as mãos (POP 42);
- 04** Reunir material necessário para realização do procedimento;
- 05** Posicionar o paciente conforme exame a ser realizado, preservando sua privacidade;
- 06** Retirar excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir-se, se necessário;
- 07** Realizar curativo oclusivo, se algum ponto permanecer sangramento;
- 08** Retirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30 segundos. Em seguida repor lençol de papel limpo; R
- 09** Higienizar as mãos;
- 10** Devolver a documentação e orientar paciente a aguardar o laudo;
- 11** Entregar o laudo para paciente;
- 12** Desprezar perfuro-cortantes no descartpack, se restar algum;
- 13** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

18.7 Observação

O procedimento de eletroneuromiografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.

18.8

18.9 Referências bibliográficas

Graziano MU et al, **Eficácia da desinfecção com álcool 70% (p/v) de superfícies contaminadas sem limpeza prévia.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.21 no.2
Ribeirão Preto Mar./Apr. 2013

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Livia Agy Loureiro - Coren/SP 186464 Luciana Sereno S. Gonçalves- Coren/SP 72141	Rosana Aparecida Garcia - COREN/SP 72.902

POP 19 Auxílio de PAAF (Punção Aspirativa por Agulha Fina) de Mama Guiado por Ultrassom

19.1 Definição:

A punção aspirativa com agulha fina é um procedimento médico, sendo um método diagnóstico inicial na avaliação de doenças mamárias. A equipe de enfermagem realiza o preparo da sala pré e pós-procedimento ambulatorial e auxilia o médico durante realização do exame.

19.2 Objetivo:

A punção aspirativa com agulha fina ou PAAF é um procedimento simples no qual se introduz uma agulha muito fina na lesão da mama a ser avaliada. Através de aspiração, são retiradas algumas células que serão analisadas no microscópio. O procedimento é realizado com anestesia e guiado por ecografia.

19.3 Contra-indicação:

Em alguns pacientes que estão fazendo uso de anticoagulantes ou de aspirina, pode ser necessária a suspensão desses medicamentos alguns dias antes para se evitar sangramento.

19.4 Executante:

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

19.5 Material:

- Agulha 40x12.
- Álcool a 70%.
- Avental para paciente
- Bisturi de cloridrato de lidocaína geléia à 2%.
- Caixa térmica.
- Esparadrapo
- Gazes estéreis.
- Lâminas.
- Lápis.
- Lençol.
- Livro de registro de exames.
- Luvas de procedimento.
- Máscara cirúrgica.
- Micropore.
- Óculos de proteção.
- Seringa de 20 ml.

19.6 Descrição do procedimento:

Ação de enfermagem

- 01** Reunir material necessário para realização do procedimento.
- 02** Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se, acolher e orientar paciente sobre o procedimento e aplicar o termo de consentimento do exame, orientando o paciente a esclarecer possíveis dúvidas com o médico executante.
- 03** Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores.
- 04** Higienizar as mãos (POP 42);
- 05** Encaminhar o paciente para troca de roupa e oferecer avental.
- 06** Posicionar o paciente de acordo com o procedimento na maca.

- 07 Oferecer material necessário para o médico durante a realização do exame.
- 08 Recolher a seringa com material colhido, identificá-la com data da coleta, nome paciente, nome da mãe, número de prontuário, médico, data de nascimento e unidade de saúde.
- 09 Realizar curativo compressivo ao término do procedimento e orientar paciente quanto a retirada do mesmo.
- 10 Higienizar as mãos;
- 11 Registrar em livro de controle (número do prontuário, nome do paciente, data de nascimento, data da coleta, telefone, nome do médico solicitante, unidade de origem, local aspirado).
- 12 Registrar em memorando (duas vias) os dados do paciente e procedimento realizado.
- 13 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame e retorno médico.
- 14 Organizar sala após procedimentos, atentando para o descarte de material perfurocortante.
- 15 Acondicionar as seringas identificadas em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

19.7 Observações:

Este procedimento é executado pelo médico, sendo necessário o auxílio do profissional de enfermagem para realização do procedimento ambulatorial.

19.8 Referências Bibliográficas:

Manual de preparo para exames e procedimentos ambulatoriais. Guia Rápido. Limeira. Versão 2.0. Dez 2012.

PAAF de Mama. Disponível em: www.mamaimagem.com.br. Acesso em: 04 Fev 2014

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Regiane Freitas Alves - Coren/SP 322510 Rosalina Aparecida Menegão - Coren/SP 0210317 Ana Carolina F. Moreira - Coren/SP 323329 Camila Monteiro G. Dias Silva Coren/SP 242835	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 20 Auxílio de PAAF (Punção Aspirativa por Agulha Fina) de Tireóide guiado por ultrassom

20.1. Definição:

A punção aspirativa com agulha fina é um procedimento médico, sendo um método diagnóstico inicial na avaliação da doença nodular da tireóide. A equipe de enfermagem realiza o preparo da sala pré e pós procedimento ambulatorial e auxilia o médico durante realização do exame.

19.9 Objetivo:

A punção aspirativa com agulha fina ou PAAF é um procedimento simples no qual se introduz uma agulha muito fina no nódulo de tireoide que se quer avaliar. Através de aspiração, são retiradas algumas células que serão analisadas no microscópio. O procedimento é realizado com anestesia e guiado por ecografia.

19.10 Contra-indicação

Em alguns pacientes que estão fazendo uso de anticoagulantes ou de aspirina, pode ser necessária a suspensão desses medicamentos alguns dias antes para se evitar sangramento.

19.11 Executante:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem

19.12 Material:

Luvas de procedimento;

- Gazes estéreis;
- Óculos de proteção;
- Bismar de cloridrato de lidocaína geléia à 2%;
- Máscara cirúrgica;
- Álcool a 70%;
- Lâminas;
- Agulha 30x8
- Seringa de 20 ml
- Frasco porta lâminas de plástico contendo álcool à 70%;
- Lápis;
- Caixa térmica;
- Livro de registro de exames.

19.13 Descrição do procedimento:

Ação de enfermagem

- 01** Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se ao paciente acolhendo o paciente e responsável com atenção.
- 02** Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores.
- 03** 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, identificação do profissional solicitante (nome, número do registro e carimbo).
- 04** Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado e aplicar o termo de consentimento do exame, orientando o paciente a esclarecer possíveis dúvidas com o médico executante.
- 05** Posicionar paciente em maca.
- 06** Oferecer material necessário para o médico durante a realização do exame.

- 07 Expor as lâminas em área plana identificadas a lápis com as iniciais do paciente e local a ser aspirado.
- 08 Acondicionar as lâminas em frascos apropriados, contendo álcool à 70%, previamente identificados com uma etiqueta contendo: nome completo do paciente, data de nascimento, sexo, nº do prontuário, nome da mãe, local aspirado, médico que realizou o procedimento, nome da unidade e data.
- 09 Registrar em livro de controle (número do prontuário, nome do paciente, data de nascimento, data da coleta, telefone, nome do médico solicitante, unidade de origem, local aspirado e quantidade de frascos).
- 10 Registrar em memorando (3 vias) os dados do paciente e procedimento realizado.
- 11 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame e retorno médico.
- 12 Organizar sala após procedimentos, atentando para o descarte de material perfurocortante.
- 13 Acondicionar os frascos identificados em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

19.14 Observações:

Este procedimento é executado pelo médico, sendo necessário o auxílio do profissional de enfermagem para realização do procedimento ambulatorial.

19.15 Referências Bibliográficas:

Yokozawa, Tamotsu. **Câncer da tireóide detectado pela punção aspirativa por agulha fina guiada pelo ultra-som.** *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 1998, vol.42, n.4, pp. 296-298.

Nódulos de Tireóide e Câncer Diferenciado de Tireóide: Consenso Brasileiro. *Arq Bras Endocrinol Metab* 51(5):867-893, 2007.

Recommendations of the latinamerican thyroid society on diagnosis and management of differentiated thyroid cancer, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Ana Carolina F. Moreira - Coren/SP 323329 Camila Monteiro Gonçalves Dias Silva Coren/SP 242835 Freitas Alves Coren/SP 322510 Rosalina Aparecida Menegão Coren/SP 0210317	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 21 Auxílio de Teste Ergométrico

21. Definição

Método diagnóstico de doenças cardiovasculares, de determinação prognóstica, avaliação da resposta terapêutica, da tolerância ao esforço e de sintomas compatíveis com arritmias ao exercício.

21. Objetivo

Avaliar resposta clínica, hemodinâmica, autonômica, eletrocardiográfica, metabólica e, eventualmente, ventilatória ao exercício.

21.1 Contraindicação

Gerais: embolia pulmonar; enfermidade aguda, febril ou grave; limitação física ou psicológica; intoxicação medicamentosa; distúrbio hidroeletrólitos e metabólicos não corrigidos.

Relativas: Dor torácica aguda; estenoses valvares moderadas e graves; insuficiências valvares graves; taquiarritmias e arritmias ventriculares complexas; afecções não cardíacas capazes de agravamento pelo TE.

Contraindicações de alto risco: IAM não complicado; angina estável estabilizada; lesão conhecida e tratada de tronco de coronária esquerda ou equivalente; arritmias ventriculares complexas; arritmias com repercussões clínicas e hemodinâmicas sob controle; síncope por provável etiologia arritmogênica ou bloqueio atrioventricular de alto grau; presença de desfibrilador implantado; insuficiência cardíaca compensada Classe Funcional III (NYHA); lesões valvares estenóticas moderadas e graves em indivíduos assintomáticos e nas insuficiências valvares graves; hipertensão pulmonar; cardiomiopatia hipertrófica não obstrutiva; insuficiência respiratória, renal ou hepática.

21. 3 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

21.4 Material

- Luvas;
- Esfigmomanômetro,
- Estetoscópio;
- Álcool 70%;
- Gaze;
- Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário);
- Cuba rim;
- Eletrodo descartável;
- Avental (se necessário).

21.5 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Conferir lacre do carrinho de urgência
- 02** Verificar funcionamento da balança
- 03** Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;

- 04 Orientar paciente a ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, caso esteja de acordo com a realização do exame. Em caso de impossibilidade de leitura pelo paciente, ler e explicar o termo para paciente e carimbar a impressão digital;
- 05 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente. Paciente deve estar usando roupas confortáveis que não limitem movimentos, mulheres devem estar vestindo top ou sutiã, homens devem estar com o tórax tricotomizado (caso não estejam, proceder com a tricotomização), deve estar calçando tênis ou sapato confortável. Verificar se ingeriu refeição leve, deve estar portando receita de medicação em uso;
- 06 Conferir preparo específico com paciente;
- 07 Orientar o paciente quanto ao procedimento, aferir pressão arterial (POP 12), pesar (POP 51) e medir estatura (POP 48).
- 08 Registrar os dados e apresentá-los ao cardiologista, juntamente com a receita para confirmar a realização do exame.
- 09 Reunir material necessário para o exame;
- 10 Higienizar as mãos (POP 42);
- 11 Se exame confirmado, oferecer avental e limpar com gaze e álcool 70% os locais onde serão colados os eletrodos. Se necessário, realizar tricotomia do tórax;
- 12 Monitorizar paciente com eletrodos nas seguintes localizações:
 - (RA) na região acrômio-clavicular D,
 - (LA) na região acrômio-clavicular E,
 - (RL) em crista ilíaca D,
 - (LL) em crista ilíaca E,
 - (V1) no 2º espaço intercostal a D,
 - (V2) no 2º espaço intercostal a E,
 - (V3) entre V2 e V4,
 - (V4) na linha hemiclavicular no 3º espaço intercostal,
 - (V5) na linha axilar anterior no 3º espaço intercostal, e
 - (V6) na linha axilar média no 3º espaço intercostal.
- 13 Auxiliar paciente a subir na esteira, posicionando o manguito no braço esquerdo, preferencialmente.
- 14 Acompanhar exame para auxiliar em eventuais intercorrências;
- 15 Ao término do exame, retirar o manguito do braço do paciente, auxiliar paciente a descer da esteira.
- 16 Encaminhar o paciente para se vestir, devolver a documentação e orientar paciente a aguardar o laudo.
- 17 Higienizar as mãos;
- 18 Entregar o laudo para paciente;
- 19 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

21.6 Observação

- Procedimento é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Antes de iniciar os exames, em cada plantão, realizar teste operacional do desfibrilador da seguinte forma:
- Ligar o botão 1 em Lig Monitorizar, selecionar o botão “menu” abaixo da tela, selecionar “outros”, selecionar “teste operacional”.
- Surgirá na tela um aviso de que está saindo do modo de funcionamento normal, selecionar “aceitar”.
- Aparelho entrará no **módulo de Teste Operacional**, em seguida girar o botão 1 até 150J, e o teste será iniciado.

- Verificar se o **módulo de teste** está conectado. Quando solicitado pressionar o botão 2 Carregar.
- Quando solicitado pressionar o botão 3 Choque. Em seguida o teste será finalizado.
- Quando o teste for finalizado pressionar o botão que indica Imprimir Teste Operacional.
- Assinar o teste impresso e arquivar na pasta de Testes Operacionais.
- Desligar o desfibrilador, mantendo-o sempre ligado na tomada.

a. **Referências bibliográficas**

Meneghelo RS, Araújo CGS, Stein R, Mastrocolla LE, Albuquerque PF, Serra SM ET AL/ Sociedade Brasileira de Cardiologia. **III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Teste Ergométrico**. Arq Brás Cardiol 2010; 95(5 supl.1); 1-26

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Valeria Cristina Jodjahn Figueiredo - Coren/SP 61341 Livia Agy Loureiro - Coren/SP 186464 Rosimeire T. Tavoni Furlan - Coren/SP 32487	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 22 Auxílio a Ultrassonografia

22.1 Definição

Método de exame de imagem que utiliza ondas sonoras de alta frequência, os quais após atravessarem os tecidos dos órgãos estudados, retornam em forma de ecos fornecendo imagens instantâneas durante o procedimento.

22.2 Objetivo

Avaliar órgãos e estruturas internas do corpo humano .

22.3 Contraindicação

Não há contraindicação absoluta para realização deste procedimento. Existem contraindicações relativas pertinentes a cada tipo de exame. Porém, sugere-se evitar a ultrassonografia em pacientes com febre, processo inflamatório no local do exame, transvaginal no período menstrual, e exame com Doppler no primeiro trimestre gestacional. Por questões legais, não se pratica ultrassonografia transvaginal em pacientes virgens.

22.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

22.5 Material

- Luvas;
- Gel para ultrassonografia;
- Lençol (se necessário);
- Avental (se necessário);
- Preservativo sem lubrificante (para exame transvaginal);
- Álcool 70%.

22.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

1. Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
2. Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;
3. Conferir se o paciente fez preparo específico para cada tipo de exame;
4. Reunir material necessário para o exame;
5. Higienizar as mãos (POP 42);
6. Posicionar paciente conforme exame a ser realizado, preservando sua privacidade.
7. Retirar o excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir-se, se necessário;
8. Retirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30 segundos, repor lençol de papel limpo;
9. Higienizar as mãos;
10. Devolver a documentação do paciente e orientá-lo a aguardar o laudo.
11. Entregar o laudo para paciente;
12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

22.7 Observação

- Procedimento de ultrassonografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Realizar limpeza dos transdutores linear e convexo ao término de cada exame com gaze, água e sabão, e do transdutor endocavitário, com gaze, água e sabão, e após friccionar com álcool 70% por 30 segundos.

22.8 Referências bibliográficas

RUMACK, SR . CHABONEAU, W.J . **Tratado de Ultrassonografia Diagnóstica**

[tradução Vilma Ribeiro de Souza Varga..et al – Rio de Janeiro : Elsevier, 2006

MASSELLI, IB; WU, DSK. **Manual básico de ultrassonografia** / Ivan Barraviera Masselli; PINHEIRO, ANDRADE, HA. Departamento de Diagnóstico por Imagem da UNIFESP, 2013.

GREAZIANO, MU et al, Eficácia da desinfecção com álcool 70% (p/v) de superfícies contaminadas sem limpeza prévia . Rev. Latino-Am.Enfermagem vol.21 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2013

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Livia Agy Loureiro - Coren/SP 186464 Imaculada C. S. Ribeiro - Coren/SP 53475	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 23 Baciloscopia de Hanseníase

23.1 Definição:

Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar o diagnóstico e tratamento.

23.2 Objetivo:

Realizar coleta de linfa cutânea para diagnóstico e tratamento da Hanseníase.

23.3 Contra-indicação:

Não se aplica.

23.4 Executante:

Enfermeiro Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

23.5 Material:

- Algodão hidrófilo;
- Avental/Jaleco;
- Álcool 70°GL ou 70%;
- Espadrapo ou bandagem antisséptica;
- Fósforo;
- Garrote;
- Gaze não estéril;
- Lâmina de vidro para microscopia;
- Lamparina a álcool 90°GL ou bico de Bunsen;
- Lâmina de bisturi nº 15 ou bisturi descartável;
- Lápis comum;
- Livro-registro para controle de exames realizados;
- Luvas de procedimento;
- Máscara;
- Óculos;
- Pinça Kelly curva ou reta para fazer isquemia no local da incisão;
- Porta-lâminas de plástico para o transporte da amostra;
- Recipiente para descarte do material utilizado.

23.6 Descrição do procedimento:

01 Ação de enfermagem

- 02 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e acolher o paciente com atenção.
- 03 Receber a guia de requisição de exames.
- 04 Verificar os sítios de coleta indicados na solicitação médica.
- 05 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).
- 06 Explicar o procedimento que será realizado.
- 07 Identificar a lâmina com as iniciais do nome do paciente, o número de registro da unidade e data da coleta.
- 08 Higienizar as mãos (POP 42);
- 09 Calçar as luvas de procedimento.
- 10 No momento de cada coleta realizar antisepsia com álcool a 70°GL ou 70%, dos sítios indicados na solicitação médica.

- 11 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.
- 12 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.
- 13 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.
- 14 O primeiro esfregaço deverá ser colocado na extremidade mais próxima da identificação do paciente (parte fosca).
- 15 Fazer curativo compressivo nos sítios de coleta.
- 16 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.
- 17 Após a fixação, acondicionar as lâminas em porta-lâminas de plástico.
- 18 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.
- 19 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos.
- 20 Registrar em livro-controle data da coleta, os dados do paciente e os exames solicitados, colocando o número da etiqueta controle.
- 21 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame.

23.7 Observações:

- 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.
- Se não houver porta-lâminas de plástico disponíveis pode-se colocar palitos de fósforo entre as lâminas para não haver o contato das mesmas e embrulhar o material com papel alumínio.

23.8 Referências Bibliográficas:

Prefeitura Municipal de Campinas, Secretaria Municipal de Saúde. **Padronização da Fase Pré-analítica das Análises Laboratoriais nas Unidades Básicas da Rede Municipal de Saúde de Campinas**”. Laboratório Municipal de Patologia Clínica. pg. 68, ano 2010/2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Procedimentos Técnicos: Baciloscopia em Hanseníase**. Pg 15 a 20, ano 2010.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Regiane Freitas Alves - Coren/SP 322510 Carla Pinheiro Cagliari Coren/SP 0245915 Ednilce F. Santos - Coren/SP 050086 Camila Monteiro G. Dias Silva - Coren/SP 242835	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 24 Bota de Unna

24.1 Definição

É uma bandagem de algodão umedecida e não aderente, impregnada principalmente de óxido de zinco, glicerina, óleo de castor ou mineral, utilizada para a realização de terapia compressiva inelástica em MMII.

24.2 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.

24.3 Contraindicação

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

24.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

24.5 Material

- Mesa auxiliar ou bandeja;
- Bacia/cuba, se necessário;
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly;
- Cabo e lâmina de bisturi (se necessário);
- Tesoura;
- Pacote de gazes esterilizadas
- Atadura de rayon estéril (se necessário)
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente
- Agulha 25x12 ou 40x12;
- Sabão neutro
- Luvas de procedimento e/ou estéril;
- Esparadrapo;
- Atadura de crepe;
- Espátula (se necessário)
- Bota de Unna
- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;
- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário
- Papel Toalha ou gaze

24.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

1. Conferir a prescrição;
2. Higienizar as mãos (POP 42);
3. Reunir o material;
4. Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas 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. Mensurar com fita métrica a circunferência da panturrilha e tornozelo e registrar;
11. 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 ou papel toalha.
12. Trocar luvas de procedimento
13. Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%.
14. Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9% e se necessário utilizar de desbridamento instrumental conservador (POP 37).
15. Utilizar o produto/cobertura adequado (POP 56);
16. Iniciar pelos artelhos, aplicando progressivamente até a tuberosidade tibial. Realizar até 3 voltas próximas aos dedos dos pés.
17. Cruzar a faixa em sentido diagonal no dorso do pé.
18. Após realizar até três vezes o enfaixamento em oito no tornozelo, seguir cobrindo o calcanhar, podendo enfaixar até duas voltas na região do calcâneo.
19. 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.
20. Ao chegar à altura da panturrilha, manter a perna apoiada, de modo que esta musculatura fique relaxada.
21. Realizar enfaixamento em 8 (oito) até tuberosidade da tíbia, ou seja aproximadamente 2 (dois) dedos abaixo do joelho.
22. Colocar gazes/ chumaços por cima da bota, no local da lesão. Enfaixar com ataduras de crepe no sentido distal proximal
23. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
24. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
25. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
26. Registrar o procedimento em planilha de produção;
27. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

24.7 Observação

- *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.
- A indicação da Bota de Unna é realizada por médicos e enfermeiros capacitados.
- 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 hs 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.

24.8 Referências bibliográficas

PARECER TÉCNICO COREN-SP 007/2013: **Competência e capacitação para realização de curativo bota de Unna**. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamento de Feridas. Campinas/SP** 2006

RIBEIRÃO PRETO. SMS. **Manual de Assistência Integral às Pessoas com Feridas**, 2011.

JORGE S.A; DANTAS S.R.P.E. **Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas**, 2003

BRIZZIO, E. **Bandagens e técnicas de aplicação**. Rio de Janeiro: Ed. Rúbio, 2009

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas**, 2010.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Shirley Ruriko da Silveira - Coren 44822-SP Regina Grimaldi de Oliveira. - Coren 68635 Cíntia Mastrocola Soubhia - Coren 30609 Julimar Fernandes de Oliveira - Coren: 230997	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 25 Campanha de Vacinação

25.1 Definição

Determinação das normas e procedimentos necessários na organização e funcionamento das campanhas de vacinação.

25.2 Objetivo

- Organizar o processo de trabalho antes, durante e após a campanha de vacinação;
- Controlar a ocorrência de agravos preveníveis por vacinação;
- Garantir a máxima segurança na administração de imunobiológicos.

25.3 Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

25.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

25.5 Material

- Informe técnico da Campanha a ser realizada;
- Plano operativo (vide materiais do POP 74 – Vacinação);
- Mapa para registro da temperatura;
- Mapa de registro de doses aplicadas na campanha.
- Material informativo
- Impresso para registro da vacina administrada
- Cartão de vacina
- Adesivos de campanha
- Seringas
- Agulhas
- Caixas térmicas
- Termômetros digitais
- Bobina de gelo reutilizável
- Caixa de perfurocortante

25.6 Descrição do procedimento

Antes da Campanha

- 01 Preencher o plano operativo e enviar para a VISA de referência), fazendo previsão de insumos e materiais de acordo com a população alvo, recursos humanos devidamente atualizada para a escala de trabalho, postos volantes conforme necessidade territorial;
- 02 Realizar reunião com a equipe de enfermagem, orientando os fluxos e atualizando quanto aos procedimentos e eventuais mudanças;
- 03 Organizar a escala de trabalho para o período da campanha, garantindo que os funcionários que participarão da campanha passem por reunião prévia de atualização.
- 04 Organizar a equipe de postos fixos e volante, observando que os postos volantes podem funcionar por meio período, a critério do planejamento prévio feito na Unidade;
- 05 Divulgar com antecedência na região, o dia, horário de funcionamento e local dos postos de vacinação;
- 06 Na véspera da campanha, separar e organizar todo o material a ser utilizado, identificando por posto de vacinação.

Durante a campanha

- 01 Reunir a equipe e para distribuir o material e dar as últimas instruções; assegurando

que a equipe de trabalho esteja completa e que tenha os insumos necessários;

- 02** Preparar as caixas térmicas segundo procedimento padrão para rede de frio, realizando a ambientação dos gelos reutilizáveis;
- 03** Verificar a temperatura das caixas térmicas durante TODO o período da campanha e registrar em impresso próprio a cada 3h;
- 04** Supervisionar as técnicas e procedimentos de administração da vacina, qualidade do registro, condições da rede de frio e descarte dos resíduos (Enfermeiro);
- 05** Consolidar as informações (doses aplicadas nos grupos específicos, perdas eventuais e intercorrências) e enviar o consolidado de campanha para o coordenador da campanha da VISA de referência (email, fax, telefone), no horário pré estabelecido.

Após a campanha

- 01** Realizar reunião com os participantes da Campanha, avaliando as estratégias utilizadas, problemas ocorridos, propostas para novas campanhas.
- 02** Encaminhar as dos dados da campanha de vacina, à VISA de referência, avaliando cobertura vacinal e definindo estratégias para atingir metas em próximas campanhas.

25.7 Pressuposto Básico

Planejamento das doses de vacina necessárias para campanha: considerar a população a ser vacinada somando um percentual de 20% para perdas eventuais.

- **Postos fixos e volantes:** A localização dos postos de vacina, a divulgação dos locais e cumprimento dos horários de funcionamento devem ser estratégicos para o alcance das metas.
- **Escala de trabalho:** a escala de funcionários para campanha não é um momento pontual. Deve ser preparada durante todo o ano, de forma a manter a equipe de Enfermagem atualizada em relação ao calendário vacinal e técnicas de aplicação, garantindo que para a Campanha sejam escalados funcionários com conhecimentos e habilidades em sala de vacina.
- **Atualização da Equipe de Enfermagem que trabalhará na Campanha:** O Enfermeiro deverá registrar toda capacitação técnica ofertada aos funcionários que estiverem na sala de vacina e/ou que participarão de futuras campanhas de vacina.
- **Escala de Campanha:** estima-se os seguintes profissionais para compor cada equipe: um anotador, um preparador e um vacinador e, se necessário, um organizador de fila;
 - A escala do profissional que ficará na mesa como anotador deve ser feita por profissional de Enfermagem devidamente capacitado, pois determinará quais as vacinas que deverão ser aplicadas;
 - Ao organizar a escala de trabalho atentar-se para os funcionários que tenham restrições de trabalho de acordo com o relatório do serviço médico;
 - Respaldo técnico para ações coletivas: o dia “D” da Campanha de Vacinação é um momento diferente em relação aos processos de trabalho de rotina e por isto podem seguir a rotina de uma mesa que faz a leitura de carteira de vacina e de funcionários que aplicam a vacina, a critério dos funcionários envolvidos.
 - A preparação da vacina deve ser realizada no momento da aplicação.
 - Não é permitida a realização da aplicação de vacina preparada por outro profissional de Enfermagem. Sendo assim, a escala de enfermagem deve contemplar o rodízio entre preparadores que serão os aplicadores.
- **Papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS):** é imprescindível na avaliação de atrasos vacinais domiciliares e encaminhamentos para avaliação no Centro de Saúde. Este procedimento, no entanto, não pode ser confundido com a escala deste profissional na função de leitura de carteira na mesa de Campanha, sendo de responsabilidade do enfermeiro esta escala e as respectivas intercorrências.

- Os ACS poderão participar das campanhas de vacinação, conforme suas atribuições para orientação dos endereços, monitoramento rápido de cobertura, posto volante e vacinação domiciliar; como vacinador em campanha antirrábica quando capacitado; convocação da população alvo e divulgação da campanha, sempre sob supervisão do Enfermeiro.
- A função administrativa de digitação de planilhas das etapas e respectivo encaminhamento à VISA de referência estará sob responsabilidade do auxiliar administrativo.
- Usar de critérios ao solicitar as etapas que serão distribuídas conforme aprovação do plano operativo pela VISA de referência;
- Composto a equipe devemos ter um preparador e um aplicador, trabalhando em conjunto e respeitando o fluxo;
- As unidades de saúde deverão manter um arquivo com o registro do processo de organização das campanhas anteriores (plano operativo, equipe de trabalho, etapas, consolidado) para facilitar o processo de trabalho de campanhas posteriores.

14.8 Referências bibliográficas

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Campanha nacional de vacinação para eliminação da rubéola no Brasil**. 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem**. Campinas/SP 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/11/Manual-procedimentos-vacinacao-web.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica **Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação** – EAPV:

<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/10/manual-eventos-adversos-pos-vacina--ao-dez14-web.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica **Manual de Rede de frio do Programa Nacional de Imunizações**: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/manual-rede-frio.pdf>.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
20/09/2015	01	Milena Silveira de Pádua – Coren/SP: 301.451 Mariana Charantola Silva – Coren/SP: 154.624 Regina Conceição S. Guimarães – Coren/SP: 30.306 Andrea Aparecida Barbosa - Coren/SP - 121388	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 26 Cateterismo Vesical de Demora

26.1 Definição

É a introdução de uma sonda/cateter estéril e permanente da uretra até a bexiga com finalidade diagnóstica ou terapêutica.

26.2 Objetivo

- Controlar o volume urinário;
- Possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução.

26.3 Contraindicação

- Obstrução mecânica do canal uretral;
- Uretrite;
- Hipertrofia prostática (relativa – necessário avaliação médica).

26.4 Executante

Enfermeiro (privativo).

26.5 Material

- EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luva estéril);
- Biombo;
- Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antisepsia, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado);
- Sonda de Foley de calibre adequado;
- Sistema fechado de drenagem urinária estéril;
- Ampola de água destilada (quantidade para encher o balonete conforme discriminado na sonda);
- Agulha para aspiração;
- Seringa de 20ml sem luer lock;
- Lidocaína gel 2%;
- Fita adesiva (esparadrapo ou adesivo hipoalergênico);
- Gaze estéril se necessário;
- Solução de PVPI tópico;
- Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão).

26.6 Descrição do procedimento

Após realizar higiene íntima se necessário, com a finalidade de prevenir a contaminação por agentes microbianos, realizar os seguintes passos:

Ação de enfermagem

- 01** Checar a prescrição;
- 02** Reunir o material;
- 03** Higienizar as mãos (POP 42);
- 04** Chamar o paciente, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 05** Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- 06** Posicionar o paciente adequadamente;
- 07 - Sexo feminino:** decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os pés sobre o leito.
- 08 - Sexo masculino:** decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas.
- 09** Paramentar-se com os EPIs;
- 10** Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente, posicionando-o de forma a

- não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;
- 11 Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do paciente, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo;
 - 12 Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;
 - 13 Abrir a ampola de água destilada sobre a mesa de cabeceira do paciente;
 - 14 Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
 - 15 Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.
 - 16 - Sexo feminino: colocar a solução sobre a gaze estéril.
 - 17 -Sexo masculino: após calçar as luvas estéreis solicitar ajuda para colocar o gel dentro de uma seringa de 20ml;
 - 18 Calçar luvas estéreis (POP 73);
 - 19 Com auxílio de uma seringa de 20ml e uma agulha de aspiração, sem contaminar as mãos, aspirar água destilada necessária para insuflar o balonete conforme descrito na sonda de Foley e testá-lo, retirando a água após o teste e reservar a seringa com água no campo estéril;
 - 20 Adaptar a sonda de Foley na bolsa coletora (sistema fechado de drenagem esterilizado);
 - 21 Realizar a antisepsia da região genital, com auxílio da pinça, contaminando
 - 22 apenas a mão não dominante:
 - 23 Sexo masculino:**
 - 24 retraindo o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glândula. Manter a mão não dominante na posição durante todo procedimento;
 - 25 com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glândula. Repetir o procedimento três vezes.
 - 26 Sexo feminino:**
 - 27 com a mão não dominante, retraindo os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento;
 - 28 usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos e grandes lábios;
 - 29 Colocar o campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto;
 - 30 Lubrificar a sonda com lidocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;
 - 31 Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina.
 - 32- Quando paciente do sexo masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do paciente e introduzir a sonda até a bifurcação.
 - 33- Quando paciente do sexo feminino introduzir aproximadamente mais 10 centímetros, que garante que a sonda de Foley esteja posicionada após o esfíncter uretral;
 - 34 Insuflar o balonete com água destilada, observando o volume marcado na sonda, mantendo a extremidade distal da sonda no interior da bexiga;
 - 35 Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;
 - 36 Retirar o campo fenestrado sem desconectar o sistema fechado de drenagem;
 - 37 Fixar sonda na parte interna da coxa (sexo feminino) e área suprapúbica (sexo masculino). Evitar possível tensão no triângulo urogenital (sexo feminino) e tensão uretral na junção penescrotal (sexo masculino);
 - 38 Prender o coletor na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do funcionário;

- 39 Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
- 40 Desprezar os materiais perfuro- cortantes em recipiente adequado.
- 41 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 42 Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- 43 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 44 Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 45 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

26.7 Observação

- Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica (sondagem e retirada da sonda);
- Não há um intervalo ideal preconizado para a troca da sonda, mas recomenda-se a sua retirada precocemente;
- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;
- Manter o sistema de drenagem fechado, a não ser em situações específicas, como nas irrigações urinárias;
- Escolher sondas de menor calibre (12 a 16F) em adultos. Utilizar sondas de maior calibre (20 a 24 F) quando for passível a formação de coágulo;
- Trocar todo sistema de drenagem fechado quando ocorrer obstrução do cateter ou do tubo coletor, suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna do cateter, violação ou contaminação do cateter e/ou do sistema de drenagem e febre sem outra causa conhecida;
- Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e orientar o paciente a mantê-la nesta posição;
- Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga;
- Alternar os locais da fixação e trocar a fita adesiva a cada 24 horas;
- Manter o ponto distal de drenagem do coletor de urina suspenso, ou seja, sem que este encoste no solo.
- Realizar higiene íntima com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos duas vezes ao dia;
- Perguntar ao paciente se este apresenta alergia a látex, PVPI e/ou fita adesiva (micropore^R ou esparadrapo).
- Em caso de urgência, (bexigoma, infecções de urina, entre outras) a troca do CVD poderá ser delegada a profissional auxiliar/técnico de enfermagem devidamente capacitado.

26.8 Referências bibliográficas

- SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer nº 036/2012.** Realização de sondagem vesical intermitente por cuidador, 2012.
- SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer nº 022/2009.** Sondagem Vesical de demora no domicílio, 2009.
- SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer nº 022/2009.**
- POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem.** Campinas/SP, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção**

Básica. 2ª edição. São Paulo/ SP, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Cristiane da Rocha F. Dias - Coren/SP 120.740 Deise Duarte Santos Sousa - Coren/SP 250.719	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos Coren /SP 246362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 27 Cateterismo Vesical de Alívio

26.1 Definição

É a introdução de uma sonda/cateter estéril da uretra até a bexiga com finalidade diagnóstica ou terapêutica.

26.2 Objetivo

- Colher material para exame.
- Possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados.
- Inconscientes ou com obstrução.
- Esvaziar a bexiga em caso de retenção urinária.
- Mensurar débito urinário.

26.3 Contraindicação

- Obstrução mecânica do canal uretral.
- Uretrite.
- Hipertrofia prostática (relativa – necessário avaliação médica).

26.4 Executante

Enfermeiro.

26.5 Material

- EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção e luva estéril);
- Biombo;
- Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antissepsia, cuba, redonda gazes esterilizadas e campo fenestrado);
- Sonda uretral de alívio;
- Seringa de 20ml sem luer lock;
- Lidocaína gel 2%;
- Gaze estéril se necessário;
- Solução de PVPI tópico;
- Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão).

26.6 Descrição do procedimento

Após realizar higiene íntima se necessário, com a finalidade de prevenir a contaminação por agentes microbianos, realizar os seguintes passos:

Ação de enfermagem

- 01** Checar a prescrição;
- 02** Reunir o material;
- 03** Higienizar as mãos (POP 42);
- 04** Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 05** Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- 06** Posicionar o paciente adequadamente:
- 07 - Sexo feminino:** decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os
- 08** pés sobre o leito.
- 09 - Sexo masculino:** decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas.
- 10** Paramentar-se com os EPIs;
- 11** Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;
- 12** Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do paciente, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo;
- 13** Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa e gaze estéril) e adicioná-los ao

campo estéril com técnica asséptica;

- 14 Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
- 15 Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.
- 16 - **Sexo feminino:** colocar a solução sobre a gaze estéril.
- 17 - **Sexo masculino:** após calçar as luvas estéreis solicitar ajuda para colocar o gel dentro de uma seringa de 20ml;
- 18 Calçar luvas estéreis (POP 51);
- 19 Com auxílio da pinça, proceder antisepsia da região genital, contaminando apenas a mão não dominante:
- 20 **Sexo masculino:**
- 21 retraindo o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glândula. Manter a mão não dominante na posição durante todo procedimento.
- 22 com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glândula. Repetir o procedimento três vezes.
- 23 **Sexo feminino:**
- 24 com a mão não dominante, retraindo os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento.
- 25 usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos lábios e grandes lábios;
- 26 Colocar o Campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto;
- 27 Lubrificar a sonda com xilocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;
- 28 Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina;
- 29 Drenar a diurese na cuba rim, quando for realizar coleta de exames, colocar a urina no coletor próprio e após drenar a urina na cuba rim;
- 30 Retirar a sonda e o campo fenestrado;
- 31 Desprezar a urina no vaso sanitário;
- 32 Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
- 33 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde ;
- 34 Higienizar as mãos (POP 41);
- 35 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 36 Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- 37 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

26.7 Observação

- Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica;
- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;
- Escolher sonda que sejam adequadas ao diâmetro da uretra do paciente.

26.8 Referências bibliográficas

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

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

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

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

PUPULIM J.S.L.; SAWADA N.O., Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. In: **Revista Texto Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 36-44.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Bexiga Urinária: cateterismo intermitente**. Projeto Diretrizes. Brasília: ABM; CFM, 2008. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/12-Bexiga.pdf. Último acesso em: 26/12/2013.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Cristiane da Rocha Ferreira Dias Coren/SP 120.740 Deise Duarte Santos Sousa Coren/SP 250.719	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 28 Cauterização Umbilical

28.1 Definição

Aplicação de nitrato de prata para realizar cicatrização completa do coto umbilical.

28.2 Objetivo

Remover granuloma presente em região da cicatriz umbilical. O granuloma umbilical consiste em tecido de granulação de cor avermelhada resultante da persistência de pequena porção do cordão umbilical.

28.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

28.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

28.5 Material

- Luvas de procedimentos;
- Gazes;
- Álcool a 70%;
- Haste de algodão flexível (cotonete®);
- Bastão de nitrato de prata;
- AGE, óleo de amêndoa ou similar.

28.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01 Reunir o material;
- 02 Higienizar as mãos (POP 42);
- 03 Chamar o paciente/acompanhante, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 04 Encaminhar o bebê junto com a mãe ou responsável para um local privativo;
- 05 Calçar as luvas de procedimento;
- 06 Realizar limpeza da cicatriz umbilical, com haste de algodão embebida em álcool a 70%;
- 07 Proteger a pele ao redor da cicatriz umbilical com óleo;
- 08 Abrir a cicatriz umbilical, a fim de visualizar o granuloma;
- 09 Aproximar o bastão de nitrato de prata sobre o granuloma da cicatriz umbilical e aplicar por alguns segundos até ocorrer leve mudança na coloração. Trocar de região até passar por todo o coto umbilical;
- 10 Proteger o coto com uma gaze sem fixar, cobrir com a fralda;
- 11 Orientar a mãe ou responsável para realizar as trocas das fraldas normalmente e após o banho realizar a higienização do coto com álcool a 70%, sempre observando se o mesmo mantém-se seco;
- 12 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 13 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- 14 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 15 Registrar o procedimento em planilha de produção;
- 16 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

28.7 Observação

- Reavaliar diariamente e fazer aplicação uma vez ao dia até cicatrização completa por até três dias;
- Sempre observar presença de sinais flogísticos no local (hiperemia, calor,

dor, secreção). Em caso de qualquer alteração, solicitar avaliação do enfermeiro imediatamente.

28.8 Referências bibliográficas

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

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÁS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde**. Goiás /Goiânia, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo Clínico de Saúde da Criança**. Londrina. 1ª edição, 2006.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Tienne de Almeida A. Rampazzo - Coren/SP 213.414 Marisa Ferreira G.Machado - Coren/SP 45.813	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 29 Coleta de Citologia Oncótica (Papanicolaou)

29.1 Definição

O exame de prevenção pela técnica de Papanicolaou ou citologia oncótica, consiste na coleta e análise de material celular da cérvix uterina que permite a detecção de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas, vem sendo utilizado largamente, desde sua descoberta, em 1943. É um exame bastante aceito pela comunidade científica e de relevância para a Saúde Pública, por ser de baixo custo e fácil realização ⁽⁴⁾.

29.2 Objetivo

- Realizar coleta de citologia oncótica para rastreamento e diagnóstico de patologias cervicais e prevenção do câncer de colo uterino.
- Coletar material cervical (endocérvice e ectocérvice) de colo uterino.

29.3 Contraindicação

Observar sangramento vaginal expressivo e/ou menstruação. Em Serviços com acesso à citologia oncótica, colposcopia, biópsia, etc. o teste de Schiller perde sua importância. Gestantes não coletar material da endocérvice.

29.4 Executante

Enfermeiro

29.5 Material

- EPIs: óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Espéculo inoxidável estéril ou Espéculo descartável estéril;
- Lâmina de vidro com uma extremidade fosca para identificação;
- Espátula de Ayres;
- Escova cervical;
- Solução de fixação apropriada;
- Recipiente para acondicionamento das lâminas;
- Gaze;
- Pinça Cheron;
- Solução de Lugol;
- Formulário de Requisição do exame e de remessa de exames;
- Livro de registro;
- Lápis para identificação da lâmina;
- Camisola/Avental;
- Lençol.

29.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Chamar a paciente, confirmar o nome, apresentar-se, recepcionado -a.
- 02** Realizar anamnese e registrar em prontuário (DUM, data última coleta, idade, dentre outros);
- 03** Orientar a paciente quanto ao procedimento, apresentando os materiais que serão utilizados;
- 04** Preencher formulário de solicitação do exame;
- 05** Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite (iniciais do nome, FF e código do CS), colocando-a na mesa auxiliar, para receber o material coletado;
- 06** Oferecer camisola/avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando que retire toda a roupa, vista o avental com a abertura

- para frente e esvazie a bexiga;
- 07 Higienizar as mãos (POP 42);
 - 08 Solicitar à paciente que se deite sobre a mesa ginecológica, cobrindo-a com o lençol;
 - 09 Expor as mamas e realizar exame clínico das mamas, sempre explicando o procedimento;
 - 10 Em seguida auxiliar a paciente a se posicionar na mesa ginecológica adequadamente, para a coleta do exame citopatológico;
 - 11 Calçar as luvas de procedimento;
 - 12 Realizar o exame da região vulvar, anotando se houver lesões esbranquiçadas ou hipercrômicas, nódulos, verrugas e/ou feridas, lesões, pólipos, leucorréias;
 - 13 Escolher o espéculo adequado (vide observações);
 - 14 Introduzir o espéculo, na posição vertical, ligeiramente inclinado (15°), fazendo uma rotação de 90° mantendo-o em posição transversa de modo que a fenda do espéculo fique na posição horizontal;
 - 15 Abrir o espéculo lentamente e com delicadeza;
 - 16 Se ao visualizar o colo uterino houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça Cheron, sem esfregar, para não perder a qualidade da amostra;

Coleta Ectocervical

- 01 Encaixar a ponta mais longa da espátula de Ayres no orifício do colo, apoiando-a com firmeza, e com movimento rotativo de 360° ao redor de todo o orifício. Caso a amostra não tenha sido representativa repetir o movimento;
- 02 Estender o material ectocervical, dispondo-o no sentido vertical ou horizontal, ocupando 2/3 iniciais da parte transparente da lâmina, com movimento de cima para baixo, utilizando as duas laterais da espátula;

Coleta Endocervical

- 01 Utilize a escova de coleta endocervical, introduzindo-a delicadamente no canal cervical realizando movimento circular em 360° ;
- 02 Estender o material ocupando o 1/3 restante, rolando a escova de cima para baixo, em sentido único;

Teste de Schiller:

Preparar a pinça Cheron com uma gaze na ponta e embebê-la em solução iodada (Lugol), pressionar a gaze delicadamente contra o colo uterino e proceder à leitura do exame:

Positivo: quando a reação com o iodo for negativa, ou seja, quando não houver coloração do colo uterino. Resultado Alterado.

Negativo: quando houver fixação do iodo nas células e o colo se apresentar colorido após aplicação do lugol. Resultado Normal.

Fixação

- 01 Fixar o esfregaço imediatamente após a coleta, garantindo a manutenção das características originais das células, preservando-as do dessecamento (má-fixação) que impossibilita a leitura do exame.
- 02 São três as formas de fixação.

Polietilenoglicol (mais recomendada)

Pingar 3 ou 4 gotas da solução fixadora sobre o material, que deverá ser completamente coberto pelo líquido.

Deixar secar ao ar livre, em posição horizontal, até a formação de uma película

leitosa e opaca na sua superfície.

Álcool a 95%.

A lâmina com material deve ser submersa no álcool a 95%, em vidros de boca larga.

Propinilglicol

- 01** Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20cm. Fechar o espécuro, retirando-o delicadamente colocando em balde próprio;
- 02** Retirar as luvas e auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;
- 03** Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 04** Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- 05** Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 06** Registrar o procedimento em planilha de produção;
- 07** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

29.7 Observação

- Em condições normais deve ser realizado anualmente em mulheres de 25 a 64 anos (Ministério da Saúde).
- Os procedimentos de acondicionamento, conferência, preenchimento de lâminas, preenchimento de guia de remessa e envio ao Laboratório de Citologia podem ser realizados pelos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, tendo os seguintes cuidados:
 - a) As lâminas devem ser acondicionar as lâminas no recipiente próprio (caixa de madeira ou plástico) para transporte;
 - b) Conferir cada lâmina com o formulário de solicitação do exame;
 - c) Preencher a relação de remessa na mesma sequência das lâminas e das requisições;
 - d) Enviar as lâminas ao Laboratório de Citologia conforme rotina do serviço;
- Caso a visualização do colo não seja possível solicitar que a paciente tussa ou faça pequena força com o períneo.
- Não coletar de mulheres menstruadas: aguardar o 5º dia após término da menstruação.
- Não usar creme vaginal, ducha vaginal, ou ter relação sexual ou submeter-se a exames intravaginais (ex. ultrasson) dois dias antes do exame.
- Evitar lubrificar o espécuro com agente oleoso.
- Em mulheres idosas, com vagina ressecada recomenda-se molhar o espécuro com solução salina (SF 0,9%).
- Em paciente virgem, a coleta deverá ser realizada por profissional médico.
- Em paciente gestante ou com suspeita de gravidez realizar apenas coleta de material ectocervical.
- Realizar coleta em mulheres histerectomizadas desde que o colo uterino tenha sido preservado, caso não realizar coleta do fundo de saco apenas.
- Recomenda-se que os enfermeiros (homens) realizem o procedimento acompanhados por um profissional de enfermagem evitando a exposição do paciente e do profissional.
- **Tamanho do espécuro:**

Tamanho	Indicação
Pequeno	Mulheres jovens, sem parto vaginal, magras ou menopausadas;

Médio	Mulheres com IMC normal;
Grande	Múltiparas, Obesas.

29.8 Referências bibliográficas

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

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

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

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

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Priscilla Brandão B. Pegoraro - Coren/SP 184.203 Cristiane da Rocha F. Dias - Coren/SP 120.740 Edméia Ap. Nunes Duft - Coren/SP 52.754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos – COREN/SP 246362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 30 Coleta de Citologia Hormonal Única

30.1 Definição:

Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar o diagnóstico e tratamento.

30.2 Objetivo:

Avaliar a ação hormonal, por meio da leitura dos esfregaços com secreção vaginal para diagnóstico de telarca precoce.

30.3 Contra-indicação:

Não se aplica.

30.4 Executante:

Enfermeiro

30.5 Material:

- Luvas de procedimento;
- Óculos de proteção;
- Máscara cirúrgica;
- Álcool a 70%;
- Lâminas;
- Cotonetes;
- Frasco porta-lâminas de plástico;
- Lápis;
- Caixa térmica;
- Livro de registro de exames.

30.6 Descrição do procedimento:

Ação de enfermagem

01 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e acolher o paciente e responsável com atenção.

02 Receber a guia de requisição de exames.

03 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).

04 Identificar as lâminas com iniciais do nome e número do prontuário a lápis.

05 Identificar o frasco porta-lâmina com nome do paciente, número do prontuário e nome da unidade.

06 Orientar paciente e responsável quanto à coleta, posicionando a paciente na maca com auxílio do responsável.

07 Realizar a coleta de secreção vaginal, em introíto vaginal com cotonete.

08 Realizar esfregaço da secreção, em duas lâminas, em forma de Z e três esfregaços paralelos nos lados não fosco, acondicionando-as em frasco porta-lâminas preenchidos com álcool à 70%.

09 Orientar a responsável sobre o resultado do exame e retorno à consulta médica.

10 Registrar em livro de controle o número do prontuário, nome do paciente, data da coleta, nome do médico solicitante.

11 Acondicionar os frascos identificados em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

30.7 Observações:

Orientar a responsável pela criança no momento do agendamento do exame, para que a mesma não realize higiene íntima na criança 12 horas antes da coleta do exame.

30.8 Referências Bibliográficas:

1º Caderno de Coleta de Exames Laboratoriais - Secretaria Municipal da Saúde São Paulo, 2006.

Manual de Exames Laboratoriais – Instituto de Patologia Clínica – Campinas, São Paulo, 2010.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Ednilce F. Jesus Santos Coren/SP 050086 Camila Monteiro G. Dias Silva - Coren/SP 242835	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 31 Coleta de Exames Laboratoriais

31.1 Definição

Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar o diagnóstico e/ou tratamento em Unidades de Saúde descentralizadas ao Laboratório Municipal de Campinas.

31.2 Objetivo

Realizar exames laboratoriais para diagnóstico, monitoramento e tratamento de doenças.

31.3 Contraindicação

Distúrbios de coagulação.

31.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

31.5 Material

- EPIs
- Tubos para coleta de sangue à vácuo
- Kit estéril para urocultura
- Frasco preparador para exame parasitológico de fezes
- Kit não estéril para Urina I
- Frasco preparador para exame protoparasitológico de fezes.
- Caixa térmica azul com gelo reciclável congelado (para urina, fezes, baciloscopia, biópsias e outros exames. Cada tipo de material em uma caixa separada e devidamente identificada na parte externa).
- Caixa vermelha sem gelo reciclável (para hemoderivados.) os quais deverão ser separados em estantes pela cor da tampa.
- Gelo reciclável
- Caixa para descarte de material perfuro-cortante
- Livro de registro para controle de exames realizados.

31.6 Descrição do procedimento

- 01** Chamar o paciente pelo nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos;
- 02** Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução.
- 03** Solicitar documento com foto e conferir com o nome constante no exame.
- 04** Separar a guia de requisição de exames.
- 05** Verificar quais exames foram solicitados.
- 06** Solicitar ao paciente que assine o Termo de Consentimento para realização dos exames.
- 07** Verificar quais exames foram solicitados e se contém, quando necessário, os demais documentos anexados (SADT, SINAN, Filipeta, etc).
- 08** Verificar se os dados estão completos e igualmente descritos em todos os documentos, com letra legível respeitando os espaços dos quadrados do formulário, contendo os dados: nome completo do paciente (sem abreviaturas), sexo, data de nascimento, matrícula, dados completos do solicitante (nome, categoria profissional, número do conselho de classe, assinatura e carimbo), número do cartão SUS e data da solicitação do exame. Se for gestante, assinalar o campo gestante do Formulário.
- 09** Confirmar com o paciente se este encontra-se com o tempo de jejum adequado e

demaís preparos adequados para os exames solicitados (vide Manual do Laboratório Municipal);

- 10 Questionar sobre os medicamentos de uso contínuo do usuário, orientando-o a ingeri-los/administrá-los após a coleta de sangue, evitando sempre que possível ultrapassar o horário de costume.
- 11 Para os exames coletados em casa, checar se os frascos estão bem vedados e colocar nas respectivas caixas térmicas, as quais deverão estar com gelo reciclável congelado na quantidade padronizada (Vide versão atualizada do Manual de Coleta do Laboratório Municipal de Campinas) e devidamente fechada.
- 12 Identificar o(s) frasco(s) dos exames entregues pelo usuário (fezes e urina), com as etiquetas, de acordo com o tipo de exame.
- 13 Identificar a guia de requisição com a etiqueta controle;
- 14 Registrar em livro-controle: data da coleta, dados do paciente e discriminar os exames solicitados, colocando o número da etiqueta controle;
- 15 Acondicionar o material colhido em residência na caixa térmica indicada;
- 16 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame;
- 17 fornecer etiqueta com número do exame para controle;
- 18 Encaminhar o paciente à sala de coleta, quando necessário, de acordo com exames solicitados;
- 19 Deixar a guia de exames juntamente com as etiquetas e os tubos separados para proceder a coleta de sangue, de modo que o usuário não fique de posse desse material.

Na sala de coleta:

- 01 Chamar o paciente pelo seu nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos e apresentar-se cordialmente ao usuário ou ao responsável, no caso de incapaz e/ou menor de idade.
- 02 Conferir o nome do usuário, pedindo para que repita seu nome completo e apresente o documento com foto e conferir os exames solicitados e os tubos.
- 03 Posicionar o usuário para a coleta, sentado ou deitado, a depender das condições do indivíduo e da faixa etária.
- 04 Proceder ou orientar a coleta do exame solicitado (vide Manual do Laboratório Municipal de Campinas);
- 05 Higienizar as mãos utilizando água e sabão (POP 42) ou utilizar o álcool 70°(vide procedimento no Manual de coleta do Laboratório Municipal de Campinas).
- 06 Devidamente paramentado (EPIs), calçar as luvas de procedimento e fazer a escolha do local da punção.
- 07 Fazer a desinfecção do local escolhido com gaze ou algodão embebido em álcool a 70%, realizando um único movimento de dentro para fora. Aguardar o álcool secar naturalmente e não tocar o local da punção. Se o paciente estiver usando roupas de mangas longas dobradas, verificar se a manga está prendendo a circulação. Se for o caso, desdobrar a manga, afrouxando-a.
- 08 Abrir o material na frente do paciente. Realizar a quebra do lacre da agulha e conectá-la ao adaptador, certificando-se sempre de que o conjunto está bem acoplado.
- 09 Garrotear aproximadamente a uns 04 cm do local escolhido para punção, não ultrapassando o tempo de 1 minuto para não haver alteração nos resultados.
- 10 Retirar a proteção da agulha e, imediatamente, fazer a punção na veia escolhida. Segurar o dispositivo entre os dedos polegar e indicador da mão dominante, posicionando o bisel da agulha para cima. Fazer a punção numa angulação oblíqua de aproximadamente 30 °.
- 11 Inserir o tubo de coleta à vácuo mantendo o adaptador imóvel e quando o sangue

- começar a entrar no tubo, desgarrotear e pedir para que o usuário abra a mão.
- 12 Aguardar o total preenchimento do tubo para depois colocar o próximo e é essencial obedecer à sequência dos tubos preconizada pela CLSI: 1º tubo de tampa azul (Citrato / para Unidades autorizadas), 2º tubo de tampa amarela com Gel Ativador, 3º tubo de tampa roxa (EDTA) e por último, 4º tubo de tampa cinza (fluoreto de sódio/EDTA).
 - 13 Homogeneizar por inversão suavemente todos os tubos no mínimo oito vezes, inclusive o de tampa amarela e/ou vermelha. Uma inversão é contada após virar o tubo para baixo e retorná-lo a posição inicial.
 - 14 Retirar a agulha da veia acionando, imediatamente, o dispositivo de segurança da agulha, e colocando uma gaze ou algodão sobre o local e pedir para o paciente pressionar o local sem dobrar o braço.
 - 15 Descartar a agulha em caixa própria para resíduos perfurocortantes; separar o adaptador de agulha (canhão) para posterior higienização com hipoclorito 1% por 30 minutos.
 - 16 Após a coleta dos exames na presença do usuário, etiquetar os tubos corretamente.
 - 17 Mostrar ao usuário submetido ao exame e/ou seu responsável os tubos etiquetados buscando a confirmação de que todas as amostras de sangue estão corretamente identificadas.
 - 18 Realizar novamente a checagem e separação das guias de solicitação de exames e acondicionar em local que garanta sua integridade;
 - 19 Encaminhar ao Laboratório Municipal as guias de exames e os materiais coletados separados em caixas térmicas contendo gelo reciclável e acondicionados adequadamente;
 - 20 Registrar o procedimento em planilha de produção;
 - 21 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

31.7 Observação

- Não entregar para o usuário os tubos e/ou o pedido de exame enquanto ele aguarda ser chamado na sala de coleta.
- O descarte das etiquetas excedentes é de responsabilidade do profissional que coletou o exame.
- Recomenda-se um fluxo único para o procedimento de coleta e não dividido por equipes de referência.
- Recomenda-se arquivar as guias de solicitação de exames na Unidade, evitando assim que o usuário rasure a mesma.
- Recomenda-se que o profissional que coletou o exame assine e carimbe o formulário único.
- Orienta-se a registrar em livro de coleta quando o paciente trouxer a guia de exames em mãos, vinda de outro serviço (Policlínicas, Hospital Mario Gatti, etc).
- Para os usuários incapacitados de realizar coleta espontânea de urina, deve-se realizar Cateterismo Vesical de Alívio (POP 27).
- Para coleta de cada exame, e para orientar o paciente quando este for realizar coleta em residência ver descrição do procedimento no Manual das Unidades Básicas - COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS - 2010/2012 do Laboratório Municipal de Patologia Clínica de Campinas.
- Exames de DST/AIDS deverão ser realizados de acordo com a Portaria nº 77 MS/GM 12/01/2012.
- Exames de Microbiologia: Importante lembrar que amostras para exames de A fresco de Secreção vaginal-Grupo 13, Culturas em Geral (úlceras, Secreções de ferida, ocular e orofaringe)-Grupo 15 e Cultura de fezes –Grupo 16, DEVEM SER

ARMAZENADAS E TRANSPORTADAS AO LABORATÓRIO EM MALOTE SEM GELO, A TEMPERATURA AMBIENTE.

- RDC 302 (item 6.1.7): “A amostra deve ser identificada no momento da coleta ou da sua entrega quando coletada pelo paciente”. O descarte das etiquetas da cartela não utilizadas é de responsabilidade do profissional da coleta.
- Atenção: usar 01 adaptador de agulha por paciente a cada dia, realizando a desinfecção posteriormente.

31.8 Referência bibliográfica

BRASIL. Portaria nº77 MS/GM de 12/01/2012

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual das Unidades Básicas – Coleta de Exames Laboratoriais** 2010/2012. Campinas/SP, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DO PARANÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Procedimentos Operacionais Padrão para as Unidades Básicas de Saúde** – Colombo/PR, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Coleta de Exames Laboratoriais**. Campinas/SP, 2012.

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde, **1º Caderno de Coleta de Exames Laboratoriais**, SP. 2006.

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Fluxograma para coleta de sangue, 2015**

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Tienne de Almeida A. Rampazzo - Coren/SP 213.414	27/12/2013
11/01/2016	01	Chaúla Vizelli – COREN/SP 173.997 Cristiane Giacomelli da Costa – COREN/SP: 165.390 Débora Tresoldi Cerri – COREN/SP 90271 Marcio Vieira Carvalho - COREN/SP 127.548 Cláudia Zímaro C. Caiola CRF-SP:14.289	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 32 Coleta de Tempo de Protombina (punção digital)

32.1 Definição

Método de exame com amostra de sangue capilar onde mede-se o tempo de Protombina (PT). É apresentado em valores de RNI (Relação Normalizada Internacional), informação chave necessária para se escolher a dose mais correta do medicamento anticoagulante.

32.2 Objetivo

Obter em apenas o valor de RNI no prazo de 01 minuto.

32.3 Contraindicação

- Uso de álcool no local da punção capilar.
- Condições adversas (estados febris, diarreia, náuseas e vômitos).

32.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

32.5 Material

- Luva;
- Gaze;
- Lanceta;
- Tiras
- Aparelho do Coagucheck.

32.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Chamar o paciente e confirmar documento de identidade, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução.
- 02** Reunir o material apropriado para a técnica a ser realizada;
- 03** Higienizar as mãos (POP 42);
- 04** Posicionar o paciente na cadeira e avaliar o dedo que encontra-se em melhor condição para a punção capilar (sem lesões e com melhor perfusão periférica);
- 05** Calçar as luvas de procedimento;
- 06** Realizar a assepsia da região lateral do dedo escolhido.
- 07** Colocar a tira no aparelho;
- 08** Realizar a punção digital com lanceta e pressionar o dedo a fim de obter uma gota de sangue volumosa e depositá-la no local indicado na fita;
- 09** Limpar o local e orientar o paciente pressioná-lo por alguns instantes para parar o sangramento;
- 10** Aguardar a análise do aparelho e anotar o resultado no impresso disponível;
- 11** Retirar as luvas e desprezá-las em local adequado;
- 12** Informar o resultado ao paciente;
- 13** Registrar o resultado no pedido do exame e no livro de controle interno. Anotar o horário, assinar e carimbar;
- 14** Encaminhar o paciente para consulta médica;

32.7 Observação

As temperaturas elevadas influenciam na sensibilidade do aparelho.

32.8 Referências bibliográficas

Ramos, F. S; Holgado, J. S, et al. **Protocolo de Anticoagulação Oral.** SESCAM. DINA4. TO-1024-2 007.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
20/12/2015	01	Priscila de Paula M. COREN/SP 245050 Valéria Cristina J. Figueiredo - COREN/SP 6134	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 33 Coleta de PKU

33.1 Definição

Exame laboratorial realizado com a amostra de sangue coletado do recém-nascido (após 48 horas de vida e antes de 28 dias, preferencialmente entre o 3º e 5º dia), normalmente através de punção do calcanhar.

33.2 Objetivo

Diagnosticar precocemente doenças genéticas, endocrinológicas e metabólicas com sintomatologia inespecífica ou assintomática no período neonatal.

33.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

33.4 Executante

Enfermeiro, auxiliares/técnicos de Enfermagem.

33.5 Material

- Luvas de procedimento;
- Álcool a 70%;
- Gaze ou algodão;
- Lanceta;
- Papel filtro específico para coleta.

33.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Reunir o material;
- 02** Higienizar as mãos (POP 42);
- 03** Apresentar-se ao paciente/família e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 04** Preencher os formulários, livros de registros e cartão de coleta, checando todas as informações com a família;
- 05** Calçar as luvas de procedimento;
- 06** Solicitar ao responsável que permaneça em pé e segure a criança na posição vertical;
- 07** Realizar antissepsia no local;
- 08** Secar o excesso de álcool, evitando que haja diluição da amostra e hemólise;
- 09** Massagear suavemente o calcanhar da criança para ativar a circulação;
- 10** Segurar o pé e o tornozelo da criança, envolvendo com o dedo indicador e o polegar todo o calcanhar;
- 12** Puncionar, com movimento firme e contínuo, uma das laterais da região plantar do calcanhar;
- 13** Desprezar a primeira gota, evitando a interferência de outros fluidos teciduais nos resultados;
- 14** Encostar o verso do papel filtro na nova gota que se formar na região demarcada para a coleta e fazer movimentos circulares com o papel, até o preenchimento de todo o círculo.
- 15** Deixar o sangue fluir naturalmente e de maneira homogênea no papel;
- 16** Repetir o procedimento até preencher todos os círculos;
- 17** Colocar a criança deitada, após a coleta, e comprimir levemente o local da punção com algodão ou gaze;
- 18** Colocar a amostra para secar, em temperatura ambiente, na posição horizontal, por cerca de 3 horas;
- 19** Desprezar os materiais perfuro- cortantes em recipiente adequado.

- 20 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.;
- 21 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- 22 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 23 Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 24 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

33.7 Observação

- Não há necessidade de jejum da criança;
- Não preencher os espaços vazios dos círculos com pequenas gotas de sangue para completar a área total, pois proporciona sobreposição do sangue e interfere nos resultados;
- Caso necessário, faça uma nova punção para obter a gota adequada, que deverá ser próximo da primeira, nunca no mesmo local, utilizando nova lanceta;
- Não expor as amostras ao sol para evitar o ressecamento;
- 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) até que sejam enviados ao laboratório.

33.8 Referências bibliográficas

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília/DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 822**. junho de 2001.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli Coren/SP 173.997 Cristiane da Rocha F. Dias - Coren/SP 120.740.	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 34 Colocação de Colar Cervical

34.1 Definição

Selecionar e colocar o colar cervical de tamanho adequado, para a imobilização da coluna cervical de uma vítima de trauma e manutenção da tração e do alinhamento da cabeça e pescoço.

34.2 Objetivo

- Proteger a coluna cervical de compressão;
- Evitar o agravamento de possíveis lesões.

34.3 Contraindicação

- Objeto encravado no local de colocação do colar;
- Ferimento com sangramento intenso (fazer curativo compressivo antes da colocação do colar);
- Se a movimentação cuidadosa da cabeça e do pescoço em direção a uma posição alinhada e neutra provocar qualquer uma das seguintes reações, devendo ser imediatamente interrompida:
 - Resistência ao movimento;
 - Espasmos dos músculos do pescoço;
 - Aumento da dor;
 - Início ou aumento de déficit neurológico (como adormecimento, formigamento ou perda da motricidade);
- Comprometimento da via aérea ou da ventilação.

34.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

34.5 Material

Colar cervical de tamanhos variados e/ou ajustáveis.

34.6 Descrição do procedimento

Para realizar este procedimento com segurança é necessária a presença de dois socorristas, sendo pelo menos um deles profissional da enfermagem, o outro poderá ser um socorrista capacitado.

Ação de enfermagem

- 01** Explicar o procedimento ao paciente caso este esteja consciente e solicitar que não mova a cabeça e nem o pescoço;
- 02 Primeiro socorrista:** fazer a estabilização manual da cabeça e do pescoço da vítima em 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;
- 03 Segundo socorrista:** retirar suavemente, roupas e adereços do pescoço e orelhas, para que esses não interfiram na colocação do colar cervical;
- 04 Segundo socorrista:** medir a distância entre a mandíbula e uma linha imaginária na base do pescoço (músculo trapézio) com uma das mãos, em posição transversal e avaliar o número de dedos que cabe nesse espaço, para determinar o tamanho do colar;
- 05 Segundo socorrista:** utilizar a medida feita com os dedos na lateral do colar (considerando apenas o plástico rígido e não a parte de espuma), para a seleção do tamanho adequado ou para fazer a regulação nos colares ajustáveis;
- 06 Segundo socorrista:** 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 cabelos compridos, se necessário. Concluir a colocação do colar ajustando-o ao mento e fazer o fechamento com o velcro na lateral, mantendo uma folga apenas para conforto;

07 Em caso de utilização de colar ajustável, certificar-se que este está travado no tamanho correto, antes de colocá-lo no pescoço da vítima;

08 Primeiro Socorrista: Permanecer na posição inicial de estabilização manual da cabeça e do pescoço até que a vítima esteja totalmente imobilizada e não apenas com o colar cervical.

34.7 Observação

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

34.8 Referência bibliográfica

PHTLS/NAEMT. **Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado**. Tradução Renata Acavone ET AL. – 7ed. – Rio de Janeiro/RJ. Elsevier, 2011.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Deise Duarte S. Sousa - en/SP 250.719 Cristiane da Rocha F. Dias - Coren/SP 120.740 Edméia Ap. Nunes Duft - Coren/SP 52.754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 35 Colocação do Dispositivo para Incontinência Urinária

35.1 Definição

Dispositivo de uso externo utilizado em pacientes do sexo masculino com incontinência urinária ou inconscientes.

35.2 Objetivo

Conforto e controle da diurese em pacientes incontinentes ou inconscientes.

35.3 Contraindicação

Alergia ao látex.

35.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

35.5 Material

- EPI (luva de procedimento);
- Bandeja;
- Material para higiene: água morna, sabão, bacia e toalha;
- Material para tricotomia, se necessário;
- Dispositivo para incontinência urinária (Uripem[®]) de tamanho adequado;
- Coletor de urina sistema aberto;
- Fita hipoalergênica;
- Tesoura.

35.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01 Reunir o material;
- 02 Chamar a paciente, confirmar o nome, e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 03 Higienizar as mãos (POP 42);
- 04 Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- 05 Preparar os materiais, cortando a fita hipoalergênica previamente (1 tira de 20cm).
- 06 Paramentar-se com os EPI;
- 07 Realizar a tricotomia dos pêlos pubianos se necessário;
- 08 Realizar higiene íntima, secando o pênis;
- 09 Coloque o dispositivo como um preservativo, deixando um espaço livre na ponta do pênis;
- 10 Enrole a fita hipoalergênica, metade sobre o dispositivo e metade sobre a pele para garantir a fixação;
- 11 Conecte o coletor ao dispositivo;
- 12 Recolha o material utilizado;
- 13 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 14 Retirar o EPI e higienizar as mãos;
- 15 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 16 Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 17 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

35.7 Observação

- Trocar o dispositivo diariamente.
- Realizar a higiene do pênis e do dispositivo, com água e sabão e secar muito

bem;

- No ambiente domiciliar o dispositivo pode ser utilizado várias vezes, desde que bem higienizados;
- Se possível, retirar o dispositivo durante a noite, dando preferência ao uso do papagaio;
- Observar frequentemente: garroteamento, fixação, vazamentos e lesões decorrentes do trauma pela fita hipoalergênica;
- Suspender o uso se apresentar lesões ou edema no pênis. Aguardar restabelecimento da pele.

35.8 Referências bibliográficas

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual para Cuidadores Informais de Idosos**. Campinas/ SP, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático do cuidador**. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. ed. –Brasília, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Débora Tresoldi Cerri - Coren/SP 90.271 Flavio Ventura dos Santos - Coren/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 36 Consulta de Enfermagem ao Paciente Estomizado

36.1 Definição:

Procedimento permite a realização de ações de orientação para o autocuidado e prevenção de complicações em estomias, além de fornecer equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança de acordo com a estomia.

36.2 Objetivo:

- Realizar o cadastro do paciente no programa;
- Fornecer equipamentos para as pessoas com estomas;
- Orientar a família, enfocando a inclusão do stomizado na família e sociedade.

36.3 Contra-indicação:

Não se aplica.

36.4 Executante:

Enfermeiro

36.5 Material:

- Soro fisiológico 0,9%
- Gazes
- Luvas de procedimento
- Sabonete líquido neutro
- Mensurador para estomas
- Tesoura curva
- Material de estomia (bolsa, base de resina sintética ou base de adesivo microporoso, pasta, pó protetor de pele, coletor de urina e bolsa para estomias urinárias)

36.6 Descrição do procedimento:

Ação de Enfermagem

- 01 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e acolher o paciente e responsável com atenção.
- 02 Lavar as mãos.
- 03 Reunir os materiais.
- 04 Informar o paciente sobre o procedimento.
- 05 Cadastro do paciente com abertura do prontuário do programa, com CNS e CID.
- 06 Calçar as luvas de procedimentos.
- 07 Limpar delicadamente a pele ao redor do estoma, com gazes e soro fisiológico.
- 08 Secar bem ao redor do estoma.
- 09 Mensurar o estoma com o paciente deitado e sentado.
- 10 Recorte a base no tamanho do estoma
- 11 Aplicar pó protetor de pele se integridade da pele prejudicada (hiperemia, lesões).
- 12 Aplique a base de modo que o estoma encaixe perfeitamente na área recortada e pressione suavemente
- 13 Retire o ar de dentro da bolsa
- 14 Feche com o clamp
- 15 Registrar os dados do exame no prontuário
- 16 Fornecer o material para um determinado tempo estabelecido pela portaria SMS/MS 400 de 16 de novembro 2009
- 17 Orientar e marcar próximo retorno.

36.7 Observações:

- Guardar as bolsas de reserva em local arejado limpo e seco fora do alcance da luz solar.
- Dispositivos para ileostomias e urostomias deverão ser esvaziados quando estiverem com pelo menos 1/3 de seu espaço preenchido. É necessário esvaziar constantemente a bolsa para que não haja descolamento da pele e vazamento do efluente.
- Eliminar os gases em casos das colostomias.

36.8 Referências Bibliográficas:

Crema, E. Silva R. **Estomas uma abordagem interdisciplinar**. Uberaba: Editora Pinti.

Manual de Orientação – **Conversando sobre estomias intestinais e urinárias Coloplast.**

PPA- Programa Primeiro Atendimento ao Estomizado Convatec

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Kristine Coely Leal Lemos - Coren/SP 51558 Ana Carolina F. Moreira - Coren/SP 323329	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 37 Contenção Mecânica

37.1 Definição

É uma técnica de contenção física, com finalidade terapêutica, que utiliza dispositivos manuais para restringir os movimentos físicos do paciente no leito devido ao grau de risco que esse apresenta para si e/ou para os outros, em consequência de alterações psíquicas e comportamentais.

37.2 Objetivo

Controlar o comportamento violento evitando danos à 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.

37.3 Contraindicação

Deve ser usado apenas quando todos os outros recursos terapêuticos se mostraram ineficazes ou quando paciente encontra-se agressivo. Sendo vedado o uso da contenção com o com o propósito de disciplina, punição e coerção.

37.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

37.5 Material

- Conjunto de faixas específicas para contenção física (faixa imantada ou de algodão merceirizado com espuma);
- Lençol;
- Algodão Ortopédico.

37.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Avaliar técnica e clinicamente a necessidade terapêutica de realizar este procedimento;
- 02** Assegurar que o procedimento faça parte de um projeto terapêutico;
- 03** Verificar a existência da prescrição médica e/ou do Enfermeiro;
- 04** É recomendado que haja cinco pessoas para auxiliar na contenção: um profissional de enfermagem para auxiliar em cada membro do corpo, além do tórax e cabeça;
- 05** É necessário que um dos membros coordene as ações, explicando o procedimento ao paciente e orientando a equipe.
- 06** 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;
- 07** Abrir a faixa, juntar as pontas e passá-las pelo lado oposto da faixa com os punhos/tornozelos no meio, amarrando na lateral da cama;
- 08** Proceder a contenção do tórax passando a faixa própria pela linha média mamilar e sem atingir a região do diafragma. Em caso de mulheres, utilizar a região inframamária colocando a faixa embaixo das mamas devolvendo-as à posição original;
- 09** 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 ajustá-la. A faixa não pode ser colocada sob as costas e passada por debaixo das axilas e tracionada para cima (em mochila);
- 10** Proceder a contenção dos tornozelos envolvendo-os e fixando a faixa 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 (alimentação, higiene, eliminações, ambiente terapêutico);
- 12 Em caso de contenção por mais de um período, realizar a mudança de decúbito a cada duas horas e liberação de uma área corporal por vez para a realização de movimentos ativos e passivos;
- 13 Observar e anotar em prontuário quanto a segurança e conforto da contenção a cada uma hora;
- 14 Avaliar continuamente a necessidade de manter a contenção.

37.7 Observação

- A contenção mecânica deve ter o envolvimento da equipe multidisciplinar para que a decisão de realizá-la faça parte de um projeto terapêutico baseado clinicamente, não realizando-o com finalidade punitiva ou intimidadora.
- Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro;
- Deve-se iniciar a retirada das faixas de contenção a partir do membro inferior não dominante e cerca de um minuto após, retira-se a faixa do membro superior do lado contrário, aguardando novamente um minuto até a liberação de um outro membro;
- Somente pelo motivo da contenção física não se justifica a sondagem vesical ou uso de dispositivo de incontinência urinária (Uropen[®]), ou qualquer outro procedimento invasivo;
- Não há motivos que justifiquem manter o paciente contido após instalar-se o estado de sedação, pois cessa o perigo anteriormente presente;
- Deve-se evitar adaptações ou improvisações de faixas devido ao risco que essas representam ao paciente.

37.8 Referências bibliográficas

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 427**. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Brasília/DF, 2012

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 03**. Normatiza os procedimentos de enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Brasília/DF, 2009

MARCOLAN, J.F. **A contenção física do paciente: uma abordagem terapêutica**. São Paulo. 2004.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Cristiane da Rocha F. Dias - Coren/SP 120.740. Marina Akemi Shinya Fuzita - Coren/SP 242.841	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 38 Desbridamento Instrumental Conservador

38.1 Definição

É a remoção do material estranho ou não viável da lesão traumática ou crônica, infectada ou não, até expor-se o tecido saudável. Consiste na remoção do tecido necrótico no qual são utilizados objetos cortantes, tais como tesouras ou bisturis. Poderá ser utilizado para remoção de necrose de coagulação(escara seca), área de necrose extensas e de necrose de liquefação(esfacelo).

38.2 Objetivo

Promover a limpeza da ferida, deixando-a 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).

38.3 Contraindicação

- Deficiência da capacidade cognitiva Afecções da cavidade bucal
- Algumas situações podem representar um potencial risco para o paciente devido às manobras forçadas realizadas durante o exame, sendo sempre necessário a avaliação médica para indicação do exame.

38.4 Executante

Enfermeiro capacitado.

38.5 Material

- Mesa auxiliar ou bandeja;
- Bacia/cuba, se necessário;
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly;
- Cabo e lâmina de bisturi;
- Tesoura curva (se necessário);
- Pacote de gazes esterilizadas;
- Solução fisiológica 0,9% (morno ou temperatura ambiente)
- Agulha 25x12 ou 40x12;
- Luvas de procedimento e/ou estéril;
- Equipamento de proteção individual
- Produtos/ cobertura padronizados selecionados.

38.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Chamar paciente confirmando o nome e apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 02** Orientar o paciente/família que após a limpeza, a ferida aumenta a área e a profundidade.
- 03** Reunir material necessário para o exame;
- 04** Higienizar as mãos (POP 42);
- 05** Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários
- 06** Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- 07** Observar o curativo anterior antes da remoção;
- 08** Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada do micropore e desprendimento da cobertura.
- 09** 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, nas áreas próximas da ferida e pele periferida

com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha.

- 11 Retirar luvas e higienizar as mãos;
- 12 Abrir o pacote utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
- 13 Calçar luvas de procedimento ou estéreis (POP 51);
- 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 a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível, semanal/quinzenal
- 18 Tracionar com a pinça dente de rato o tecido não viável, próximo à 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 de aproximadamente 2 a 5 mm de profundidade, favorecendo a escarectomia.
- 19 Realizar o curativo utilizando produtos /coberturas indicadas (POP 23)
- 20 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 21 Retirar as luvas de procedimento/estéreis;
- 22 Higienizar as mãos;
- 23 Agendar retorno de acordo com a necessidade;
- 24 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 25 Registrar o procedimento em planilha de produção;
- 26 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

38.7 Observação

Desbridamento

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 à lise natural da necrose pelos leucócitos e enzimas digestivas do próprio corpo, que entraram em contato no 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 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. Desbridamento seletivo;
- **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 tesoura, lâminas de bisturi e outros instrumentais necessários dependendo da agressividade do procedimento, e pode variar desde a retirada de calosidades 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.

- As situações clínicas citadas NAS CONTRA INDICAÇÕES são consideradas exceções para a prática, porém se houver instalação de processo infeccioso, essas orientações não se aplicam e o desbridamento deve ser implementado.
- Na presença de sangramento ou reação de sensibilidade à 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.

38.8 Referências bibliográficas

GET (GRUPO DE ESPECIALISTAS EM TECNOLOGIA) BMD, 2012

JORGE S.A; DANTAS S.R.P.E. **Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas** Editora Atheneu, São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte, 2003

SANTOS, J.B.D; PORTO, S.G; SUZUKI, L.M; Sostizzo, L.Z; Antoniazzi, J.L. Hospital da Clínicas de Porto Alegre, RS. **Avaliação e Tratamento de Feridas: Orientações aos profissionais de saúde**. 2011

MANUAL DE TRATAMENTO DE FERIDAS. Hospital das clínicas. Grupo de estudos de feridas, 1999.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Shirley Ruriko da Silveira Coren 44822-SP Regina Grimaldi de Oliveira. Coren 68635 Cíntia Mastrocola Soubhia Coren 30609 Flavio Ventura Edson Eden de Oliveira Coren/SP: 24259 Mariana Charantola Silva Coren/SP: 154624	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 39 Exame de Espirometria

39.1 Definição

A espirometria também conhecida como Prova de Função Pulmonar ou Prova Ventilatória é o exame que permite avaliar a velocidade e a quantidade de ar que um indivíduo é capaz de colocar para dentro e para fora dos pulmões por meio do espirômetro.

39.2 Objetivo

A espirometria serve para diagnosticar ou acompanhar a evolução de doenças pulmonares e avaliar a capacidade pulmonar. Indica se a quantidade de ar inspirado está sendo suficiente às necessidades do indivíduo.

39.3 Contraindicação

Instabilidade cardiocirculatória, infarto do miocárdio recente, tromboembolismo pulmonar, aneurismas cerebral, torácico ou abdominal, cirurgia ocular recente, náusea ou vômitos e cirurgia torácica e abdominal recente ou qualquer outra situação que limite a adequada técnica do exame (pertuito de traqueostomia que não haja oclusão adequada, diminuição do nível do sensorio, incapacidade para permanecer sentado).

39.4 Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem (habilitado pela Sociedade Brasileira Pneumologia e Tisiologia).

39.5 Material

- Álcool 70% GL ou 70%;
- Avental descartável;
- Máscara N 95;
- Luvas de procedimento;
- Gazes;
- Bocal descartável;
- Clips nasal;
- Papel toalha;
- Medicação broncodilatadora (prescrição médica);
- Caneta azul;
- Lápis comum;
- Papel sulfite A4;
- Balança calibrada;
- Esfigmomanômetro e estetoscópio;
- Computador com programação específica para o exame;
- Impressora;
- Espirômetro;
- Filtro descartável para função pulmonar;
- Seringa calibradora.

39.6 Descrição do procedimento

Ação de Enfermagem

- 01 Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando e explicando o procedimento que será realizado;

- 02 Conferir a guia de requisição está preenchida com letra legível contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, exames solicitados, identificação do profissional (nome, número do registro e carimbo).
- 03 Verificar se as orientações do preparo para exame foram seguidas;
- 04 Solicitar a presença de um acompanhante;
- 05 Preparar e calibrar o espirômetro (computador), conferir os parâmetros conforme normas técnicas (SBPT);
- 06 Mensurar dados antropométricos;
- 07 Higienizar as mãos (POP 42);
- 08 Calçar luvas de procedimento, avental descartável, máscara N95, e outros EPIs necessários;
- 09 Preparar e orientar os pacientes, verificando se há contraindicações;
- 10 Manter paciente sentado de 5 a 10 minutos, pedir que respire através do tubo contendo o bocal conectado ao espirômetro;
- 11 Colocar presilha de borracha no nariz, respiração pela boca e tenha que passar pelo aparelho.
- 12 Pedir que o paciente respire tranquilamente por algum tempo;
- 13 Encher o pulmão de ar completamente e assoprar com máxima de força e rapidez possível depois lentamente;
- 14 Aplicar a medicação broncodilatadora spray (prescrição médica), aguardar 20 minutos em repouso;
- 15 Repetir o exame novamente;
- 16 Orientar o paciente a higienizar a cavidade oral pós uso da medicação broncodilatadora;
- 17 Entregar o resultado do exame em duas vias para o paciente;
- 18 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 19 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- 20 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 21 Registrar o procedimento em planilha de produção;
- 22 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

39.7 Observação

- paciente deve estar em repouso por 5 a 10 minutos antes do exame.
- Não é necessário jejum.
- Não ingerir chás, cafés, ou bebidas alcóolicas 6 horas antes do início do exame
- Suspende por 4 horas o uso do broncodilatadores de ação rápida (Sabutamol) e por 10 horas de ação prolongada (Tiotropico)
- Não se deve fumar nas 2 horas que antecedem o exame.
- Este procedimento é executado pelo médico, sendo necessário auxílio do profissional de Enfermagem para realização do procedimento ambulatorial.

39.8 Referências bibliográficas

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TIRIOLOGIA. **Espirômetros – Requisitos**, Rio de Janeiro, 1996: pp. 1-9.

JARDIM, J.R.B; ROMALDINI, H; RATTTO, O.R. **Proposta para Unificação dos Termos e Símbolos Pneumológicos no Brasil**. J Pneumol 1983: pp9:45-51.

PEREIRA, C.A.C, NEDER, J.A. Sociedade de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) **Diretrizes para Testes de Função Pulmonar**. J Pneumol. 2002;

28(3): S1 –S 238.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Eunice de Souza - Coren/SP 57.076 Mônica de Azevedo Lacerda - Coren/SP 0366530 Ana Carolina F. Moreira - Coren/SP 323.329 Camila Monteiro G. Dias Silva - Coren/SP 242835	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 40 Exame Clínico das Mamas

40.1 Definição

Avaliação clínica das mamas para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual.

Procedimento compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária.

40.2 Objetivo

- Identificar alterações e anormalidade;
- Avaliar sintomas referidos pela paciente;
- Detectar precocemente nódulos mamários.

40.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

40.4 Executante

Enfermeiro

40.5 Material

- EPI (luvas de procedimentos)
- Camisola/Avental.
- Lâmina para coleta de secreção papilar (se necessário)

40.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01 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;
- 02 Reunir o material;
- 03 Higienizar as mãos (POP 42);
- 04 Realizar anamnese e registrar em prontuário;
- 05 Oferecer camisola/avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando-a que retire a parte superior da roupa e coloque a camisola com a abertura para frente;
- 06 Solicitar à paciente que sente na maca;
- 07 07- Realizar a inspeção estática das mamas, observando lesões, alterações na pele, retrações, edemas e abaulamentos;
- 08 Realizar a inspeção dinâmica das mamas: Solicitar à paciente que abra os braços paralelos ao corpo e os levante até a cabeça, e com as mãos na cintura contraia a musculatura peitoral;
- 09 Realizar palpação dos linfonodos axilares e supraclaviculares ainda com a paciente sentada.
- 10 Solicitar à paciente que deite na maca e coloque os braços atrás da cabeça;
- 11 Observar o acrômio BREAST (em inglês):
 - B- massa na mama (*breast mass*),
 - R- retração (*retraction*),
 - E- edema (*edema*), linfonodos axilares (*axillary nodes*),
 - S- ferida no mamilo (*scaly nipple*) e
 - T- sensibilidade na mama (*tender breast*);
- 12 Realizar palpação das mamas, uma de cada vez;
- 13 Utilizar as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos para examinar todo o tecido

- mamário de forma circular da área distal para 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 a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;
 - 17 Orientar a paciente sobre os achados e solicitar exame complementar se necessário;
 - 18 Higienizar as mãos (POP 42);
 - 19 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
 - 20 Registrar o procedimento em planilha de produção.
 - 21 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

40.7 Observação

- Em caso 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 à coleta da secreção em uma lâmina, identificando a mama coletada. Preencher impresso específico para coleta de secreção papilar. Encaminhar ao laboratório e anotar procedimento no prontuário;
- O uso de luvas de procedimento é facultativo.

40.8 Referências bibliográficas

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Saúde da Mulher**. Disponível em: www.campinas.sp.gov.br/saude. Último acesso: 30/12/2015.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 13. **Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama**. Brasília/DF, 2006.

BARROS, S.M.O. de. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: um guia para a prática assistencial**. São Paulo: Rocca, 2002

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Priscilla Brandão B. Pegoraro - Coren/SP 184.203 Débora Tresoldi Cerri - Coren/SP 90.271 Edméia Ap. Nunes Duft - Coren/SP 52.754	Rosana Aparecida Garcia - COREN/SP 72.902

POP 41 Realização de Eletrocardiograma

41.1 Definição

Registro gráfico de alterações em potencial elétrico da atividade cardíaca, cujo produto final resulta no eletrocardiograma.

41.2 Objetivo

Obter registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica.

41.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

41.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

41.5 Material

- Eletrocardiógrafo;
- Papel milimetrado;
- Cardioclip;
- Eletrodo descartável ou eletrodo de sucção;
- Álcool a 70%;
- Algodão seco ou gaze;
- Gel condutor;
- Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário);
- Lençol.

41.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando-se ao paciente e explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução
- 02** Checar a prescrição;
- 03** Reunir o material;
- 04** Higienizar as mãos (POP 42);
- 05** Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- 06** Checar o funcionamento do eletrocardiográfico;
- 07** Checar a integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente;
- 08** Solicitar a retirada e/ou retirar objetos metálicos e/ou eletrônicos;
- 09** Solicitar e/ou posicionar o paciente em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacente, relaxados;
- 10** Solicitar e/ou expor tornozelos, punhos e tórax;
- 11** Cobrir o paciente, com o auxílio do lençol, para que o mesmo não fique totalmente exposto;
- 12** Conectar o eletrocardiógrafo à rede de energia, atentando-se à voltagem da tomada. Seguir as orientações de utilização, segundo o fabricante;
- 13** Ligar o eletrocardiógrafo;
- 14** Inserir papel milimetrado no local indicado.
- 15** Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado;
- 16** Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool a 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);

- 17 Colocar cardioclip em membros superiores e membros inferiores, usando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante), para obtenção dos registros das derivações monopolares e bipolares, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:
 - Cabo vermelho (RA)** em membro superior direito;
 - Cabo amarelo (LA)** em membro superior esquerdo;
 - Cabo preto (RL)** em membro inferior direito;
 - Cabo verde (LL)** em membro inferior esquerdo.
- 18 Colocar os eletrodos de sucção (preferencialmente), ou eletrodos descartáveis no tórax, utilizando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante) para os primeiros, para obtenção dos registros das derivações precordiais, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:
 - Cabo vermelho (V1)** em 4º espaço intercostal, à direita do esterno;
 - Cabo amarelo (V2)** em 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno;
 - Cabo verde (V3)** em 5º espaço intercostal, diagonalmente entre V2 e V4;
 - Cabo marrom (V4)** em 5º espaço intercostal, na linha média claviclar;
 - Cabo preto (V5)** em 5º espaço intercostal, na linha axilar anterior;
 - Cabo roxo (V6)** em 5º espaço intercostal, na linha axilar média.
- 19 Verificar os Leds de alerta para: pilha/bateria, memória, saturação, ruído, eletrodo, filtro, ganho, velocidade, modo de operação, up/down, calibração e derivações e, caneta e haste de plotagem. Corrigir problemas que forem detectados;
- 20 Apertar o botão “segue”;
- 21 Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
- 22 Aguardar o sinal sonoro, que indica o término da aquisição dos potenciais elétricos;
- 23 Retirar eletrodos e cardioclips;
- 24 Realizar limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores, principalmente quando utilizado o gel condutor;
- 25 Retirar e/ou destacar folha do ECG;
- 26 Identificar o ECG com: nome completo do paciente, idade, data de nascimento, data e hora da realização, carimbo e assinatura do profissional, nome da instituição;
- 27 Deixar o paciente confortável;
- 28 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 29 Higienizar as mãos (POP 42);
- 30 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 31 Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- 32 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

41.7 Observação

- paciente deve estar em repouso absoluto para a realização do procedimento, no mínimo 15 minutos e 30 minutos para quem estava fumando;
- Realizar tricotomia, caso seja necessário;
- Realizar limpeza imediata e eficaz das porções metálicas dos cardioclips e eletrodos de sucção, para não acumular sujidades e consequente alteração na capacidade de aquisição dos potenciais elétricos;
- Alertar o paciente quanto a possibilidade de pequenas lesões na utilização de eletrodos de sucção, que devem evoluir com regressão do hematoma em dois dias;
- Utilizar a convenção de programação com: ganho N, velocidade de aquisição de 25mm/s, modo automático e derivação DII;
- É possível alteração na disposição das derivações precordiais quando as

mesmas estiverem voltadas para a direita (V1R, V2R, V3R, V4R, V5R, V6R) e com derivações posteriores à esquerda (V7, V8, V9, V10, V11, V12). Nos referidos casos, deve-se identificar as novas derivações no ECG;

- Em situações que o cardioclip não pode ser utilizado nos membros devido a amputações, imobilizações e/ou traumas, deve ser utilizado eletrodos descartáveis nas porções proximais dos membros;

41.8 Referências bibliográficas

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

VASCONCELOS, C. C. C. S. **Eletrocardiograma**. Natal, 2010.

FISCHBACH, F. T. **Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

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

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Elton Pallone de Oliveira Coren/SP 156.486 Cristiane da Rocha Ferreira Dias Coren/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 42 Higienização simples das mãos

42.1 Definição

É a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

42.2 Objetivo

- Remover a sujidade e outros resíduos;
- Reduzir a microbiota transitória;
- Prevenir a transmissão de microorganismos patogênicos.

42.3 Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

42.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

42.5 Material

- Pia;
- Papel toalha;
- Almotolia de sabão líquido neutro ou soluções antissépticas.

42.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;
- 02** Retirar adornos;
- 03** Arregaçar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário;
- 04** Posicionar-se em frente a pia, sem encostar-se à mesma;
- 05** Abrir a torneira;
- 06** Molhar as mãos;
- 07** Fechar a torneira;
- 08** Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido neutro para cobrir toda superfície das mãos;
- 09** Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos:
 - palma contra palma;
 - palma direita sobre dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos;
 - palma esquerda sobre o dorso da mão direita, entrelaçando os dedos;
 - palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais;
 - parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai-vem;
 - rotação dos polegares direito e esquerdo;
 - friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;
 - esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;
- 10** Abrir a torneira;
- 11** Enxaguar as mãos no sentido dos dedos para os punhos;
- 12** Enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
- 13** Fecha a torneira com auxílio do mesmo papel toalha que enxugou as mãos e despreza-lo na lixeira de resíduos comuns.

42.7 Observação

- Segundo a NR32 não se deve usar adornos no local de trabalho;
- Os cinco momentos para a higienização das mãos são: antes de contato com

o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente, após contato com as áreas próximas ao paciente;

- Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais;
- Evite espirrar pois os microrganismos disseminam-se com maior facilidade em superfícies úmidas.

42.8 Referências bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo para prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. Elaborado pela Equipe técnica da ANVISA. Brasília, 2013.

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

STACCIARINI T.S.G, **Procedimentos operacionais padrão em enfermagem**. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Portaria nº 485 de 11 de novembro de 2005. Norma Regulamentadora nº 32 (NR32)**: Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. ANEXO I, artigo 32.2.4.5 b, 2005.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Cristiane da Rocha F. Dias Coren/SP 120.740 Leonora Adissi Cordeiro Coren/SP 280.535	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 43 Higienização Pré-Operatória das Mãos

43.1 Definição

É a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

43.2 Objetivo

- Eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional;
- Prevenir a transmissão de microorganismos patogênicos.

43.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

43.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

43.5 Material

- Solução antisséptica degermante;
- Escova cirúrgica estéril;
- Compressa cirúrgica estéril;
- Espátula caso seja necessário.

43.6 Descrição do procedimento

Utiliza-se a mesma técnica para a lavagem das mãos simples, substituindo-se o sabão por uma solução degermante.

Ação de enfermagem

- 01** Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;
- 02** Retirar adornos;
- 03** Arregaçar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário;
- 04** Posicionar-se em frente a pia, sem encostar-se à mesma;
- 05** Abrir a torneira;
- 06** Molhar as mãos, antebraços e cotovelos;
- 07** Recolher com as mãos em concha, a solução antisséptica e espalhar nas mãos, antebraços e cotovelos. No caso de usar escova impregnada com antisséptico, pressionar a parte da esponja contra a pele e espalhar por todas as partes;
- 08** Friccionar ou escovar, com a escova estéril, as mãos, antebraços e cotovelos, por 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos;
- 09** Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador (espátula);
- 10** Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, retirando todo o resíduo do produto usado;
- 11** Manter as mãos em um nível mais alto que os cotovelos;
- 12** Fechar a torneira com o cotovelo, se a torneira não for fotossensível;
- 13** Enxugar as mãos e antebraços com compressa estéril, iniciando pelas mãos e seguindo por antebraço e cotovelo;
- 14** Colocar a compressa estéril em local apropriado.

43.7 Observação

- Segundo a NR32 não se deve usar adornos no local de trabalho;
- Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais;
- A degermação das mãos deve ser sempre realizada antes de procedimentos cirúrgicos ou invasivos;
- Antes de iniciar a degermação das mãos e antebraços, colocar a touca, a

máscara cirúrgica e os óculos de proteção;

- Evitar o uso de água muito quente ou muito fria na lavagem das mãos para evitar ressecamento da pele.

43.8 Referências bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM nº 529, de 01 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde**. MINISTERIO DA SAÚDE / ANVISA / FIOCRUZ, 2013.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Manual de procedimentos de enfermagem**. COREN DF. Distrito Federal, 2012.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer 14/2010**. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos, 2010

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Higienização das Mãos**. Brasília/DF, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Portaria nº 485 de 11 de novembro de 2005. Norma Regulamentadora nº 32 (NR32): Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde**. ANEXO I, artigo 32.2.4.5 b, 2005.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Cristiane da Rocha F. Dias Coren/SP 120.740 Leonora Adissi Cordeiro Coren/SP 280.535	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 44 Lavagem Gástrica

44.1 Definição

Procedimento realizado para diminuir a absorção de agentes tóxicos (por ingestão de alimentos ou medicamentos), bem como remover secreções irritantes à mucosa gástrica.

44.2 Objetivo

- Diminuir a exposição dos agentes tóxicos por medidas de esvaziamento gástrico ou pela diminuição da absorção intestinal;
- Drenar secreções da cavidade gástrica;
- Limpar e remover secreções irritantes;
- Diagnosticar e tratar hemorragia gástrica;
- Obter conteúdos gástricos para análise laboratorial;
- Esvaziar o estômago para preparo de exame endoscópico.

44.3 Contraindicação

Ingestão de substância corrosiva.

44.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

44.5 Material

- EPI (luva de procedimento);
- Sonda nasogástrica calibrosa;
- Gaze não estéril;
- Gel hidrossolúvel;
- Seringa de 20ml;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Equipo macro gotas;
- Bolsa coletora.

44.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** 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;
- 02** Checar a prescrição;
- 03** Reunir o material;
- 04** Higienizar as mãos (POP 42);
- 05** Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- 06** Paramentar-se com o EPI;
- 07** Proceder à técnica de SNG, se o paciente não estiver sondado (POP 61);
- 08** Se estiver com sonda, conectar o equipo da solução na SNG e infundir lentamente;
- 09** Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com cabeça fletida, diminuando 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 que o líquido instilado 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, realizando a correta

segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde. ;

14 Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

15 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);

16 Registrar o procedimento em planilha de produção.

17 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

44.7 Observação

- 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.

44.8 Referências bibliográficas

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

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Tienne de Almeida A. Rampazzo Coren/SP 213.414 Edméia Aparecida N. Duft Coren/SP 52754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 45 Lavagem Intestinal

45.1 Definição

Lavagem intestinal consiste no processo de introdução no intestino de solução, medicamentosa ou não, por meio de sonda retal. O processo de lavagem intestinal também é denominado enterocisma. Quando a quantidade de solução infundida é menor (de 50ml a 500ml) é denominada clister ou enema.

45.2 Objetivo

- Auxiliar no amolecimento do conteúdo fecal viabilizando sua exteriorização, aliviando a constipação;
- Preparo e realização de procedimento diagnóstico ou terapêutico.

45.3 Contraindicação

- Portadores de apendicite;
- Obstrução intestinal;
- Hemorragia retal não diagnosticada;
- Lesões intestinais.

45.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

45.5 Material

- EPI (luvas de procedimento, óculos, avental)
- Solução prescrita;
- Sonda retal;
- Equipo macrogotas;
- Suporte de soro;
- Comadre ou fralda descartável;
- Xylocaína 2%, (se for necessário realizar toque retal);
- Biombo se necessário.

45.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** 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;
- 02** Checar a prescrição;
- 03** Reunir o material;
- 04** Higienizar as mãos (POP 42);
- 05** Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- 06** Aquecer a solução prescrita a 37° e conectar o equipo macrogotas e a sonda retal
- 07** Paramentar-se com os EPIs;
- 08** Posicionar o paciente em DLE, se possível, com MIE estendido e MID fletido;
- 09** Lubrificar a sonda retal com a própria solução a ser administrada ou utilize xylocaína 2%;
- 10** Introduzir a sonda retal lentamente no ânus, cerca de 5 a 7cm nas crianças e 10 a 13cm 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 a comadre, colocar fralda descartável ou encaminhar o paciente ao vaso sanitário, conforme condições clínicas;

- 14 Deixar o paciente confortável;
- 15 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 16 Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- 17 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 18 Registrar o procedimento em planilha de produção;
- 19 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

45.7 Observação

- Observar lesões de pele e mucosa antes e após o procedimento;
- Nunca forçar a introdução da sonda, em caso de resistência comunicar o enfermeiro ou médico, o toque retal é realizado de forma exclusiva pelo enfermeiro ou médico, com o consentimento prévio do médico, paciente e/ou família;
- Na ocorrência de desconforto abdominal, suspender o uso imediatamente;
- enfermeiro avalia os riscos e habilidade do cuidador para permanência ou não do profissional de enfermagem no domicílio até o final do gotejamento;
- cuidador deverá avisar a equipe por meio de ligação telefônica sobre o resultado do procedimento;
- Combinar sempre que possível com o cuidador o melhor horário a ser realizado o procedimento, pois neste dia, os cuidados lhe tomarão mais tempo.

45.8 Referências bibliográficas

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atendimento domiciliar. Protocolo de assistência de enfermagem. Campinas/SP, 2014.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer nº 032/2010. Lavagem Intestinal**, 2010.

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Flavio Ventura dos Santos Coren/SP 224.222 Cristiane da Rocha Ferreira Dias Coren/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 46 Limpeza, Desinfecção e Esterelização de Materiais

46.1 Definição

Processos realizados para remoção de sujidades, orgânicas e inorgânicas, reduzindo a carga microbiana, para que as etapas subsequentes sejam eficazes. Alguns artigos termossensíveis passarão pelo processo de desinfecção e os demais serão submetidos a esterilização

46.2 Objetivo

Garantir de modo sistematizado a desinfecção de materiais em quantidade, qualidade e condições adequadas para o uso, a fim de promover uma assistência segura e eficaz ao paciente e condições de biossegurança ao profissional.

46.3 Contraindicação

Não há.

46.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

46.5 Material (por sala)

Expurgo: Descontaminação prévia/Limpeza:

- EPIs (gorro, máscara, óculos de proteção, luvas de borracha, avental impermeável), sapato fechado.
- Recipiente plástico de cor opaca com tampa;
- Detergente enzimático;
- Gaze não estéril;
- Panos limpos e macios;
- Escova de cerdas duras e finas;
- Bucha não abrasiva;
- Detergente neutro;

Preparo e esterilização de materiais

- Luvas de procedimento, máscara cirúrgica, gorro, sapato fechado.
- Embalagem: Papel grau cirúrgico, campo cirúrgico, saco plástico
- Tesoura
- Máquina seladora
- Pacote teste desafio
- Ampolas indicador biológico (ampola para teste e ampola controle)
- Incubadora para indicador biológico
- Caneta adequada para registro no papel grau cirúrgico
- Etiqueta
- Livro de registro para controle dos testes biológicos
- Instrumento para controle dos parâmetros da autoclave / desinfecção química
- Autoclave
- Local para armazenamento (armários, recipientes com tampas, estantes)
- Desinfecção de materiais termossensíveis
- EPIs (luvas de borracha, máscara, óculos de proteção, gorro, avental impermeável), sapatos fechados;
- Recipiente plástico de cor opaca e com tampa para solução química;
- Recipiente plástico com tampa para a água potável corrente;

- Recipiente plástico com tampa para armazenamento de materiais;
- Detergente neutro;
- Seringa de 20 ml;
- Solução química (hipoclorito de sódio 1%);
- Panos limpos e macios;
- Bucha não abrasiva;
- Fita adesiva para identificação dos recipientes com soluções (conter: nome do produto, validade da solução, nome do profissional e Coren).

24.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Expurgo: Descontaminação prévia/Limpeza:

- 01 Higienizar as mãos (POP 42);
- 02 Colocar os EPIs, proporcionando barreira física entre o profissional e os fluídos corporais e matéria orgânica;
- 03 Separar os artigos que serão processados, desmontar peças que apresentam articulações, encaixes ou conexões;
- 04 Remover o excesso de matéria orgânica visivelmente presente com auxílio de gaze, pois a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes, tornando o método ineficaz;
- 05 Preparar recipiente com solução contendo detergente enzimático, conforme orientação de diluição do fabricante, colocando os materiais em imersão completa, sem sobreposição de material, mantendo o recipiente tampado, durante tempo recomendado pelo fabricante e não excedendo este tempo, para a solução não se tornar um substrato para as bactérias, propiciando um aumento da contaminação dos artigos
- 06 Retirar os materiais e desprezar a solução com detergente enzimático, a qual deverá ser utilizada uma única vez;
- 07 Enxaguar os materiais em água corrente para remoção da solução;
- 08 Esta etapa deve ser feita com o artigo dentro de uma solução para que não haja dispersão de gotículas no ambiente. O uso do detergente enzimático não substitui a fricção dos artigos
- 09 Realizar limpeza manual com auxílio de escova e detergente, com movimentos de fricção; A presença de ferrugem, crostas, umidade, oxidações, ranhuras comprometem a qualidade do processo de esterilização;
- 10 Enxaguar novamente até completaremoção dos resíduos;
- 11 Colocar os materiais sobre uma bancada forrada com pano limpo, para secagem do material;
- 12 Secar individualmente cada material com o auxílio de pano limpo e macio e realizar atenta inspeção a fim de identificar presença de resíduos, ranhuras, oxidações, umidade ou secreções. Caso perceba alguma inadequação do material, este deverá ser separado para novo processo de limpeza ou inutilização;
- 13 Colocar os materiais secos em recipiente limpo e encaminhar para a sala de preparo e esterilização de materiais;
- 14 Após o manuseio dos materiais, deixar o ambiente de trabalho em ordem (POP 54): hamper vazio, pia limpa e seca passando álcool 70% em todas as bancadas; caixas plásticas vazias e limpas, as luvas de borrachas lavadas;
- 15 Realizar lavagem das mãos.

Preparo e esterilização de materiais

- 01** Higienizar as mãos (POP 42);
- 02** Realizar desinfecção das mesas, bancadas e armários com álcool a 70% antes de iniciar as atividades;
- 03** Higienizar novamente as mãos;
- 04** Colocar os EPIs - luvas de procedimento, gorro e máscara.
- 05** Separar os materiais que serão embalados e observar limpeza, integridade e funcionalidade.
- 06** Montar kits para procedimentos conforme necessidade do serviço.
- 07** Cortar o papel grau cirúrgico de modo que o material fique bem acondicionado, evitando pacotes muito grandes ou muito pequenos em relação ao material a ser acondicionado, garantindo uma embalagem que não comprometa o processo de esterilização (abertura e manuseio do material sem risco de contaminação). Ao utilizar embalagem dupla garantir que não apresentem dobras internas.
- 08** Selar o pacote de modo que permita sua abertura sem contaminação do material estéril, garantindo que a selagem seja contínua, pois pequenas falhas permitem a entrada de microorganismos
- 09** Montar “pacotes teste desafio”, preparados para conter a ampola do indicador biológico, feitos com 40 gazes, sendo que exatamente no meio é inserido uma ampola, embalada em papel grau cirúrgico e selado);
- 10 10** Dispor os artigos de modo vertical para facilitar a entrada e circulação do vapor. O acondicionamento adequado dos pacotes dentro da autoclave permite a circulação do ar e do vapor, garantindo que todos os materiais sejam expostos ao agente esterilizante, à temperatura e ao tempo previsto.
- 11** Manter as paredes livres e espaços entre os pacotes, não ultrapassando 70% da capacidade da câmara. O papel grau cirúrgico ter ser posicionado o lado filme em contato com lado filme do outro pacote
- 12** Posicionar o pacote teste desafio no local com maior dificuldade de circulação do vapor- em cima do dreno, no primeiro ciclo, diariamente, atentando para que as paredes da câmara permaneçam livres e também deixar espaço entre os pacotes;
- 13** Ligar autoclave conforme orientações do fabricante e aguardar completar ciclo de esterilização, registrando os parâmetros do ciclo em impresso próprio
- 14** Observar durante o ciclo de esterilização se temperatura e pressão foi atingida;
- 15** Ao final do ciclo, aguardar o manômetro indicar ausência total de pressão e entreabrir a porta por dez minutos para saída do vapor;
- 16** Quando os pacotes estiverem frios, higienizar as mãos e retirar- los da câmara da autoclave;
- 17** Observar integridade dos pacotes e presença de umidade, manchas, sujidade, perfurações, rasgos. Caso ocorre alguma alteração, comunicar a enfermeira e reprocessar o material;
- 18 16** Separar os pacotes teste desafio, colocar na incubadora para realizar leitura conforme orientação do fabricante e registrar em livro controle. Liberar os materiais para uso conforme resultado da leitura do teste. A Incubadora deverá ser ligada 1 hora antes da incubação. As cargas não devem ser liberadas quando: houver alteração nos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão); os indicadores químicos presentes no papel grau cirúrgico sugerem que os materiais não foram expostos à esterilização; indicador biológico der resultado positivo.
- 19** Identificar os pacotes processados com a data da esterilização, data de validade, ciclo e funcionário responsável. As anotações podem ser feitas na parte do filme ou na aba de manuseio do material

- 20 Armazenar em local limpo, seco e arejado os materiais esterilizados, evitando sobrecarga de peso, amassar os pacotes ou amarrar com fitas e elásticos, pois danificam a integridade do papel grau cirúrgico;
- 21 Observar os materiais já estocados quanto a integralidade da embalagem e validade da esterilização, se necessário encaminhar para ser reprocessado;
- 22 Manter a sala em ordem (POP 55).

Desinfecção de materiais

- 01 Higienizar as mãos (POP 42);
- 02 Colocar os EPIs: luva borracha, máscara, gorro, óculos proteção;
- 03 Desconectar todas as peças e lavar com água e detergente neutro. Se houver materiais tubulares, injetar a solução de água e detergente na luz do tubo com auxílio de seringa;
- 04 Enxaguar bem os materiais em água corrente, inclusive a parte interna dos tubos com auxílio de seringa;
- 05 Colocar sobre pano limpo os materiais para secar. Usar ar comprimido para secar as partes internas de tubos;
- 06 Se necessário utilizar pano limpo e macio para completar a secagem dos materiais, garantindo que os materiais estejam secos antes de colocar na solução desinfetante para evitar que ocorra alteração na sua concentração;
- 07 Imergir completamente todas as peças em recipiente opaco e com tampa contendo a solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos, pois é o tempo necessário para realização do processo de desinfecção uma vez que o produto sofre inativação quando exposto a radiação ultravioleta;
- 08 Retirar os materiais da solução de hipoclorito;
- 09 Enxaguar rigorosamente em água, até diminuir a impregnação do odor característico do agente químico;
- 10 Retirar os materiais e colocar sobre pano limpo para escorrer e completar a secagem com pano limpo, seco e macio;
- 11 Guardar as peças em recipiente com tampa;
- 12 Após vencimento, desprezar solução de hipoclorito, lavar e secar recipiente (a solução de hipoclorito de sódio 1% deve ser desprezada a cada 6 horas, conforme necessidade ou no máximo em 24 horas).
- 13 Manter a sala limpa e organizada.

24.7 Observações

Alguns conceitos importantes:

- **Limpeza:** primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterelização, sendo um processo mecânico de remoção de sujidade de artigos e superfícies, mediante o uso da água e detergente neutro ou detergente enzimático.
- **Desinfecção:** processo físico ou químico de destruição de microrganismos, exceto os esporulados, realizada através de água quente ou em ebulição (acima de 60°C). Quando utiliza produtos desinfetantes (hipoclorito de sódio, glutaraldeído, álcool 70%) é chamada desinfecção por meio químico.
- **Esterelização:** processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, não sendo mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.
- **Pacote teste desafio:** é um pacote preparado para conter a ampola do teste biológico. É feito com 40 gases, sendo que exatamente no meio é inserido a

ampola, embalado em papel grau cirúrgico e selado. Dentro da autoclave deve ser colocado nos locais com maior dificuldade de circulação do vapor.

- Após retirar os pacotes da autoclave não colocar sobre superfícies frias, para evitar a condensação do vapor que ainda resta dentro deles.
- Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água diariamente e controlar seu funcionamento, mantendo caderno de registro dos parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido.
- Ao condicionar os materiais na autoclave, colocar bacias, vidros e cubas sempre com sua abertura voltada para baixo.
- Não utilizar esponja de aço ou produtos abrasivos, pois danificam o material e facilitam sua corrosão.
- A solução de hipoclorito de sódio 1% deve ser desprezada a cada 6 horas ou conforme necessidade no máximo em 24 hs.
- Segundo APECIH, 2010 até o momento é impossível recomendar tempo de estocagem para itens estéreis, pois não há uma metodologia padronizada e universalmente aceita para determinação de prazos de validade. A determinação deste prazo está relacionado as condições de estocagem e integridade das embalagens.
- A Comissão de Processamento de Artigos Médico-Odontológicos- S.M.S, definiu como prazo de validade dos materiais - 07 dias, tendo em vista a diversidade de condições de estocagem.

24.8 Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações gerais para central de esterilização** - Série A normas e manuais técnicos nº 108. Brasília, 2001. Disponível em:

http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/orientacoes_gerais_central_esterilizacao.html. Acesso em: 27/12/2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Manual de normas e rotinas de processamento de artigos e superfícies para a rede municipal de saúde de Florianópolis**. 2008. Disponível em:

http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.50.39.d685b587076a7401197dd7a94b058abd.pdf. Acesso em: 13/12/2013.

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Tienne de A. Antonio Rampazzo Coren/SP 213.414 Vera Lúcia Verdu Coren/SP	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 47 Medida da Circunferência Abdominal

48.1 Definição

Técnica para avaliar aproximadamente a massa de gordura intra-abdominal e da gordura total do corpo.

48.2 Objetivo

Avaliar a distribuição de gordura nos indivíduos, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal.

48.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

48.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

48.5 Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

48.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01 Reunir o material;
- 02 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;
- 03 Higienizar as mãos (POP 42);
- 04 Solicitar ao paciente que fique em pé, ereto, abdome relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;
- 05 Afastar a roupa do paciente de forma que a região da cintura fique despida;
- 06 Posicionar-se lateralmente ao paciente e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca;
- 07 Segurar o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre o ponto médio localizado;
- 08 Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura; não deve ficar larga, nem apertada;
- 09 Pedir ao paciente que inspire e, em seguida, que expire totalmente.
- 10 Realizar a leitura antes que a pessoa inspire novamente;
- 11 Higienizar as mãos;
- 12 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 13 Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 14 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

48.7 Observação

A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.

48.8 Referências bibliográficas

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para Coleta e Análise de Dados**

Antropométricos em Serviços de Saúde. Brasília/DF, 2011.

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli Coren/SP 173.997 Priscilla Bacci Pegoraro Coren/SP 184.203	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 48 Medida da Circunferência do Quadril

48.1 Definição

Medida da circunferência do quadril obtida ao nível das espinhas ilíacas anteriores.

48.2 Objetivo

Indicar indiretamente a quantidade de gordura visceral no corpo quando relacionada com a circunferência abdominal do indivíduo.

48.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

48.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

48.5 Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

48.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01 Reunir o material;
- 02 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;
- 03 Higienizar as mãos (POP 42);
- 04 Orientar o paciente a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com mínimo de roupas possível;
- 05 Colocar a fita métrica ao redor do quadril, ao nível das espinhas ilíacas anteriores, sem comprimir a pele, levando em consideração a porção mais volumosa do glúteo;
- 06 Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes;
- 07 Realizar a leitura;
- 08 Higienizar as mãos;
- 09 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 10 Registrar o procedimento em planilha de produção;
- 11 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

48.7 Referências bibliográficas

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

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

PORTO, CC. **Exame clínico - Bases para a prática médica**. Guanabara Koogan- 4ª ed; 2000.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli Coren/SP 173.997 Marina Akemi S. Fuzita Coren/SP 242.841	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 49 Medida de Estatura

49.1 Definição

Técnica para obtenção da altura dos indivíduos.

49.2 Objetivo

Obter o valor preciso da altura dos indivíduos para avaliação antropométrica.

49.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

49.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

49.5 Material

Antropômetro

49.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Reunir o material;
- 02** Higienizar as mãos (POP 42);
- 03** Apresentar-se ao paciente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Crianças menores de 2 anos:

- 01** Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços;
- 02** Manter, com a ajuda da mãe/ responsável:
- 03** a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;
- 04** os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro;
- 05** os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro;
- 06** 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;
- 07** Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;
- 08** Retirar a criança;
- 09** Higienizar as mãos (POP 42);
- 10** Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 11** Registrar o procedimento em planilha de produção;
- 12** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:

- 01** Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento;
- 02** 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;
- 03** Solicitar ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/ parede;

- 04 Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;
- 05 Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;
- 06 Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;
- 07 Higienizar as mãos;
- 08 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 09 Registrar o procedimento em planilha de produção;
- 10 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

49.7 Observação

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

49.8 Referências bibliográficas

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde**. Brasília/DF, 2011.

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

PORTO, CC. **Exame clínico - Bases para a prática médica**. Guanabara Koogan- 4ª ed; 2000.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli Coren/SP 173.997 Marina Akemi S. Fuzita Coren/SP 242.841	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 50 Medida do Perímetro Cefálico

50.1 Definição

Medida da circunferência fronte-occipital, correspondendo ao perímetro cefálico máximo.

50.2 Objetivo

Avaliar o desenvolvimento cerebral e detectar precocemente anomalias.

50.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

50.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

50.5 Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

50.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01 Reunir o material;
- 02 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;
- 03 Higienizar as mãos (POP 42);
- 04 Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal;
- 05 Passar a fita métrica por baixo da cabeça da criança posicionando-a sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima;
- 06 Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça;
- 07 Realizar a leitura;
- 08 Higienizar as mãos;
- 09 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 10 Registrar o procedimento em planilha de produção;
- 11 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

50.7 Observação

- Não incluir pavilhão auricular;
- Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior.

50.8 Referências bibliográficas

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

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli Coren/SP 173.997 Jamile Nepomuceno Coren/SP 196.665	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 51 Medida do Perímetro Torácico

51.1 Definição

Medida da circunferência torácica obtida na altura dos mamilos.

51.2 Objetivo

Avaliar o desenvolvimento da criança comparando às outras medidas antropométricas.

51.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

51.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

51.5 Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

51.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01 Reunir o material;
- 02 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;
- 03 Higienizar as mãos (POP 42);
- 04 Colocar a criança deitada ou sentada caso já consiga permanecer nessa posição;
- 05 Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos;
- 06 Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax;
- 07 Realizar a leitura;
- 08 Higienizar as mãos;
- 09 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 10 Registrar o procedimento em planilha de produção;
- 11 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

51.7 Observação

A medida não deve ser feita sobre a roupa.

51.8 Referências bibliográficas

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO. Secretaria Municipal de Saúde.. **Procedimentos Operacionais Padrão para as Unidades Básicas de Saúde.** Colombo/PR, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli Coren/SP 173.997 Marina Akemi S. Fuzita Coren/SP 242.841	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 52 Medida do Peso Corporal

52.1 Definição

Método para obtenção da medida do peso corporal dos indivíduos.

52.2 Objetivo

Avaliar a evolução pondero-estatural do indivíduo.

52.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

52.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

52.5 Material

- Balança mecânica ou digital;
- Papel toalha.

52.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Reunir o material;
- 02** 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;
- 03** Higienizar as mãos (POP 42);
- 04** Forrar a base da balança com papel- toalha;
- 05** Verificar as condições de a balança destravá-la, tarar e travá-la (mecânica) ou ligá-la e verificar a tara (eletrônica);
- 06** Pedir ao paciente para subir na balança após retirar os sapatos;
- 07** Ler o valor obtido (balança eletrônica), ajustar os massores e verificar o peso (balança mecânica);
- 08** Ajudar o paciente a descer da balança;
- 09** Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.;
- 10** Higienizar as mãos;
- 11** Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 12** Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 13** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

52.7 Observação

- Aferir periodicamente as balanças;
- Calibragem: a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal. Caso não esteja, girar lentamente o calibrador, observando a nivelção da agulha;
- Certificar que as balanças estão apoiadas sobre uma superfície plana, lisa e firme;
- Pesar os pacientes com a menor quantidade possível de roupas;
- Em crianças menores de 15 kg, deve-se utilizar a balança infantil (de bandeja), colocando a criança deitada com todo o corpo sobre a bandeja, com a mão próxima para evitar quedas;
- Deve-se despir totalmente a criança (inclusive calçados e fraldas) para evitar alteração de resultado;
- Crianças impossibilitadas de se movimentar devem ser pesadas no colo do

profissional e descontar o peso do colaborador.

52.8 Referências bibliográficas

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

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

CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli Coren/SP 173.997 Elizabeth Tieko Fujino Coren/SP 53400	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 53 Movimentação em Bloco

53.1 Definição

Deslocar/rolar em bloco o paciente enquanto se mantém a estabilização manual, com mínimo movimento da coluna.

O rolamento em bloco é indicado para colocar o paciente na prancha longa, ou outro dispositivo que facilite o transporte do mesmo, e para virar o paciente com suspeita de trauma vertebromedular para examinar seu dorso.

53.2 Objetivo

Impedir a angulação da coluna cervical.

53.3 Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

53.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar/ de Enfermagem.

53.5 Material

- Prancha longa;
- Colar cervical.

53.6 Descrição do procedimento

Para realizar este procedimento com segurança é necessário a presença de três socorristas.

Ação de enfermagem

Paciente em Decúbito Dorsal Horizontal ou Posição Supina:

- 01 Realizar colocação do colar cervical adequada e eficiente, protegendo a coluna cervical de compressão. (POP 33);
Primeiro socorrista: manter a cabeça do paciente estabilizada em posição neutra alinhada durante todo procedimento;
Segundo socorrista: ajoelhar-se na altura da metade do tórax;
Terceiro socorrista: ajoelha-se na altura dos joelhos do paciente;
- 02 Esticar os braços do paciente e colocá-los juntos ao corpo com as palmas das mãos voltadas para o tronco, enquanto as pernas são colocadas em posição neutra alinhada;
- 03 Segurar o paciente pelos ombros (segundo socorrista) e quadris (terceiro socorrista) de tal forma que se mantenha a posição neutra alinhada das extremidades inferiores;
- 04 Rolar o paciente “em bloco”, ou seja, ao mesmo tempo, para decúbito lateral
- 05 Posicionar a prancha longa, de forma que a borda inferior fique entre os joelhos e os tornozelos do paciente e a borda superior se estenda além da cabeça do paciente;
- 06 Manter a prancha longa contra o dorso do paciente, e deslocá-lo em bloco sobre a mesma, que deve ser abaixada ao chão com o paciente sobre;
- 07 Logo após deve-se segurar o paciente firmemente pelos ombros, pelve e extremidades inferiores;
- 08 Movimentar o paciente para cima e lateralmente sobre a prancha longa (a estabilização neutra alinhada é mantida sem puxar a cabeça ou o pescoço do paciente);
- 09 Verificar se o paciente encontra-se posicionado na prancha longa com sua cabeça no topo da prancha e seu corpo centrado.

Paciente em Decúbito Ventral ou Semipronação

- 01 Primeiro socorrista:** manter a cabeça do paciente estabilizada em posição neutra alinhada durante todo procedimento.
- Segundo socorrista:** ajoelhar-se na altura da metade do tórax e segurar o ombro, o punho e a pelve do lado oposto.
- Terceiro socorrista:** ajoelha-se na altura dos joelhos do paciente e segurar o punho, a pelve e as extremidades inferiores;
- 02** Colocar a prancha longa na borda lateral e posicionada entre o paciente e os socorristas.
- 03** Posicionar a prancha longa, de forma que a borda inferior fique entre os joelhos e os tornozelos do paciente e a borda superior se estenda além da cabeça do paciente;
- 04** Após ter colocado o paciente deitado em posição supina sobre a prancha longa deve-se movimentar o paciente para cima e lateralmente sobre a prancha longa (a estabilização neutra alinhada é mantida sem puxar a cabeça ou o pescoço do doente);
- 05** Após posicionar o paciente corretamente na prancha deve-se colocar o colar cervical correto e então fixá-lo na prancha longa.

53.7 Observação

- Os braços do paciente são posicionados prevendo-se a posição final que o este ficará após a rotação completa. No método do rolamento em bloco com o paciente em semipronação, o colar cervical só pode ser colocado com segurança quando o paciente estiver em posição supina alinhada sobre a prancha longa e nunca antes que isso ocorra;
- Sempre que possível, o paciente deve ser girado na direção oposta daquela para onde sua face esta direcionada.

53.8 Referência bibliográfica

PHTLS/NAEMT. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. Tradução Renata Acavone ET AL. 7edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Deise Duarte S. Sousa - Coren/SP 250.719 Cristiane da Rocha F. Dias - Coren/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 54 Oxigenoterapia

54.1 Definição

É a administração de oxigênio medicinal em concentrações maiores àquelas do ar ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia.

54.2 Objetivo

Melhorar a oxigenação, a perfusão tecidual e corrigir a acidose respiratória.

54.3 Contraindicação

Não há contra-indicação absoluta para realização deste procedimento.

54.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

54.5 Material

- EPI (luvas de procedimento)
- Bandeja;
- Kit cateter nasal e/ou kit máscara de Venturi e/ou kit máscara de nebulização;
- Fonte de oxigênio;
- Água bidestilada;
- Fluxômetro.

54.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01 Checar a prescrição;
- 02 Reunir o material;
- 03 Higienizar as mãos (POP 42);
- 04 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 05 Paramentar-se com o EPI;

Quando cateter

- 01 Preencher o umidificador com água bidestilada até o nível recomendado pelo fabricante;
- 02 Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;
- 03 Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;

Quando máscara de nebulização

- 01 Preencher o umidificador com água bidestilada até o nível recomendado pelo fabricante;
- 02 Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;
- 03 Conectar a traqueia da máscara no umidificador de oxigênio;

Quando máscara de Venturi

- 01 Conectar o umidificador, sem água bidestilada, no fluxômetro de oxigênio;
- 02 Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;
- 03 Abrir válvula reguladora e do fluxo de oxigênio do fluxômetro, de acordo com a prescrição médica, certificando-se da sua permeabilidade;
- 04 Retirar o EPI e higienizar as mãos (POP 42);
- 05 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 06 Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 07 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

54.7 Observação

- kit cateter nasal é composto por: cateter com numeração adequada, extensor de silicone e umidificador;
- kit máscara de Venturi é composto por: máscara facial, extensor de silicone, traqueia, umidificador, regulador de fluxo de oxigênio e adaptador para nebulização;
- kit máscara de nebulização é composto por: máscara facial, traqueia, cadarço e umidificador;
- Observar a verificação da permeabilidade, ou seja, sem dobras, fixação do fluxômetro de oxigênio, fluxo de saída de oxigênio;
- Verificar se a fonte de oxigênio contém oxigênio suficiente para liberar a quantidade prescrita;
- Observar estado das mucosas e vias aéreas superiores do paciente a fim de evitar ressecamento das mesmas;
- Fornecer cuidados orais de higiene frequente;
- Ajustar corretamente e frequentemente a força da fita elástica e/ou outros dispositivos para fixação, fazendo o uso de protetores, se necessário, para evitar lesões;
- Registrar a liberação de oxigênio e o fluxo em litros, relatando a resposta do paciente à terapia e instruções dadas ao paciente e familiar.

54.8 Referências bibliográficas

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

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

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

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

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Elton Pallone de Oliveira Coren/SP 156.486 Cristiane da Rocha F. Dias Coren/SP 120.740 Chaúla Vizelli - Coren/SP 173.997 Deise Duarte S. Sousa - Coren/SP 250.719 Edméia Ap. N. Duft - Coren/SP 52.754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 55 Organização de Salas e Setores

55.1 Definição

Compreende a preparação da sala ou setor para as atividades de enfermagem a serem desenvolvidas no plantão. Inclui a desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes nas diferentes áreas de uma unidade de saúde e a providencia dos materiais necessários para o desenvolvimento das atividades.

55.2 Objetivo

Preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

55.3 Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

55.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

55.5 Material

- Luvas de borracha;
- Álcool a 70%;
- panos limpos;
- Solução com hipoclorito de sódio 1% (para locais com presença de matéria orgânica);
- Lista com os materiais a serem reabastecidos na sala ou setor.

55.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Descartar materiais com validade vencida ou com a qualidade comprometida;
- 02** Checar o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos do setor no início de cada plantão. Em caso de algum problema ou mau funcionamento, comunicar imediatamente o enfermeiro responsável;
- 03** Higienizar as mãos (POP 42);
- 04** Calçar as luvas;
- 05** Umedecer o pano limpo com álcool 70% e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo;
- 06** Se houver locais com presença de matéria orgânica, proceder primeiro a limpeza com hipoclorito de sódio 1%, aguardar 10 minutos e remover com água e sabão. Após, secar a superfície e limpar com álcool a 70% conforme descrição no item anterior;
- 07** Verificar os materiais em falta no setor e providenciar a reposição.

55.7 Observação

- As superfícies referidas neste protocolo compreendem: mobiliários, equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, divãs, suporte para soro, balança, computadores e outros com os quais o profissional e os materiais terão contato durante o trabalho.
- Ao término do plantão a unidade deve estar limpa, organizada e com os materiais repostos. Nas situações em que isso não for possível, comunicar as pendências ao profissional a assumir a unidade e registrar os motivos no livro de ocorrência;

- Após a realização de procedimentos em que haja contaminação da sala por secreções ou produtos, deve ser realizada uma limpeza sistemática, concorrente ou terminal de acordo com cada situação a ser definida pelo enfermeiro na rotina de cada serviço;
- Enfermeiro deve ser responsável por determinar a execução e a periodicidade do procedimento de limpeza a fim de garantir o atendimento seguro ao paciente e ao profissional;
- Para realização de limpeza concorrente e terminal utilizar o POP 45.

55.8 Referência bibliográfica

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

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

CUNHA F.M.B.; et al. **Manual de boas práticas para o serviço de limpeza** – abordagem técnica e prática. Faculdade de odontologia, São José dos Campos/ SP, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO. **Procedimento Operacional Padrão de Limpeza Hospitalar**. Hospital Universitário Julio Müller – Serviço de Controle Infecção Hospitalar. Disponível em: www.ufmt.br/hujm/arquivos/0d06282c06e20b99866b120ae0e0e523.pdf. Último acesso: 30/11/2015.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Tienne de A. Antonio Rampazzo Coren/SP 213.414 Celso Luís de Moraes Coren/SP 142.823	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 56 Pranchamento em Posição Supina

56.1 Definição

Imobilizar a coluna do paciente traumatizado e que deambula, e que tenha a indicação para imobilização da coluna.

56.2 Objetivo

Imobilização total do paciente em pé na prancha longa enquanto a cabeça e o pescoço são mantidos em posição neutra, diminuindo o risco de outras lesões.

56.3 Contraindicação

Não existe contraindicação para realização deste procedimento.

56.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

56.5 Material

- Prancha longa;
- Colar cervical.

56.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Três ou mais Socorristas

- 01 Os socorristas devem realizar a estabilização e o alinhamento manuais tanto pela frente como por trás do paciente;
- 02 Uma vez obtida a estabilização alinhada manual da cabeça e do pescoço do paciente, o colar cervical de tamanho correto pode ser colocado (POP 33);
- 03 A prancha longa é colocada atrás do paciente e pressionada contra ele. Assim que a prancha estiver no lugar, mantém-se a estabilização manual por todo o procedimento e o paciente é fixado na prancha longa;
- 04 Dois socorristas ficam em pé de cada lado do paciente, virados na direção do deste, e inserem a mão que se encontra mais próxima do paciente sob a axila dele, segurando a alça mais próxima sem movimentar o ombro do paciente. A outra mão segura a alça superior da prancha. Enquanto o alinhamento e a estabilização manuais são mantidos o paciente e a prancha são deitados no chão;
- 05 Conforme o paciente é baixado ao chão, o socorrista, atrás dele, mantém a estabilização manual, rotacionando suas mãos;
- 06 Os outros socorristas, posicionados um de cada lado da maca, precisam soltar sua porção superior e colocar as mãos sob o braço do profissional responsável pela estabilização manual da cabeça e do pescoço do paciente;
- 07 Com o paciente e a prancha no chão, este é imobilizado na prancha longa.

Dois Socorristas

1. O primeiro socorrista faz e mantém a estabilização manual da cabeça e do pescoço do paciente, enquanto o segundo socorrista verifica a medida e coloca o colar cervical de tamanho adequado (POP 33);
- 02 Após a colocação do colar, o segundo socorrista posiciona a prancha atrás do paciente e na frente do primeiro socorrista;
- 03 O segundo socorrista segura a prancha com a mão mais próxima a ela. Esse profissional agora põe a outra mão, com a palma e os dedos estendidos, na cabeça do paciente, e aplica uma leve pressão para auxiliar a manutenção da estabilização manual;
- 04 O primeiro socorrista agora pode liberar a cabeça do paciente com as mãos mais próximas do segundo socorrista. Com sua outra mão, o socorrista se reposiciona

ao lado da cabeça do paciente, aplicando pressão lateral enquanto se move e posiciona a prancha à altura da cabeça do paciente ou mais acima;

- 05** O paciente e a prancha são colocados no chão, enquanto os dois socorristas mantêm a estabilização manual, exercendo igual pressão lateral na cabeça do paciente. Os socorristas responsáveis pelo atendimento pré-hospitalar precisam trabalhar juntos durante esse movimento, garantindo a máxima estabilização manual;
- 06** Assim que o paciente e a prancha estiverem no chão, a estabilização manual pode ser mantida por um socorrista localizado acima da cabeça do indivíduo, até que este seja imobilizado na prancha longa;

56.7 Observação

Quando três ou mais socorristas não estão disponíveis, dois socorristas podem realizar a imobilização conforme descrito acima.

56.8 Referência bibliográfica

Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado, PHTLS/NAEMT; [tradução Renata Acavone ET AL.] – 7ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Deise Duarte S. Sousa Coren/SP 250.719 Cristiane da Rocha F. Dias Coren/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 57 Realização de curativo

57.1 Definição

Curativo é o procedimento que compreende o processo de limpeza, desbridamento, seleção e aplicação da cobertura e/ou tratamento tópico da lesão proporcionando um meio adequado ao processo de cicatrização.

57.2 Objetivo

Promover a cicatrização, manter a ferida limpa, prevenir infecções e traumas físicos, aliviar a dor, promover isolamento térmico, promover conforto físico e psicológico, permitir trocas sem traumas a lesão, manter a umidade da ferida em lesões abertas, absorver/controlar o excesso de exsudato.

57.3 Contraindicação

É importante verificar se há contra indicações específicas da cobertura indicada ao tipo de tecido e/ou etiologia da lesão.

57.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

57.5 Material

- Mesa auxiliar ou bandeja
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly;
- Cabo e lâmina de bisturi (se necessário);
- Tesoura;
- Pacote de gazes esterilizadas;
- Atadura de rayon estéril;
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente;
- Agulha 25x1.2 ou 40x1.2;
- Alcool 70%;
- Luvas de procedimento e/ou estéril;
- Micropore^(R)/Espadrado;
- Atadura de crepe;
- Espátula;
- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;
- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário;
- Papel Toalha.

57.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas, antes de iniciar a execução;
- 02** Conferir a prescrição médica ou de enfermagem;
- 03** Higienizar as mãos (POP 42);
- 04** Reunir todo o material, conforme o ambiente (UBS/domicílio);
- 05** Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- 06** Higienizar novamente as mãos;
- 07** Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
- 08** Observar o curativo anterior antes da remoção;
- 09** Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a

- retirada do micropore e desprendimento da cobertura;
- 10 Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor, documentando a evolução para subsidiar a avaliação do produto prescrito;
 - 11 Se necessário proceder a limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periferida com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha;
 - 12 Retirar luvas e higienizar as mãos;
 - 13 Abrir o pacote de curativo utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
 - 14 Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
 - 15 Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%;
 - 16 Com o auxílio das pinças limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida de SF 0,9%;
 - 17 Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%, removendo detritos, bactérias, exsudatos, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos da superfície da ferida;
 - 18 Na presença de tecido desvitalizado solto ou não solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/desbridamento;
 - 19 Secar a pele peri-lesão com gaze;
 - 20 Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível, semanal/quinzenal;
 - 21 Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo enfermeiro/médico* e ocluir o curativo conforme necessidade (gazes, rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);
 - 22 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
 - 23 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
 - 24 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
 - 25 Registrar o procedimento em planilha de produção;
 - 26 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

57.7 Observações

- Todos curativos crônicos devem passar por uma primeira avaliação do Enfermeiro, que realizará a sistematização da assistência de enfermagem que poderá delegar aos profissionais de nível médio, a execução do procedimento, com a prescrição do cuidado e material a ser utilizado, mantendo a avaliação periódica e evolução da ferida.
- Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do paciente e local da realização do curativo.
- No domicílio recomenda-se a técnica limpa.
- Na unidade a técnica limpa pode ser utilizada sempre criteriosamente e recomenda-se o uso de instrumentais estéreis (pinças) ou utilizar luvas estéreis na ausência dos mesmos.
- A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.
- A realização de curativo de imobilização ortopédica pode ser realizado por profissional de enfermagem (antes ou após a imobilização), sob indicação do médico (prescrição escrita do médico de referência para o procedimento).

ortopédico) e supervisão, direção e orientação do Enfermeiro, conforme parecer Coren 07/2015.

- desbridamento só pode ser realizado por enfermeiros e médicos.
- *A indicação dos produtos/coberturas deve ser feita **c o n s i d e r a n d o** o momento evolutivo da lesão, tipo de tecido, patologia, adesão ao tratamento, recursos disponíveis, materiais padronizados e protocolo de uso da Secretaria Municipal de Saúde. Consultar Guia de Tratamento de Feridas Out/2011 no site da SMS.

57.8 Referências bibliográficas:

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer nº 07/2015**. Realização de curativo pelo técnico de imobilização ortopédica. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Tratamento de Feridas**. Campinas/SP, 2011.

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamentode Feridas**. Campinas/SP 2006

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

HESS, C. T. **Tratamento de Feridas e Úlceras**. Rio de Janeiro: Editora Reichmann & Affonso, 2002.

RIBEIRÃO PRETO. SMS. **Manual de Assistência Integral às Pessoas com Feridas**, 2011.

SANTOS,J.B.D; PORTO,S.G; Suzuki,L.M; Sostizzo,L.Z; Antoniazzi,J.L. Hospital da Clínicas de Porto Alegre, RS. **Avaliação e Tratamento de Feridas: Orientações aos profissionais de saúde**. 2011

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Elizabeth Tieko Fujino Coren/SP 53400 Edson Eden de Oliveira Coren/SP: 24259 Mariana Charantola Silva Coren/SP: 154624 Regina Grimaldi Oliveira Coren/SP: 44822 Cíntia Mastrocola Soubhia Coren/SP: 30609 Marisa F. Gomes Machado Coren/SP 45.813 Flavio Ventura dos Santos Coren/SP: 22422 Shirley Ruriko da Silveira Coren/SP: 44822	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/SP 246362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 58 Retirada de Pontos

58.1 Definição

Retirada de fios colocados para aproximar as bordas de uma lesão (sutura).

58.2 Objetivo

Facilitar a cicatrização.

58.3 Contraindicação

Sinais de processos inflamatórios ou infecciosos.

58.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

58.5 Material

- EPIs: luvas de procedimentos e avental;
- Pacote de retirada de pontos: Tesoura de Íris, pinça Kelly, pinça anatômica, dente de rato ou Kocker;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Gazes (estéreis).

58.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Reunir o material;
- 02** 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;
- 03** Higienizar as mãos (POP 42);
- 04** Paramentar-se com os EPIs;
- 05** Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar limpeza local com soro fisiológico;
- 06** Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, próximo a pele com a tesoura de Íris;
- 07** Colocar os pontos retirados sobre uma gaze;
- 08** Cobrir a ferida se houver necessidade;
- 09** Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 10** Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- 11** Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 12** Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 13** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

58.7 Observação

- Certificar-se do tipo de fio utilizado na sutura. Em geral, suturas com fios absorvíveis não precisam ser retiradas;
- Nos casos em que houver sinais de processos inflamatórios ou infecciosos, solicitar avaliação do enfermeiro.
- Retirada de pontos de curativos Pós-Operatórios devem ter a supervisão do Enfermeiro e a prescrição médica (Parecer nº 39/2013 COREN/SP).
- Entendemos que o Parecer 39/2013 excetua a retirada de pontos de ferimentos leves corto-contusos e sem sinais flogísticos.

58.8 Referências bibliográficas

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer 039/2013. Realização de sutura e retirada de pontos por profissionais de**

Enfermagem. 2013.

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

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Celso Luis de Moraes Coren/SP 142.823 Jamile Nepomuceno Guimarães Coren/SP 196665	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/SP 246362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 59 Realização Peak Flow

59.1 Definição:

O Peak Flow meter (debitômetro) é um instrumento que serve para medir a eficácia da função pulmonar e indicando permeabilidade vias respiratórias.

59.2 Objetivo:

- Diagnosticar doenças respiratórias como: asma, bronquite crônica e enfisema.
- Avaliar severidade das doenças;
- Monitorizar a evolução das doenças e registrar dados objetivos, instrumentando o médico para intervenções específicas.
- Verificar a resposta à medicação;
- Prevenir crises.

59.3 Contra-indicação:

- Deficiência da capacidade cognitiva.
- Afecções da cavidade bucal.
- Algumas situações podem representar um potencial risco para o paciente devido às manobras forçadas realizadas durante o exame, sendo sempre necessário a avaliação médica para indicação do exame.

59.4 Executante:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem habilitado.

59.5 Material:

- Peak Flow meter (debitômetro);
- Planilha específica para registro dos dados pessoais do paciente;
- Balança para mensurar altura e peso do paciente;
- Planilha de Pico de Fluxo Expiratório (PFE);
- Lápis;
- Bocal descartável.

59.6 Descrição do procedimento:

Ação de enfermagem

1. Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se, acolher o paciente e responsável com atenção.
2. Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores.
- 02 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, identificação do profissional solicitante (nome, número do registro e carimbo).
- 03 Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado.
- 04 Mensurar peso e altura do paciente;
- 05 Preencher a planilha de pico de fluxo expiratório com nome do paciente, idade, sexo, peso e altura.
- 06 Solicitar ao paciente que realize o exame em pé.
- 07 Certifique-se de que o “contador” está a zero;
- 08 Encaixar o bocal no fluxômetro;
- 09 Solicite ao paciente que inspire o mais profundamente possível;
- 10 Posicione o bocal descartável, solicitando ao paciente que o aperte a boquilha com os lábios para evitar que o ar se escape para fora do medidor;

- 11 Oriente o paciente a soprar o mais forte e rapidamente que conseguir, durante 2 segundos;
- 12 Orientar o paciente a não tossir, nem bloquear a boquilha com saliva ou com a língua;
- 13 Anote o valor obtido;
- 14 Repita o processo mais duas vezes e aponte o valor mais elevado no seu registo (os três valores obtidos devem ser similares);

59.7 Observações:

Este procedimento é executado pelo profissional de enfermagem habilitado, porém o laudo médico é realizado pelo pneumologista.

59.8 Referências Bibliográficas:

CAMELO, J.S.; TERRA FILHO, J.; MANÇO, J.C. **Pressões respiratórias máximas em adultos normais**. Jornal de Pneumologia, v.11, n.4, p. 181-184, 1985.

COSTA, D.. **Fisioterapia Respiratória Básica**. São Paulo. Editora Atheneu, 1999.

COSTA, D; SAMPAIO, L. M. M.; LORENZZO, V. A. P.; JAMAMI, M.; DAMASO, A. R. **Avaliação da força muscular respiratória e amplitudes torácicas e abdominais após a RFR em indivíduos obesos**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 11, n. 2, p.156-160, Mar 2003.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Eunice de Souza Coren/SP 57076 Camila Monteiro G. Dias Silva Coren/SP 242835 Camila Monteiro G. Dias Silva Coren/SP 242835 Ana Carolina F. Moreira Coren/SP 323329	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 60 Sondagem Nasoenteral

60.1 Definição

Introdução de uma sonda maleável, com fio guia metálico, flexível e radiopaco, através da narina até o intestino.

60.2 Objetivo

Permitir a administração de dietas e medicamentos de maneira mais segura, principalmente nos pacientes idosos, acamados, com reflexos diminuídos, inconscientes e/ou com dificuldade de deglutição.

60.3 Contraindicação

- Pacientes com desvio de septo;
- Pacientes com TCE, fraturas faciais e/ou suspeita de fratura de base de crânio;
- Pacientes com relato e/ou que possuem documentação indicando varizes, lesões e/ou estenose/obstrução esofagiana;
- Paciente com relato ou que possuem documentação indicando coagulopatia grave.

60.4 Executante

Enfermeiro.

60.5 Material:

- EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos);
- Bandeja;
- Sonda nasoenteral tipo Dobhoff;
- Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante);
- Gaze não estéril;
- Seringa de 20ml;
- Espadrado ou adesivo hipoalergênico;
- Estetoscópio;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Toalha ou papel toalha;
- Biombo (se necessário).

60.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01 Checar a prescrição;
- 02 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;
- 03 Reunir o material;
- 04 Higienizar as mãos (POP 42);
- 05 Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- 06 Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contraindicação. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;
- 07 Paramentar-se com os EPIs;
- 08 Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;
- 09 Inspeccionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;
- 10 Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;

- 11 Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;
- 12 Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide adicionando 15 a 20 cm, marcando com fita adesiva;
- 13 Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;
- 14 Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, que indica que a sonda atingiu a nasofaringe e nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça, ocorrendo o fechamento da traquéia e abertura do esôfago;
- 15 Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição ;
- 16 Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;
- 17 Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia e/ou cianose;
- 18 Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;
- 19 A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;
- 20 Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito, facilitando o posicionamento da sonda para o duodeno através dos movimentos peristálticos;
- 21 Deixar o paciente confortável;
- 22 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 23 Higienizar as mãos;
- 24 Encaminhar o paciente para controle radiológico;
- 25 Após confirmar a localização da sonda pela radiografia, retirar o fio guia e iniciar a nutrição/medicação;
- 26 Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado e identificado, para repassar a sonda se necessário;
- 27 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 28 Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- 29 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

60.7 Observação

- Lubrificar a sonda internamente com 10 ml de água ou SF antes da passagem da sonda, para facilitar a saída do fio guia;
- Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem orogástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;
- Em pacientes com suspeita de trauma raquimedular, não elevar o decúbito;
- No sistema de sondagem nasoenteral, o RX é considerado padrão ouro para verificar localização da sonda e segurança no procedimento, pelas Sociedades Americana, Européia e Brasileira de Terapia Nutricional (ASPEN, ESPEN, SBNPE). C;
- Aguardar 30 minutos para realizar a radiografia, devido ao tempo de migração da sonda para duodeno/jejuno;
- Checar a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;
- Realizar higiene oral a cada 6h;
- Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação;

- Lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;
- Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;
- Higienizar as narinas do paciente pelo menos uma vez ao dia;
- Se houver resistência durante a passagem, girar a sonda e ver se ela avança. Se ainda houver resistência, retirar a sonda, deixar que o paciente descanse, lubrificar novamente a sonda, e passar pela outra narina;
- Deixar toalhas próximas do paciente, para o caso deste sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação.

45.9 Referências bibliográficas

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer 25/2013.**

Inserção de sonda nasogástrica/nasoenteral (SNG/SNE) e lavagem gástrica em RN por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem, 2013.

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

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

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

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Tienne de Almeida A. Rampazzo Coren/SP 213.414 Chaula Vizelli - Coren/SP 173.997 Flavio Ventura dos Santos Coren/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 61 Sondagem Nasogástrica

61.1 Definição

Introdução de uma sonda maleável através da narina até o estômago.

61.2 Objetivo

Drenar conteúdo gástrico para descompressão, realizar lavagem gástrica e administração de medicação/alimento.

61.3 Contraindicação

- Pacientes com desvio de septo;
- Pacientes com TCE, fraturas faciais e/ou suspeita de fratura de base de crânio;
- Pacientes com relato e/ou que possuem documentação indicando varizes, lesões e/ou estenose/obstrução esofagiana;
- Paciente com relato ou que possuem documentação indicando coagulopatia grave;
- Pacientes com neoplasia de esôfago ou estômago;
- Pacientes com mal formação e/ou obstrução mecânica/ cirúrgica do trato gastrointestinal.

61.4 Executante

Enfermeiro, Técnicos / Auxiliares de Enfermagem.

61.5 Material

- EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos);
- Bandeja;
- Sonda nasogástrica tipo Levine;
- Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante);
- Gaze não estéril;
- Seringa de 20ml;
- Espadrado ou adesivo hipoalergênico;
- Estetoscópio;
- Toalha ou papel toalha;
- Coletor de secreção (se necessário);
- Biombo (se necessário).

61.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

1. Reunir o material;
 2. 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;
- 02** Checar a prescrição;
- 03** Higienizar as mãos (POP 42);
- 04** Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- 05** Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contra-indicação. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;
- 06** 07- Paramentar-se com os EPIs;
- 07** Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;
- 08** Inspeccionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;

- 09** Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;
- 10** Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;
- 11** Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide adicionando dois dedos, marcando com fita adesiva;
- 12** Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;
- 13** Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;
- 14** Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;
- 15** Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;
- 16** Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia ou cianose;
- 17** Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;
- 18** A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;
- 19** Acoplar a sonda ao coletor caso sonda tenha como objetivo a drenagem de conteúdo gástrico. Manter coletor abaixo do nível da cintura do paciente, a fim de possibilitar a drenagem;
- 20** Deixar o paciente confortável;
- 21** Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 22** Higienizar as mãos;
- 23** Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 24** Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- 25** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

61.7 Observação

- Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem orogástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;
- Em pacientes com suspeita de trauma raquimedular, não elevar o decúbito;
- Checar sempre a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;
- Realizar higiene oral a cada 6h;
- Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação;
- Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;
- Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;
- Higienizar as narinas do paciente pelo menos uma vez ao dia;
- Deixar toalhas próximas, pois, durante a passagem da sonda, o paciente pode sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação;
- Em caso de perda ou deslocamento da sonda em pacientes de pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada nem mesmo reintroduzida sem avaliação médica.

61.8 Referência bibliográfica

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer 25/2013.**

Inserção de sonda nasogástrica/nasoenteral (SNG/SNE) e lavagem gástrica em RN por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem, 2013.

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

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

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

UNAMUNO M.R.D.L.; JULIO S.M. **Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações.** Medicina, Ribeirão Preto, 35: 95-101, jan./mar. 2002.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Tienne de Almeida A. Rampazzo Coren/SP 213.414 Cristiane da Rocha Ferreira Dias Coren/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 62 Transferência de Prontuário

62.1 Definição

Prontuário do paciente é o conjunto de documentos e informações relativos à assistência prestada a um Usuário. A instituição de saúde é a responsável legal pela guarda e conservação desses documentos. Transferência é o ato de deslocar / movimentar esses documentos de um serviço de saúde para outro.

62.2 Objetivo

Realizar a movimentação de prontuário de usuários, de forma a preservar e conservar as informações nele contidas.

62.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

62.4 Executante

Administrativo com apoio de equipe multiprofissional da qual a equipe de enfermagem (Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem) faz parte.

62.5 Material

- Guia de remessa específica
- Envelope
- Prontuário do paciente

62.6 Descrição do procedimento

Ação Administrativa

- 01** Solicitar ao usuário endereço antigo e endereço atual obrigatoriamente.
- 02** Verificar qual o CS destino da área de abrangência de transferência.
- 03** Numerar as folhas do prontuário (apenas a frente da folha) e anotar o total de folhas na última página do prontuário, como o modelo: “Nesta data, feito a transferência deste prontuário para o CS XXXX, com um total de número de folhas de 98 até o momento”.
- 04 Transferência intramunicipais:** Fazer guia de remessa em QUATRO vias completas (1ª via: CS de origem; 2ª via: CS de origem após assinatura do CS de destino; 3ª via: CS de destino, 4ª via: Distrito). Transferências intermunicipais/interestaduais: utilizar mesmo fluxo enviando ao DRS.
- 05** Atentar para que todos os nomes contidos no prontuário estejam completos e com o respectivo número da FF.
- 06** Colocar novo endereço no sistema SIGA e alterar vínculo para a nova unidade de referência.

Descrição do procedimento:

- 01** Colocar as fichas individuais em pasta específica (para melhor organização interna) que será retirada na rotina do malote.
- 02** Profissional do Distrito, no ato da retirada do malote, assina de forma legível a primeira via da guia de remessa e a deixa no serviço.

Entrada de Prontuário

- 01** Verificar os prontuários (inclusive o conteúdo), assinar a planilha de controle do distrito, assinar a 2ª via da guia de remessa recebida e entregar para o profissional do distrito, devolvendo-a para a origem.
- 02** Guias de remessa (prontuários) sem endereço atual serão devolvidas para a unidade de origem.

62.7 Observação

- Recomenda-se que transferência do prontuário seja realizada pelo Agente Comunitário de Saúde da área de abrangência do Usuário, ou por outro profissional indicado pela gestão local.
- Recomenda-se que nas transferências entre municípios, seja realizada cópia do prontuário para transferência e o prontuário original fique arquivado na unidade.
- Recomenda-se que após o recebimento do prontuário, este seja incluído no arquivo da unidade.
- Recomenda-se que o prontuário não seja transferido pelo próprio usuário.

62.8 Referências bibliográficas

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - **RDC N° 63 de 25 de Novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM N°1.638/2002** (Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5).

CONARQ. Conselho Nacional de Arquivos. **Resolução N° 22, 30 de junho de 2005**. Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
20/09/15	01	Helen Florêncio COREN/SP Márcio Carvalho COREN/SP - 0127548 Luciana Gonçalves COREN/SP	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 63 Terapia de Reidratação Oral

63.1 Definição

Terapia realizada através da administração de sais de reidratação oral para repor líquido e eletrólitos.

63.2 Objetivo

Corrigir o desequilíbrio hidroeletrólítico pela reidratação oral, prevenindo a desidratação e os seus agravos.

63.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

63.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

63.5 Material

- Envelope de Soro de Reidratação Oral – SRO;
- Água filtrada ou fervida (fria);
- Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa);
- Copo descartável.

63.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01 Reunir o material;
- 02 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 03 Conferir prescrição de enfermagem ou médica;
- 04 Higienizar as mãos (POP 42);
- 05 Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água;
- 06 Ofertar ao paciente em curtos intervalos toda vez que ele desejar;
- 07 Solicitar reavaliação do paciente após o término da terapia;
- 08 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados garantindo a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 09 Higienizar as mãos;
- 10 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 11 Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 12 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

63.7 Observação

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

63.8 Referências bibliográficas

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

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

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por

27/12/2013	01	Chaúla Vizelli Coren/SP 173.997 Elizabeth Tieko Fujino Coren/SP 53.400	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
------------	----	---------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

POP 64 Teste de Gravidez

64.1 Definição

Exame realizado com fita reagente para identificação do hormônio gonadotrofina coriônica em uma amostra de urina, geralmente após 7 a 10 dias de atraso menstrual.

64.2 Objetivo

Detectar precocemente a gravidez;

Público alvo:

- Mulheres em idade fértil que apresentem atraso menstrual;
- Mulheres com atraso do MAC >3 dias.

64.3 Contraindicação

- Mulheres em idade não fértil (acima de 49 anos) ou que não tenham atividade sexual;
- Atraso menstrual acima de 15 a 16 semanas (Recomendado exame físico obstétrico).

64.4 Executante

- Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

64.5 Material

- Luvas de procedimento;
- Frasco limpo e seco de plástico ou vidro, sem nenhum conservante;
- Tiras reagentes para Teste Rápido HCG urinário.

64.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01 Reunir o material;
- 02 Higienizar as mãos (POP 42);
- 03 Chamar a paciente pelo nome completo e pedir para que a paciente se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- 04 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- 05 Apresentar-se a paciente e explicar o procedimento a ser realizado, sanando as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 06 Questionar a paciente sobre o período de amenorreia e sintomas;
- 07 Calçar as luvas de procedimento;
- 08 Oferecer o frasco ou copo descartável e encaminhá-la ao sanitário;
- 09 Orientar a paciente a coletar uma pequena amostra de urina;
- 10 Anotar o lote e validade no prontuário da paciente e abrir a embalagem do teste;
- 11 Receber o material e proceder à realização do teste, introduzir a tira em posição vertical com as setas na posição vertical e para baixo;
- 12 Emergir até a linha "Mark line" retire a tira após 10-15 segundos e colocar a tira sob material ou superfície não absorvente;
- 13 Esperar as faixas coloridas aparecerem, aguardar tempo da reação completa de 5 minutos;
- 14 Interpretar o resultado:
- 15 **Negativo:** aparece apenas uma faixa na região do controle.
- 16 **Positivo:** aparecem duas faixas iguais e separadas de cores na região do controle e do teste;
- 17 Explicar o resultado a paciente;
- 18 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 19 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- 20 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão COREN-SP-DIR/001/2000 e conforme (POP 13);

21 Registrar o procedimento em planilha de produção.

22 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

64.7 Observação

- A intensidade da cor das faixas do teste pode variar visto que estágios diferentes da gravidez têm concentrações diferentes do hormônio de hCG.
- É recomendado que o teste seja feito na Unidade Básica de Saúde, caso seja feito fora deve orientar o paciente a realizar um teste confirmatório sob supervisão da equipe de enfermagem.
- enfermeiro deve estar atento a mudanças de marca utilizada e, após leitura da bula, capilarizar possíveis mudanças à equipe.
- Coletar preferencialmente a primeira urina da manhã, por conter maior concentração do hormônio.
- Poderá ser também utilizada outra amostra de qualquer período do dia, respeitando o intervalo entre micções recomendado pelo fabricante.
- Não há necessidade de realizar exame imunológico se atraso menstrual for acima de 15 a 16 semanas, confirmar com exame clínico com palpação e ausculta de batimentos cardíacos fetais.
- Preferencialmente acolher a usuária em sala que possua sanitário;
- Em caso de resultado positivo, o auxiliar / técnico de enfermagem deverá agendar o mais breve possível a primeira consulta de pré-natal;
- Caso a gravidez seja indesejada, a paciente deverá ser encaminhada para atendimento da equipe de referência e de IMEDIATO com o enfermeiro.
- Caso resultado negativo com manifestação de desejo de engravidar: agendamento de consulta de enfermagem programada

64.8 Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste Rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico.**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Brasília:2014.

PARECER COREN-SP 031 /2013 – CT PRCI nº 101.092. **Realização de teste de gravidez e informação do resultado.** 2013.

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli Coren/SP 173.997 Elizabeth Tieko Fujino Coren/SP 53.400	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
20/09/15	02	Chaúla Vizelli Coren/SP 173.997 Analu Lima Ataíde Coren/SP 236.871 Marta de Souza Pereira Coren/SP 248.634 Viviane Cristina Claro Coren/SP 124.521	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 65 Teste Rápido para Hepatite B

65.1 Definição

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.

65.2 Objetivo

Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado;
Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento;
Evitar a progressão hepática e suas complicações, como o câncer e a cirrose;

65.3 Contraindicação

Não deve ser utilizado em fase post-mortem;

65.4 Executante

Profissional de nível superior da área de saúde¹ capacitado pelo Departamento DST/AIDS e Hepatites virais do Ministério da Saúde

65.5 Material

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Caneta esferográfica;
- Caneta de tinta permanente;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos (anexo);
- Laudo TR HBsAg (anexo);

65.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

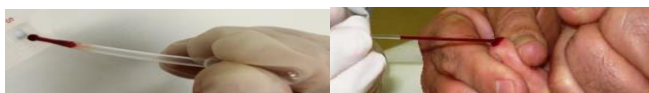
1. Ler o manual de instrução;
2. Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
3. Higienizar as mãos (POP 42);
4. Colocar os EPIs;
5. Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e 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;

¹Este documento foi idealizado para o profissional Enfermeiro.

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 (POP 20);
13. Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta.
 - a. 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.



Pipeta Capilar

Tubo Capilar

1. Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar três gotas da amostra no poço (S) do dispositivo de teste.
2. Adicionar uma gota de solução tampão no poço, sobre a amostra.
3. Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado; Se resultado negativo aguardar mais 15 minutos.
4. Fazer a interpretação conforme:
 - a. Se após 30 minutos aparecer apenas uma linha azul na área de controle, a amostra será considerada **NÃO REAGENTE**.



- b. Se aparecer a linha vermelha na área de teste e azul na área de controle, a amostra será considerada **REAGENTE**.



- c. 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



5. Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
6. Retirar os EPIs;

7. Realizar anotação na folha de trabalho, assinar e carimbar;
8. Registrar o procedimento em planilha de produção ou sistema de informação (SIGA);
9. Emitir o laudo diagnóstico em duas vias;
10. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

65.7 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.

65.8 Referências bibliográficas

8 - Referências bibliográficas (ABNT):

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV)**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/manual_para_capacitacao_de_tr_para_as_hepatites_b_17745.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico de Hepatites Virais**. Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
20/09/2015	01	Eliana Cristina Petoilho COREN/SP 59305 Glaziela Maria G. Espindola COREN/SP 89391 Jusiane do Carmo Dias - COREN/SP 073073 Marita Fontenele A. Coelho – COREN/SP 151929 Marta de Souza Pereira – COREN/SP 248634	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

9 – Anexos:**9.1 – Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos (sugestão – modelo)**

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO														MÊS/ANO: ____/____			
FOLHA DE TRABALHO DE REALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS														LEGENDA DEMANDA			
														LD	Livre Dемanda		
HIV_FLUÍDO ORAL	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____						Nº	Nº de coletas no ano					
HIV_SANGUE	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____						ABS	Abordagem Síndrômica					
HIV_2º TESTE	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____						ACT	Acidente de Trabalho					
SÍFILIS	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____						TRAT	Usuário em tratamento					
HEPATITE B	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____						SOLI	Solicitação Interna					
HEPATITE C	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____						SOLE	Solicitação Externa					
														COM	Comunicante		
IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA				HIV FLUIDO ORAL		HIV SANGUE		HIV 2º TESTE		Triagem HEP. C		Triagem HEP. B		Triagem SÍFILIS		DEMANDA	RESP. TÉCNICO
DIA	INICIAIS	MATRÍCULA	Sexo	D.NASCIMENTO	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS		
1.				____/____/____													
2.																	
3.																	
n.																	
Somatória do número de testes realizados																	Total Geral:

9.2 – Laudo TR HIV (sugestão – modelo)²

² O cabeçalho é apenas ilustrativo. Cada serviço de saúde deverá colocar sua identificação: nome do serviço, endereço, telefone e email.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS
CENTRO DE REFERÊNCIA
PROGRAMA MUNICIPAL DST/AIDS
Rua Regente Feijó - 637 - Centro - Campinas / SP
TEL: 3234.5000 / 3236.3711
e-mail: saude.aids@campinas.sp.gov.br



Nome: _____
Data de nascimento: _____ Sexo: F () M () Matrícula: _____

TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Amostra: sangue total

Data da coleta: _____

TESTE 1:

Nome do produto: _____

Método: imunocromatografia

Lote: _____

Resultado do teste: (NAO REAGENTE ou REAGENTE)

TESTE 2:

Nome do produto: _____

Método: imunocromatografia

Lote: _____

Resultado do teste: (NAO REALIZADO ou NAO REAGENTE ou REAGENTE)

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO:

AMOSTRA (NÃO REAGENTE ou REAGENTE ou INDETERMINADA) PARA HIV

Responsável Técnico: _____

Data: _____

Amostra reagente ou não reagente para o HIV

- A amostra que apresentar resultado não reagente no teste rápido terá seu resultado definido como “Amostra não reagente”.
- As amostras que apresentarem resultado reagente em dois testes rápidos terão seu resultado definido como “Amostra reagente”.
- Nas amostras que apresentarem resultados discordantes em dois testes rápidos deverá ser realizada a coleta de amostra por punção venosa para sorologia convencional para HIV.
- Indivíduos infectados pelo HIV, em uso de antirretroviral, imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem não produzir anticorpos contra o vírus, sendo este teste diagnóstico contraindicado;
- Se o resultado da 1ª amostra foi definido como “Amostra não reagente” para o HIV e se o usuário estiver em janela imunológica recomenda-se nova testagem.¹

Responsável pela entrega do resultado: _____

Data: _____

¹ A avaliação do período de janela imunológica deve ser avaliada caso a caso, variando conforme o indivíduo e especificidade do teste utilizado de 30 a 90 dias.

POP 66 Teste Rápido para Hepatite C

49.1 Definição

Teste qualitativo utilizado na triagem da infecção pelo vírus da hepatite C (HCV), por meio da detecção do anticorpo anti-HCV no soro ou sangue total

49.2 Objetivo

Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado;

Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento;

Evitar a progressão hepática e suas complicações, como o câncer e a cirrose;

49.3 Contraindicação

Indivíduos infectados pelo HIV imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem não produzir anticorpos contra o vírus;

Pacientes em hemodiálise, portadores de insuficiência renal crônica, pacientes com imunossupressão, pacientes já em tratamento da hepatite c, pacientes em uso de prednisolona, pessoas recentemente vacinadas, usuários de drogas ilícitas.

49.4 Executante

Profissional de nível superior da área de saúde³ capacitado pelo Departamento DST/AIDS e Hepatites virais do Ministério da Saúde

49.5 Material

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução diluente;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Caneta esferográfica;
- Caneta de tinta permanente;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos (anexo);
- Laudo TR HCV (anexo);

49.6 Descrição do procedimento

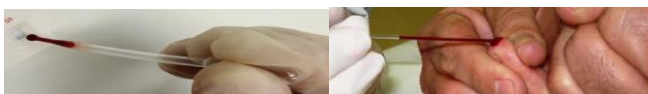
Ação de enfermagem

1. Ler o manual de instrução;
2. Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
3. Higienizar as mãos (POP 42);
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.

³Este documento foi idealizado para o profissional Enfermeiro.

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 (POP 20);
13. Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta.
 - a. 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.



Pipeta Capilar

Tubo Capilar

14. Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar uma gota da amostra no poço do dispositivo de teste.
15. Adicionar três gotas de solução tampão no poço, sobre a amostra.
16. Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
18. Fazer a interpretação conforme:
 - a. Se aparecer apenas uma linha vermelha na área de controle, a amostra será considerada **NÃO REAGENTE**.



- b. Se aparecer a linha vermelha na área de teste e vermelha na área de controle, a amostra será considerada **REAGENTE**.



- c. 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@aims.gov.br



19. Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
20. Retirar os EPIs;

21. Realizar anotação na folha de trabalho, assinar e carimbar;
22. Registrar o procedimento em planilha de produção ou sistema de informação (SIGA);
23. Emitir o laudo diagnóstico em duas vias;
24. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

49.7 Observação

Em casos de resultados reagentes, agendar atendimento para acompanhamento no ambulatório de hepatites virais, via sistema on-line.

49.8 Referências bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV)**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2011. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/manual_para_capacitacao_de_tr para as hepatites b_17745.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico de Hepatites Virais**. Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>.

MESTRINER, C.A. **Teste-rápido no diagnóstico laboratorial da hepatite c**. Wama Diagnóstico, Departamento de Pesquisa e Desenvolvimento.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
20/09/2015	01	Eliana Cristina Petoilho COREN/SP 59305 Glaziela Maria G.Espindola COREN/SP 89391 Jusiane do Carmo Dias - COREN/SP 073073 Marita Fontenele A. Coelho – COREN/SP 151929 Marta de Souza Pereira – COREN/SP 248634	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

9 – Anexos:**9.1 – Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos (sugestão – modelo)**

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO														MÊS/ANO: ____/____				
FOLHA DE TRABALHO DE REALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS														LEGENDA DEMANDA				
														LD	Livre Demanda			
HIV_FLUÍDO ORAL	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				Nº		Nº de coletas no ano							
HIV_SANGUE	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				ABS		Abordagem Sindrômica							
HIV_2º TESTE	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				ACT		Acidente de Trabalho							
SÍFILIS	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				TRAT		Usuário em tratamento							
HEPATITE B	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				SOLI		Solicitação Interna							
HEPATITE C	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				SOLE		Solicitação Externa							
														COM	Comunicante			
IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA					HIV FLUIDO ORAL		HIV SANGUE		HIV 2º TESTE		Triagem HEP. C		Triagem HEP. B		Triagem SÍFILIS		DEMANDA	RESP. TÉCNICO
DIA	INICIAIS	MATRÍCULA	Sexo	D.NASCIMENTO	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG		
1.				__/__/__														
2.																		
3.																		
n.																		
Somatória do número de testes realizados																	Total Geral:	

9.2 – Laudo TR HIV (sugestão – modelo)⁴

⁴ O cabeçalho é apenas ilustrativo. Cada serviço de saúde deverá colocar sua identificação: nome do serviço, endereço, telefone e email.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS
CENTRO DE REFERÊNCIA
PROGRAMA MUNICIPAL DST/AIDS
Rua Regente Feijó - 637 - Centro - Campinas / SP
TEL: 3234.5000 / 3236.3711
e-mail: saude.aids@campinas.sp.gov.br



Nome: _____
Data de nascimento: _____ Sexo: F () M () Matrícula: _____

TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Amostra: sangue total

Data da coleta: _____

TESTE 1:

Nome do produto: _____

Método: imunocromatografia

Lote: _____

Resultado do teste: (NAO REAGENTE ou REAGENTE)

TESTE 2:

Nome do produto: _____

Método: imunocromatografia

Lote: _____

Resultado do teste: (NAO REALIZADO ou NAO REAGENTE ou REAGENTE)

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO:

AMOSTRA (NÃO REAGENTE ou REAGENTE ou INDETERMINADA) PARA HIV

Responsável Técnico: _____

Data: _____

Amostra reagente ou não reagente para o HIV

- A amostra que apresentar resultado não reagente no teste rápido terá seu resultado definido como “Amostra não reagente”.
- As amostras que apresentarem resultado reagente em dois testes rápidos terão seu resultado definido como “Amostra reagente”.
- Nas amostras que apresentarem resultados discordantes em dois testes rápidos deverá ser realizada a coleta de amostra por punção venosa para sorologia convencional para HIV.
- Indivíduos infectados pelo HIV, em uso de antirretroviral, imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem não produzir anticorpos contra o vírus, sendo este teste diagnóstico contraindicado;
- Se o resultado da 1ª amostra foi definido como “Amostra não reagente” para o HIV e se o usuário estiver em janela imunológica recomenda-se nova testagem.¹

Responsável pela entrega do resultado: _____

Data: _____

¹ A avaliação do período de janela imunológica deve ser avaliada caso a caso, variando conforme o indivíduo e especificidade do teste utilizado de 30 a 90 dias.

POP 67 Teste Rápido Duplo Percurso para HIV com Amostra de Fluido Oral

67.1 Definição

Diagnóstico da infecção pelo HIV por meio da detecção de anticorpos contra o vírus no fluido oral.

67.2 Objetivo

Ampliar o acesso da população em geral, principalmente das populações mais vulneráveis, ao diagnóstico da infecção pelo HIV;

Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento;

Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado.

Diminuir o risco de transmissão vertical.

67.3 Contraindicação

Indivíduos infectados pelo HIV imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem não produzir anticorpos contra o vírus;

Uso prolongado de antirretroviral;

Crianças menores de 02 anos, filhos de mãe soropositiva.

67.4 Executante

Profissional de nível superior da área de saúde⁵ capacitado pelo Departamento DST/AIDS e Hepatites virais do Ministério da Saúde

67.5 Material

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- 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;
- Manual de instrução;
- Gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Caneta esferográfica;
- Caneta de tinta permanente;
- Recipiente para descarte de material biológico;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos;
- Laudo TR DPP HIV Fluido Oral;

67.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

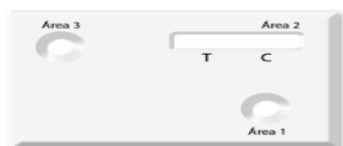
1. Ler o manual de instrução;
2. Observar as orientações de acordo com cada laboratório, pois a quantidade de sangue e diluente utilizados poderá ser modificada conforme fabricante.
3. Higienizar as mãos (POP 42);
4. Colocar os EPIs;

⁵Este documento foi idealizado para o profissional Enfermeiro.

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;



6

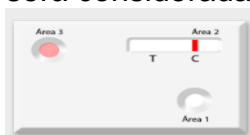
18. Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram;
19. Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03;

⁶ Plataforma para imunocromatografia de duplo percurso.

20. Aguardar 10 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;

21. **Fazer a interpretação conforme:**

- a. Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostra será considerada **NÃO REAGENTE**.



- b. Se aparecer a linha rosa ou roxa na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada **REAGENTE**.



- c. 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

67.7 Observação

- ✓ 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/contrarreferência, em horário comercial de segunda à sexta.
- ✓ Em casos de resultados discordantes, encaminhe amostra de sangue para o Laboratório Municipal (formulário LMC campo 06 HIV).

67.8 Referências bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para utilização de Teste Rápido DPP HIV com amostra de fluido oral**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2014. Disponível em: <http://telelab.aids.gov.br>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Recomendações para o funcionamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do estado de São Paulo**. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças. Informes Técnicos Institucionais. Rev Saúde Pública 2009; 43(2):383-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/IT-SES.pdf>.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Capacitação para o diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando testes rápidos**. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças. Manual treinando, 2011.

Histórico de Alterações

Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
20/09/2015	01	Eliana Cristina Petoilho COREN/SP 59305 Glaziela Maria G.Espindola COREN/SP 89391 Jusiane do Carmo Dias - COREN/SP 073073 Marita Fontenele A. Coelho – COREN/SP 151929 Marta de Souza Pereira – COREN/SP 248634	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

9 – Anexos:**9.1 – Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos (sugestão – modelo)**

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO														MÊS/ANO: ____/____			
FOLHA DE TRABALHO DE REALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS														LEGENDA DEMANDA			
														LD	Livre Dемanda		
HIV_FLUÍDO ORAL	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				Nº		Nº de coletas no ano						
HIV_SANGUE	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				ABS		Abordagem Sindrômica						
HIV_2º TESTE	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				ACT		Acidente de Trabalho						
SÍFILIS	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				TRAT		Usuário em tratamento						
HEPATITE B	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				SOLI		Solicitação Interna						
HEPATITE C	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				SOLE		Solicitação Externa						
														COM	Comunicante		
IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA				HIV FLUÍDO ORAL		HIV SANGUE		HIV 2º TESTE		Triagem HEP. C		Triagem HEP. B		Triagem SÍFILIS		DEMANDA	RESP. TÉCNICO
DIA	INICIAIS	MATRÍCULA	Sexo	D.NASCIMENTO	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG			
1.				____/____/____													
2.																	
3.																	
n.																	
Somatória do número de testes realizados																Total Geral:	

9.2 – Laudo TR HIV (sugestão – modelo)⁷

⁷ O cabeçalho é apenas ilustrativo. Cada serviço de saúde deverá colocar sua identificação: nome do serviço, endereço, telefone e email.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS
CENTRO DE REFERÊNCIA
PROGRAMA MUNICIPAL DST/AIDS
Rua Regente Feijó - 637 - Centro - Campinas / SP
TEL: 3234.5000 / 3236.3711
e-mail: saude.aids@campinas.sp.gov.br



Nome: _____
Data de nascimento: _____ Sexo: F () M () Matrícula: _____

TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Amostra: sangue total

Data da coleta: _____

TESTE 1:

Nome do produto: _____

Método: imunocromatografia

Lote: _____

Resultado do teste: (NAO REAGENTE ou REAGENTE)

TESTE 2:

Nome do produto: _____

Método: imunocromatografia

Lote: _____

Resultado do teste: (NAO REALIZADO ou NAO REAGENTE ou REAGENTE)

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO:

AMOSTRA (NÃO REAGENTE ou REAGENTE ou INDETERMINADA) PARA HIV

Responsável Técnico: _____

Data: _____

Amostra reagente ou não reagente para o HIV

- A amostra que apresentar resultado não reagente no teste rápido terá seu resultado definido como “Amostra não reagente”.
- As amostras que apresentarem resultado reagente em dois testes rápidos terão seu resultado definido como “Amostra reagente”.
- Nas amostras que apresentarem resultados discordantes em dois testes rápidos deverá ser realizada a coleta de amostra por punção venosa para sorologia convencional para HIV.
- Indivíduos infectados pelo HIV, em uso de antirretroviral, imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem não produzir anticorpos contra o vírus, sendo este teste diagnóstico contraindicado;
- Se o resultado da 1ª amostra foi definido como “Amostra não reagente” para o HIV e se o usuário estiver em janela imunológica recomenda-se nova testagem.¹

Responsável pela entrega do resultado: _____

Data: _____

¹ A avaliação do período de janela imunológica deve ser avaliada caso a caso, variando conforme o indivíduo e especificidade do teste utilizado de 30 a 90 dias.

POP 68 Teste Rápido para HIV com Amostra de Sangue

68.1 Definição

Diagnóstico da infecção pelo HIV I e II por meio da detecção qualitativa de anticorpos contra o vírus no sangue total venoso, soro e plasma. Existem vários formatos de TR, os mais frequentemente disponibilizados pelo Ministério da Saúde, utilizam como método a imunocromatografia, com plataforma de fluxo lateral ou plataforma de duplo percurso (DPP);

68.2 Objetivo

Ampliar o acesso da população em geral, principalmente das populações mais vulneráveis, ao diagnóstico da infecção pelo HIV;

Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento.

Fornecer resultado por pessoal capacitado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório;

Diminuir o risco de transmissão vertical.

68.3 Contraindicação

Indivíduos infectados pelo HIV imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem não produzir anticorpos contra o vírus;

Uso prolongado de antirretroviral.

Crianças menores de 02 anos, filhos de mãe soropositiva;

68.4 Executante

Profissional de nível superior da área de saúde⁸ capacitado pelo Departamento DST/AIDS e Hepatites virais do Ministério da Saúde

68.5 Material

Material Geral:

68.5.1 Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;

68.5.2 Manual de instrução;

68.5.3 Álcool 70%;

68.5.4 Algodão ou gaze não estéril;

68.5.5 Cronômetro ou relógio;

68.5.6 Caneta esferográfica;

68.5.7 Caneta de tinta permanente;

68.5.8 Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;

68.5.9 Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;

68.5.10 Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos (anexo);

68.5.11 Laudo TR HIV (anexo);

Material Específico:

68.5.12 **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;

68.5.13 **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

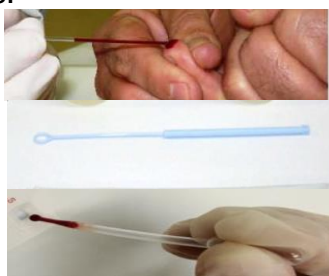
⁸Este documento foi idealizado para o profissional Enfermeiro.

com solução-tampão de corrida;

68.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

1. Ler o manual de instrução;
2. Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
3. Higienizar as mãos (POP 42);
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;
 - a. * 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 se for realizar o teste de duplo percurso.
11. Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
12. Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
13. Realizar punção digital (POP 20);
14. 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.



Tubo Capilar

Alça Coletora

Pipeta Capilar

15. Realização do Teste:

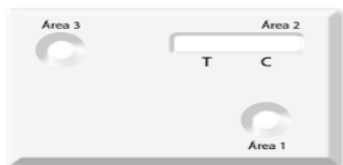
16. Imunocromatografia de fluxo lateral⁹:



17. 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;

⁹ Plataforma para imunocromatografia de fluxo lateral. Diagnóstico de Sífilis, Aula 7, pag. 3.

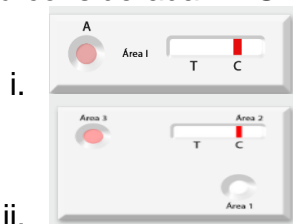
18. Adicionar quatro gotas de diluente no poço em que foi colocada anteriormente a amostra;
19. Aguardar 20 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.
20. Imunocromatografia em plataforma de duplo percurso¹⁰:



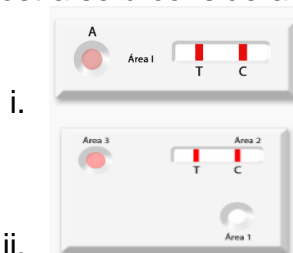
21. Inserir a alça coletora no frasco de eluição, quebrar a alça coletora, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos;
22. Retirar a tampa superior do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01. Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço;
23. Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram;
24. Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03;
25. Aguardar 10 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.

26. Interpretação do teste:

- b. Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostra será considerada **NÃO REAGENTE**.

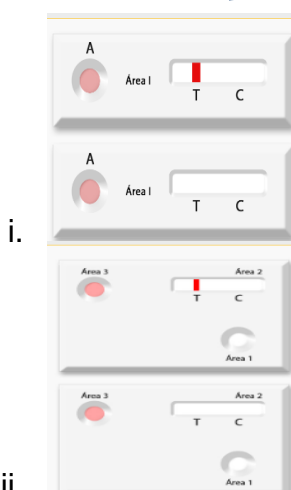


- c. Se aparecer a linha rosa ou roxa na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada **REAGENTE**.



- d. 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@aims.gov.br

¹⁰ Plataforma para imunocromatografia de duplo percurso. Diagnóstico de Sífilis, Aula 7, pag. 3



e. Não interpretar o teste após o período padronizado para a realização da leitura;

27. Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
28. Retirar os EPIs;
29. Realizar anotação na folha de trabalho, assinar e carimbar;
30. Registrar o procedimento em planilha de produção ou sistema de informação (SIGA);
31. Emitir o laudo diagnóstico em duas vias;
32. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

68.7 Observação

- 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/contrarreferência, 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.

68.8 Referências bibliográficas

8 - Referências bibliográficas:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico do HIV**. Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Recomendações para o funcionamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do estado de São Paulo**. Centro de

Referência e Treinamento em DST/Aids, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças. Informes Técnicos Institucionais. Rev Saúde Pública 2009; 43(2):383-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/IT-SES.pdf>. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Capacitação para o diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando testes rápidos**. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças. Manual treinando, 2011.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
20/09/2015	01	Eliana Cristina Petoilho COREN/SP 59305 Glaziela Maria G.Espindola COREN/SP 89391 Jusiane do Carmo Dias - COREN/SP 073073 Marita Fontenele A. Coelho – COREN/SP 151929 Marta de Souza Pereira – COREN/SP 248634	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

9 – Anexos:**9.1 – Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos (sugestão – modelo)**

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO												MÊS/ANO: ____/____						
FOLHA DE TRABALHO DE REALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS												LEGENDA DEMANDA						
												LD	Livre Dемanda					
HIV_FLUÍDO ORAL	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				Nº	Nº de coletas no ano								
HIV_SANGUE	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				ABS	Abordagem Sindrômica								
HIV_2º TESTE	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				ACT	Acidente de Trabalho								
SÍFILIS	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				TRAT	Usuário em tratamento								
HEPATITE B	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				SOLI	Solicitação Interna								
HEPATITE C	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				SOLE	Solicitação Externa								
												COM	Comunicante					
IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA					HIV FLUÍDO ORAL		HIV SANGUE		HIV 2º TESTE		Triagem HEP. C		Triagem HEP. B		Triagem SÍFILIS		DEMANDA	RESP. TÉCNICO
DIA	INICIAIS	MATRÍCULA	Sexo	D.NASCIMENTO	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG		
1.				__/__/__														
2.																		
3.																		
n.																		
Somatória do número de testes realizados																	Total Geral:	

9.2 – Laudo TR HIV (sugestão – modelo)¹¹

¹¹ O cabeçalho é apenas ilustrativo. Cada serviço de saúde deverá colocar sua identificação: nome do serviço, endereço, telefone e email.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS
CENTRO DE REFERÊNCIA
PROGRAMA MUNICIPAL DST/AIDS
Rua Regente Feijó - 637 - Centro - Campinas / SP
TEL: 3234.5000 / 3236.3711
e-mail: saude.aids@campinas.sp.gov.br



Nome: _____
Data de nascimento: _____ Sexo: F () M () Matrícula: _____

TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Amostra: sangue total

Data da coleta: _____

TESTE 1:

Nome do produto: _____

Método: imunocromatografia

Lote: _____

Resultado do teste: (NAO REAGENTE ou REAGENTE)

TESTE 2:

Nome do produto: _____

Método: imunocromatografia

Lote: _____

Resultado do teste: (NAO REALIZADO ou NAO REAGENTE ou REAGENTE)

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO:

AMOSTRA (NÃO REAGENTE ou REAGENTE ou INDETERMINADA) PARA HIV

Responsável Técnico: _____

Data: _____

Amostra reagente ou não reagente para o HIV

- A amostra que apresentar resultado não reagente no teste rápido terá seu resultado definido como “Amostra não reagente”.
- As amostras que apresentarem resultado reagente em dois testes rápidos terão seu resultado definido como “Amostra reagente”.
- Nas amostras que apresentarem resultados discordantes em dois testes rápidos deverá ser realizada a coleta de amostra por punção venosa para sorologia convencional para HIV.
- Indivíduos infectados pelo HIV, em uso de antirretroviral, imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem não produzir anticorpos contra o vírus, sendo este teste diagnóstico contraindicado;
- Se o resultado da 1ª amostra foi definido como “Amostra não reagente” para o HIV e se o usuário estiver em janela imunológica recomenda-se nova testagem.¹

Responsável pela entrega do resultado: _____

Data: _____

¹ A avaliação do período de janela imunológica deve ser avaliada caso a caso, variando conforme o indivíduo e especificidade do teste utilizado de 30 a 90 dias.

POP 69 Teste Rápido para Sífilis

69.1 Definição

Teste Rápido (TR) utilizado para triagem da infecção pelo *Treponema pallidum*, que permite a detecção dos anticorpos específicos anti-*T. pallidum* no soro ou sangue total. Existem vários formatos de TR, os mais frequentemente disponibilizados pelo Ministério da Saúde, utilizam como método a imunocromatografia, com plataforma de fluxo lateral ou plataforma de duplo percurso (DPP);

69.2 Objetivo

Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado;
Ampliar o diagnóstico e detectar precocemente a infecção, agilizando a resposta aos indivíduos e permitindo o rápido encaminhamento para assistência médica e início de tratamento;
Prevenir a transmissão vertical.

69.3 Contraindicação

Não deve ser utilizado no controle de tratamento e/ou suspeita de reinfecção;

69.4 Executante

Profissional de nível superior da área de saúde¹² capacitado pelo Departamento DST/AIDS e Hepatites virais do Ministério da Saúde

69.5 Material

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Caneta esferográfica;
- Caneta de tinta permanente;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos (anexo);
- Laudo TR Sífilis (anexo);

Material Específico:

- ☐ **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;
- ☐ **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;

69.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

1. Ler o manual de instrução;
2. Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
3. Higienizar as mãos (POP 42);
4. Colocar os EPIs;

¹²Este documento foi idealizado para o profissional Enfermeiro.

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 se for realizar o teste de duplo percurso.
11. Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
12. Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
13. Realizar punção digital (POP 20);
14. 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.



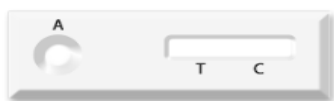
Tubo Capilar

Alça Coletora

Pipeta Capilar

15. Realização do Teste:

Imunocromatografia de fluxo lateral¹³:

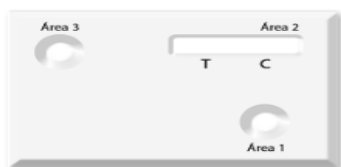


- a. Colocar a pipeta capilar na posição vertical e dispensar uma gota da amostra no poço do dispositivo de teste A. Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço;
- b. Adicionar quatro gotas de diluente no poço em que foi colocada anteriormente a amostra;
- c. Aguardar 20 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.

Imunocromatografia em plataforma de duplo percurso¹⁴:

¹³ **Plataforma para imunocromatografia de fluxo lateral.** Diagnóstico de Sífilis, Aula 7, pag. 3.

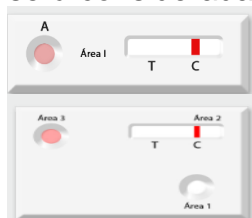
¹⁴ **Plataforma para imunocromatografia de duplo percurso.** Diagnóstico de Sífilis, Aula 7, pag. 3



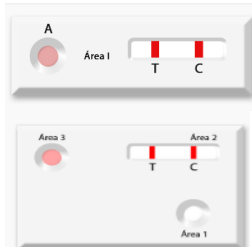
- Inserir a alça coletora no frasco de eluição, identificado, quebrar a alça coletora, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos;
- Retirar a tampa superior do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01. Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no 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.

16. Interpretação do teste:

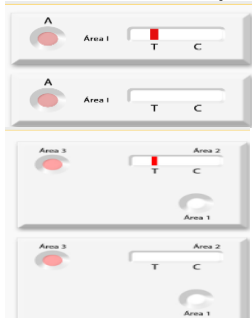
- Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostra será considerada **NÃO REAGENTE**.



- 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@aims.gov.br



- Não interpretar o teste após o período padronizado para a realização da leitura;

17. Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
18. Retirar os EPIs;
19. Realizar anotação na folha de trabalho, assinar e carimbar;
20. Registrar o procedimento em planilha de produção ou sistema de informação (SIGA);
21. Emitir o laudo diagnóstico em duas vias;
22. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

69.7 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 (formulário LMC campo 06 sífilis).

69.8 Referências bibliográficas

8 - Referências bibliográficas (ABNT):

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico de Sífilis**. Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
20/09/2015	01	Eliana Cristina Petoilho COREN/SP 59305 Glaziela Maria G.Espindola COREN/SP 89391 Jusiane do Carmo Dias - COREN/SP 073073 Marita Fontenele A. Coelho – COREN/SP 151929 Marta de Souza Pereira – COREN/SP 248634.	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

9 – Anexos:**9.1 – Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos (sugestão – modelo)**

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO														MÊS/ANO: ____/____				
FOLHA DE TRABALHO DE REALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS														LEGENDA DEMANDA				
														LD	Livre Demanda			
HIV_FLUÍDO ORAL	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				Nº	Nº de coletas no ano								
HIV_SANGUE	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				ABS	Abordagem Sindrômica								
HIV_2º TESTE	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				ACT	Acidente de Trabalho								
SÍFILIS	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				TRAT	Usuário em tratamento								
HEPATITE B	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				SOLI	Solicitação Interna								
HEPATITE C	Val. ____/____ Lote _____				Val. ____/____ Lote _____				SOLE	Solicitação Externa								
														COM	Comunicante			
IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA					HIV FLUIDO ORAL		HIV SANGUE		HIV 2º TESTE		Triagem HEP. C		Triagem HEP. B		Triagem SÍFILIS		DEMANDA	RESP. TÉCNICO
DIA	INICIAIS	MATRÍCULA	Sexo	D.NASCIMENTO	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG		
1.				__/__/__														
2.																		
3.																		
n.																		
Somatória do número de testes realizados																	Total Geral:	

9.2 – Laudo TR HIV (sugestão – modelo)¹⁵

¹⁵ O cabeçalho é apenas ilustrativo. Cada serviço de saúde deverá colocar sua identificação: nome do serviço, endereço, telefone e email.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS
CENTRO DE REFERÊNCIA
PROGRAMA MUNICIPAL DST/AIDS
Rua Regente Feijó - 637 - Centro - Campinas / SP
TEL: 3234.5000 / 3236.3711
e-mail: saude.aids@campinas.sp.gov.br



Nome: _____
Data de nascimento: _____ Sexo: F () M () Matrícula: _____

TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Amostra: sangue total

Data da coleta: _____

TESTE 1:

Nome do produto: _____

Método: imunocromatografia

Lote: _____

Resultado do teste: (NAO REAGENTE ou REAGENTE)

TESTE 2:

Nome do produto: _____

Método: imunocromatografia

Lote: _____

Resultado do teste: (NAO REALIZADO ou NAO REAGENTE ou REAGENTE)

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO:

AMOSTRA (NÃO REAGENTE ou REAGENTE ou INDETERMINADA) PARA HIV

Responsável Técnico: _____

Data: _____

Amostra reagente ou não reagente para o HIV

- A amostra que apresentar resultado não reagente no teste rápido terá seu resultado definido como “Amostra não reagente”.
- As amostras que apresentarem resultado reagente em dois testes rápidos terão seu resultado definido como “Amostra reagente”.
- Nas amostras que apresentarem resultados discordantes em dois testes rápidos deverá ser realizada a coleta de amostra por punção venosa para sorologia convencional para HIV.
- Indivíduos infectados pelo HIV, em uso de antirretroviral, imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem não produzir anticorpos contra o vírus, sendo este teste diagnóstico contraindicado;
- Se o resultado da 1ª amostra foi definido como “Amostra não reagente” para o HIV e se o usuário estiver em janela imunológica recomenda-se nova testagem.¹

Responsável pela entrega do resultado: _____

Data: _____

¹ A avaliação do período de janela imunológica deve ser avaliada caso a caso, variando conforme o indivíduo e especificidade do teste utilizado de 30 a 90 dias.

POP 70 Troca de Bolsa de Estomia

70.1 Definição

Higienização e troca da bolsa coletora de efluentes intestinais ou urinários em pacientes portadores de colostomia, ileostomia ou urostomia.

70.2 Objetivo

- Reter/coletar os efluentes;
- Manter a higienização do estoma;
- Proporcionar o conforto e bem estar ao paciente;
- Prevenir possíveis infecções e lesões de pele.

70.3 Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

70.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

70.5 Material

- EPIs (luvas de procedimento, máscara cirúrgica);
- Comadre;
- Tesoura curva;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Gaze ou papel higiênico;
- Sabão de uso habitual;
- Bolsa de estomia indicada ao paciente;
- Escala de medida do estoma;
- Placa da bolsa se houver (dispositivo de duas peças);
- Protetor de pele (se necessário);
- Pasta de resina sintética (se necessário).

70.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01 Reunir o material;
- 02 Higienizar as mãos (POP 42);
- 03 Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 04 Promover a privacidade do paciente expondo apenas a área do estoma, colocando-o em decúbito dorsal;
- 05 Paramentar-se com os EPIs;
- 06 Esvaziar a bolsa coletora, observando o aspecto do material coletado (cor, consistência, quantidade, odor) e desprezar na comadre ou no vaso sanitário;
- 07 Umedecer a região do adesivo da bolsa ou da placa com gaze embebida em SF 0,9% aquecido e remover cuidadosamente da pele, evitando lesões na pele periestoma e facilitar a remoção da bolsa ou da placa;
- 08 Limpar o estoma e região periestomal com gaze, água e sabão ou SF 0,9%, observando as condições da pele e mantendo-a seca para aplicação do dispositivo. Utilizar gaze sobre o mesmo para evitar drenagem de urina ou fezes enquanto prepara a nova bolsa coletora;
- 09 Medir o estoma com escala de medidas, traçar molde no verso da bolsa, deixando área de segurança de 1mm e recortar. Estoma irregular, preparar molde sob medida;

- 10 Colocar a pasta de resina sintética (se necessário), preenchendo os espaços vazios na região periestoma. Aplicar pó protetor na pele periestoma em caso de sinais de irritação local;
- 11 Retirar o papel protetor da base adesiva da bolsa ou da placa;
- 12 Adaptar a nova bolsa coletora, ajustando sua abertura ao estoma, pressionando suavemente contra a parede abdominal. Colocar o clamp/presilha no dispositivo e fechar. A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes;
- 13 Em caso de dispositivo com duas peças (placa mais bolsa coletora), traçar o molde no verso da placa e recortar conforme medida. Após, adaptar a placa a abertura do estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa;
- 14 Deixar o paciente confortável;
- 15 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 16 Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- 17 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 18 Registrar o procedimento em planilha de produção;
- 19 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

70.7 Observação

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

70.8 Referências bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Orientações sobre ostomias**, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ostomias.pdf>. Último acesso: 27/11/2015.

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

PORTAL OSTOMIZADOS. Disponível em: <http://www.ostomizados.com/index.html>. Último acesso: 27/11/2015.

Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Tienne de Almeida A. Rampazzo - Coren/SP 213.414 Flavio Ventura dos Santos Coren/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 71 Troca de Gastrostomia

71.1 Definição

Gastrostomia é uma abertura feita cirurgicamente no estômago para o meio externo, com finalidade de facilitar a alimentação enteral para o paciente e administração de líquidos ou medicamentos, quando a mesma está impossibilitada por via oral. Dentre os cuidados necessário com o cateter da gastrostomia está a necessidade de troca rotineira. De acordo com protocolo o tempo de troca fica estabelecido a cada 3 meses, de acordo com a indicação do fabricante ou ainda se necessário, visto peculiaridades individuais.

71.2 Objetivo

Proporcionar uma alternativa de via nutricional

71.3 Contraindicação

Hemorragias e vômitos persistente.

71.4 Executante

Enfermeiro

71.5 Material

- EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção);
- Sonda foley com número ou gastrostomia adequada.
- Gel de lidocaína 2%
- Seringa de 20 ml.
- Água destilada – ampola.

71.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Reunir o material;
- 02** Higienizar as mãos (POP 42);
- 03** Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 04** Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;
- 05** Paramentar-se com os EPIs;
- 06** Retirar o Cateter antigo e rapidamente;
- 07** Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína 2%;
- 08** Introduzir a sonda delicadamente na abertura do estoma cerca de 12cm
- 09** Insuflar o balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml), ou de acordo com recomendação do fabricante e fixar o cateter.
- 10** Aplique curativo no local da inserção, fixando-os com micropor, a fim de evitar que ele se movimente para dentro e para fora. E retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- 11** Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 12** Registrar o procedimento em planilha de produção;
- 13** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

71.7 Referências bibliográficas

Santos JS, Kemp R, Sankarankutty AK, Salgado Jr W, Tirapelli LF, Castro e Silva Jr O. **Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da**

ampliação das indicações – FUNDAMENTOS EM CLÍNICA CIRÚRGICA - 3ª
Parte, Capítulo IV

PARECER TÉCNICO COREN-DF N° 007/99, ***Papel do Enfermeiro na troca de sondas de cistostomia e gastrostomia.***

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Julimar Fernandes de Oliveira Coren/SP 230997 Flávio Ventura dos Santos - Coren/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 72 Troca de Traqueostomia

72.1 Definição

O termo traqueostomia refere-se à operação que realiza uma abertura e exteriorização da luz traqueal. O paciente traqueostomizado mantém uma via aérea artificial e, conseqüentemente, necessita de cuidados para evitar complicações relacionadas à presença do *cuff*, lesões e infecção local, ressecamento das secreções pulmonares, obstrução da cânula, risco de broncoaspiração e desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica.

72.2 Objetivo

Facilitar o processo respiratório

72.3 Contraindicação

Dispneia severa.

72.4 Executante

Enfermeiro

72.5 Material

- EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção);
- Compressas de gazes
- Traqueostomia com numero adequado ao procedimento
- Caderço de fixação
- Gel de lidocaina 2%
- Soro fisiológico 0,9%

72.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Reunir o material;
- 02** Higienizar as mãos (POP 42);
- 03** Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 04** Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;
- 05** Paramentar-se com os EPIs;
- 06** Retirar a traqueostomia antiga e rapidamente;
- 07** Lubrificar a nova traqueostomia com lidocaína 2%;
- 08** Introduzir a traqueostomia delicadamente na abertura do estoma.
- 09** Retire a cânula suavemente e introduza a nova cânula e fixe-a. Troque as gazes entre a pele e o tubo traqueal.
- 10** Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- 11** Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 12** Registrar o procedimento em planilha de produção;
- 13** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

72.7 Observação

- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;
- Quanto a realização de aspiração de secreção do estoma traqueal ou da cânula de traqueostomia definitiva no ambiente domiciliar, pode ser realizado por um cuidador familiar não remunerado, desde que capacitado pelo Enfermeiro, devendo o paciente ser acompanhado sistemático e

supervisionado do Enfermeiro na execução dos procedimentos citados.

- profissional Enfermeiro tem competência técnico-científica para a execução da troca da cânula de traqueostomia (externa e interna), tanto no ambiente hospitalar como no ambiente domiciliar. Obs: Traqueostomia deve ser trocada apenas por uma de mesmo material.

72.8 Referências bibliográficas

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atendimento domiciliar. Protocolo de assistência de enfermagem.** Campinas/SP, 2014..

PARECER COREN-SP 23/2013. **Procedimento de aspiração de secreção por cânula de traqueostomia.**

PARECER COREN-SP 006/2013, **Troca de Cânula de Traqueostomia por enfermeiro.**

BRASIL. Portaria no. 400, de 16 de novembro de 2009. **Atenção à Saúde à Pessoas Ostomizadas.** Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html.

Último acesso em 30/11/2015.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Julimar Fernandes de Oliveira Coren/SP 230997 Flávio Ventura dos Santos - Coren/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 73 Troca de Sonda de Cistostomia

73.1 Definição

É a introdução de um cateter urinário estéril é introduzido e mantido em uma abertura cirúrgica (cistostomia supra púbica ou vesicostomia), formando um trajeto alternativo para a saída da urina contida na bexiga.

73.2 Objetivo

Drenar a urina contida na bexiga.

73.3 Contraindicação

Pós operatório imediato.

73.4 Executante

Enfermeiro.

73.5 Material

- EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção);
- Kit sondagem (cuba rim, pinças, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado);
- Sonda foley ou de silicone de duas vias com calibre adequado;
- Bolsa drenagem de urina sistema fechado (Bolsa coletora);
- Luva estéril;
- Gaze estéril;
- Duas seringas de 20ml;
- Agulha para aspiração;
- Ampola de água destilada;
- Lidocaína gel 2%;
- Solução aquosa clorexidina 0,2%;
- Fita hipoalergênica (micropore(R));
- Biombo .

73.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Reunir o material;
- 02** Chamar o paciente/confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 03** Higienizar as mãos (POP 42);
- 04** Promover a privacidade do paciente;
- 05** 05- Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;
- 06** 06- Paramentar-se com os EPIs;
- 07** Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado) e adicioná-los a campo estéril com técnica asséptica;
- 08** Abrir a ampola de água destilada sobre a mesa de cabeceira do paciente;
- 10** Desprezando o primeiro jato, colocar solução de Clorexidina 0,2% nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
- 11** Abrir a bisnaga de lidocaína gel 2% e colocar um pouco em local estéril;
- 12** Com auxílio de uma seringa de 20ml desinsufle o balonete da sonda que esta no paciente e retire-a. Desprezar sonda e bolsa no lixo adequado;
- 13** Calçar um par de luvas estéreis (POP 51);
- 14** Com auxílio de uma seringa de 20ml 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;
- 15 Com auxílio da pinça, proceder antissepsia do estoma;
 - 16 Colocar o campo fenestrado sobre o estoma;
 - 17 Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína 2%;
 - 18 Introduzir a sonda delicadamente no estoma cerca de 20cm e insuflar o balonete com água destilada;
 - 19 Conectar a bolsa coletora
 - 20 Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;
 - 21 Retirar o campo fenestrado sem desconectar a bolsa coletora;
 - 22 Proteger o estoma e a base da sonda com gaze estéril e ocluir com fita hipoalergênica;
 - 23 Prender a bolsa coletora na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do executante;
 - 24 Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
 - 25 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos;
 - 26 Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
 - 27 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
 - 28 Registrar o procedimento em planilha de produção;
 - 29 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

73.7 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 5ml de água em crianças e 10 a 15ml 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.

73.8 Referências bibliográficas

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer 041/ 2012.** Troca de sonda de cistostomia, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Flavio Ventura dos Santos Coren/SP 224.222 Cristiane da Rocha F. Dias Coren/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 74 Uso de Luvas Esteréis

74.1 Definição

É a colocação e retirada adequada das luvas esterilizadas com a finalidade de evitar contaminação.

74.2 Objetivo

Evitar contaminação de procedimentos assépticos e contaminação das mãos na retirada da luva.

74.3 Contraindicação

Procedimentos que não necessitem de tal material.

74.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

74.5 Material

Luvas esterilizadas na numeração adequada.

74.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01 Higienizar as mãos (POP 42);
- 02 Abrir a embalagem externa pela borda de abertura até o final;
- 03 Retirar a embalagem interna, colocando-a sobre uma superfície limpa;
- 04 Abrir as dobras horizontais do envelope;
- 05 Abrir os dois lados das dobras verticais do papel pelas abas presentes nestas, expondo as luvas de forma a não contaminar o campo estéril;
- 06 Segurar com o polegar e indicador da mão não dominante a dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura da mesma;
- 07 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;
- 08 Ajustar os dedos da mão que estão dentro da luva na medida em que a traciona;
- 09 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 calçá-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.

RETIRAR AS LUVAS

- 01 Segurar com o polegar e o indicador de uma das mãos a luva da outra mão, próximo ao punho desta;
- 02 Puxar a luva em direção aos dedos, virando-a para o lado avesso, a medida que vai sendo retirada;
- 03 Segurar a luva retirada com a mão que encontra-se com luva; Permitir a retirada das luvas, evitando a contaminação das mãos e do ambiente;
- 04 Repetir o procedimento na outra mão, encapando a luva que era segurada;
- 05 Desprezar as luvas na lixeira correta (lixo comum ou infectante), dependendo da quantidade de sangue/secreção contida nestas;
- 06 Higienizar as mãos.

74.7 Observação

- Higienizar as mãos 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.

74.8 Referências bibliográficas

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

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

BRASILIA. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos: Considerações sobre seu uso. **Boletim Informativo de Tecnovigilância**. Brasília, n.2, abr-jun, 2011.

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Cristiane da Rocha F. Dias Coren/SP 120.740 Elizabeth Tieko Fujino Coren/SP 53400	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 75 Vacinação - rotinas

75.1 Definição

Determinação das normas e procedimentos necessários na organização do trabalho em sala de vacina.

75.2 Objetivo

- Garantir a máxima segurança na administração de imunobiológico;
- Prevenir infecções cruzadas;
- Manter ambiente limpo e agradável;
- Proporcionar conforto e segurança ao paciente e ao profissional de saúde.

75.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

75.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

75.5 Material

Controle da temperatura da geladeira

- Termômetro de refrigerador (digital de máxima e mínima);
- Mapa de controle diário da temperatura.

Limpeza concorrente

- Panos limpos;
- Água e sabão;
- Álcool a 70%.

Organização dos insumos

- Geladeira de estoque;
- Geladeira de uso diário;
- Planilha de baixa de estoque (vacina, lote, validade e quantidade).
- Material de insumo médico-hospitalar;
- Recipiente rígido para acondicionamento de material perfuro-cortante.

Atendimento ao paciente

- Bandeja;
- Seringas e agulhas;
- Imunobiológicos;
- Cartão de vacina;
- Cartão espelho;
- Carimbo;
- Mapa diário de doses aplicadas.

75.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Controle da temperatura da geladeira

- 01** Verificar e anotar a temperatura da geladeira de estoque e de uso diário no início de cada plantão, certificando que as vacinas estejam na temperatura adequada;
- 02** Anotar os valores da temperatura máxima, mínima e do momento em impresso próprio e mantendo o registro;
- 03** Comunicar o enfermeiro se houver alteração na temperatura, evitando o uso do imunobiológico, comunicando a VISA Regional sobre o caso e não utilizando estas vacinas até liberação das mesmas, mantendo-as separadas e em temperatura adequada.

Limpeza concorrente

01 Realizar a limpeza concorrente das superfícies com água e sabão e após desinfecção com álcool a 70%.

Organização dos insumos

- 01** Higienizar as mãos (POP 42);
- 02** Checar e repor os materiais necessários para o atendimento, verificando o prazo de validade;
- 03** Retirar um frasco de cada tipo de vacina, checando o lote e a validade, da geladeira de estoque e armazenar na geladeira de uso;
- 04** Anotar na planilha de baixa de estoque;
- 05** Checar capacidade do recipiente de pérfuro-cortante e trocá-lo se necessário;
- 06** Devolver no final do dia as vacinas não utilizadas da geladeira de uso para a de estoque.

Atendimento ao paciente

- 01** Chamar o paciente pelo nome, pedir para que o paciente ou acompanhante que se identifique dizendo o seu nome (dupla checagem, atentando para nomes semelhantes e homônimos);
- 02** Solicitar a apresentação da carteira de vacinação;
- 03** Explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução e orientar sobre a vacina a ser administrada e a importância da mesma;
- 04** Verificar se o paciente encontra-se em situação de adiamento da vacinação (seguir o Manual de Vacinação);
- 05** Informar sobre os eventos adversos, orientando retornar à unidade sempre que necessário (seguir Manual de Eventos Adversos);
- 06** Orientar quanto a não utilização de pomadas ou compressas no local da aplicação;
- 07** Registrar no cartão do paciente e no cartão espelho: vacina administrada, nº de lote e data de validade e assinar com letra legível;
- 08** Anotar no cartão do paciente e no cartão espelho a data de retorno para próxima vacinação, conforme calendário vacinal e faixa etária;
- 09** Higienizar as mãos;
- 10** Preparar o imunobiológico conforme sua especificidade (temperatura, via de administração, dose e local de aplicação de acordo com a faixa etária);
- 11** Lavar com água e sabão o local de aplicação caso apresente sujidade;
- 12** Solicitar à mãe ou responsável que segure a criança de forma adequada, garantindo uma imobilização segura;
- 13** Não massagear o local de aplicação, fazer apenas uma leve compressão com algodão seco;
- 14** Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.
- 15** Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 16** Identificar no cartão do cliente e cartão espelho, o local de aplicação, quando aplicações simultâneas;
- 17** Registrar no mapa diário a dose aplicada;
- 18** Arquivar o cartão espelho, no mês de retorno da próxima vacina a ser aplicada;
- 19** Higienizar as mãos;
- 20** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

75.7 Observação

- Solicitar vacinas conforme o calendário/cronograma estabelecido pela VISA

Regional;

- Em caso de inutilização de imunobiológico, preencher e enviar planilha específica;
- Realizar consolidado mensal das doses de vacinas aplicadas e encaminhar a VISA;
- Realizar convocação de faltosos mantendo arquivo organizado;
- Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal da sala de vacina ou conforme necessidade;
- Realizar a limpeza da geladeira mensalmente, antes da chegada dos imunobiológicos;
- Verificar o tempo de uso recomendado após a diluição de cada vacina e identificar no frasco a validade;
- Notificar a VISA em caso de eventos adversos utilizando ficha específica. Eventos graves e/ou inusitados devem ser notificados imediatamente por telefone;
- Solicitação de imunobiológicos especiais deve ser feita em impresso próprio e encaminhada a VISA.

75.8 Referência bibliográfica

ALEXANDRE, L.B.S.P. e DAVID, R. **Vacinas Orientações Práticas**. São Paulo: Editora Martinari, 2008.

Ficha de Notificação de Eventos Adversos Pós Imunização. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/imuni/impressos/EAPV_FINOT_EVADVERSOS.pdf. Último acesso 30.11.2015.

Informe Técnico de Introdução da Vacina Tetra Viral. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.sopape.com.br/data/conteudo/arquivos/informe_tecnico_introducao_vacina_tetraviral.pdf. Último acesso 30.11.2015.

Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pos-vacinacao.pdf. Último acesso 30.11.2015.

Norma Técnica do Programa de Imunização. São Paulo/SP, 2008. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/imuni/imuni08_ntprog.pdf. Último acesso 30.11.2015.

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

Recomendações de Administração de Vacinas Parenterais. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/pdf/recomenda14_adm_vac_parenterais.pdf. Último acesso 30/11/2015.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Elizabeth Tieko Fujino Coren/SP 53400 Tienne de A. Antonio Rampazzo - Coren/SP 213414	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 76 Verificação de Frequência Cardíaca

76.1 Definição

Determinar a resposta cardíaca expressa pelo batimento de uma artéria pressionada sobre uma saliência óssea. Envolve os critérios de frequência, volume e ritmo avaliados por 1 (um) minuto.

76.2 Objetivo

- Verificar o estado geral da saúde cardiovascular e a resposta ao organismo a outros desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas;
- Avaliar estado geral do paciente;
- Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações.

76.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

76.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

76.5 Material

- Relógio com marcador de segundos;
- Estetoscópio se necessário.

76.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01** Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 02** Reunir o material;
- 03** Higienizar as mãos (POP 42);
- 04** Manter o paciente em posição confortável;

Verificação de Pulso Apical

- 01** Expor a região torácica;
- 02** Posicionar o estetoscópio devidamente higienizado com álcool a 70% na região torácica (3º a 5º espaço intercostal à D);
- 03** Auscultar as bulhas cardíacas por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto à fonética, ritmo e frequência);

Verificação de Pulso Arterial

- 01** Posicionar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, pressionando levemente contra saliência óssea;
- 02** Enumerar as pulsações por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto a volume, ritmo e frequência);

Ao final do procedimento

- 01** Higienizar as mãos (POP 42);
- 02** Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 03** Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 04** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

76.7 Observação

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

76.8 Referências bibliográficas

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

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

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

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

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Priscilla Brandão B. Pegoraro Coren/SP 184.203 Edméia Ap. Nunes Duft - Coren/SP 52.754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 77 Verificação de Frequência Respiratória

77.1 Definição:

Determinar a resposta pulmonar expressa pelos movimentos respiratórios envolve os critérios de frequência, amplitude/profundidade, ritmo e simetria que devem ser avaliados por 1 (um) minuto.

77.2 Objetivo:

Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas.

Avaliar estado geral do paciente/cliente, auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações. Acompanhar a evolução da doença.

77.3 Contra-indicação:

Não há.

77.4 Executante:

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

77.5 Material:

- Relógio com marcador de segundos
- Estetoscópio se necessário

77.6 Descrição do procedimento:

Ação de enfermagem

- 01 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;
- 02 Higienizar as mãos (POP 42);
- 03 Reunir o material e levá-lo para próximo do cliente;
- 04 Apresentar-se e explicar o procedimento ao cliente e/ou acompanhante;
- 05 Manter o paciente em posição confortável;
- 06 Colocar a mão no pulso do cliente simulando a verificação do pulso;
- 07 Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;
- 08 Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;
- 09 Higienizar as mãos;
- 10 Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%;
- 11 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 12 Comunicar enfermeiro se alterações.
- 13 Registrar o procedimento em Planilha de Produção.
- 14 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55) e desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.

77.7 Observações:

Observar os padrões de frequência respiratória:

IDADE	Batimentos por minuto*
Recém-Nascido	35-40
Lactentes (06 meses)	30-50
Crianças que começam a andar	25-32
Crianças	20-30

Adolescentes	16-19
Adultos	14-20

* valores conforme referência no repouso (acordado ou dormindo).

77.8 Referências bibliográficas

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

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

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

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Priscilla Brandão B. Pegoraro Coren/SP 184.203 Edméia Ap. Nunes Duft - Coren/SP 52.754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902

POP 78 Verificação de Temperatura Corpórea

78.1 Definição

Determinar a temperatura corpórea (da superfície da pele).

78.2 Objetivo

- Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas;
- Avaliar estado geral do paciente;
- Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações;
- Acompanhar a evolução da doença.

78.3 Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

78.4 Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

78.5 Material

- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Termômetro coluna de mercúrio ou digital.

78.6 Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- 01 Reunir o material;
- 02 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 03 Higienizar as mãos (POP 42);
- 04 Manter o paciente em posição confortável;
- 05 Realizar desinfecção do termômetro zerando a temperatura armazenada anteriormente (para crianças preferir o termômetro digital);
- 06 Selecionar local apropriado, livre de lesões (preferencialmente região axilar);
- 07 Aguardar por 03 minutos (termômetro de mercúrio) ou até a emissão de sinal sonoro (termômetro digital);
- 08 Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70% e zerar a temperatura armazenada;
- 09 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 10 Higienizar as mãos;
- 11 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000 (POP 13);
- 12 Registrar o procedimento em planilha de produção.
- 13 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 55).

78.7 Observação

- Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração;
- Em crianças observar se vestimenta adequada à estação do ano ou temperatura ambiente ou fatores externos que possam alterar a temperatura.

78.8 Referências bibliográficas

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

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão:**

Enfermagem, 2012.

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

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

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Aprovado por
27/12/2013	01	Priscila Brandão B. Pergoraro Coren/SP 184.203 Débora Tresoldi Coren/SP 90.271	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902