



ESTADO DE SERGIPE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU**

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ARACAJU/SE**



**PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÕES DE  
ENFERMAGEM**

**ARACAJU**

**2018**



ESTADO DE SERGIPE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU**

### **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Larissa Ribeiro Lôbo, Coordenação Municipal de Enfermagem, disponibiliza os Procedimentos Operacionais Padrões de Enfermagem, para que passe a integrar o conjunto de normatizações que regulamentam as atribuições, responsabilidades e competências da Enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju.

**ARACAJU**

**2018**



## Sumário

Pop 01	Higienização das mãos	06
Pop 02	Uso de EPI (Equipamento de Proteção individual)	10
Pop 03	Utilização de luvas	12
Pop 04	Utilização de luvas estéril	14
Pop 05	Verificação de temperatura	17
Pop 06	Verificação de Pressão Arterial	19
Pop 07	Verificação de Glicemia capilar	24
Pop 08	Antropometria	30
Pop 09	Antropometria infantil	33
Pop 10	Terapia de Reidratação Oral	36
Pop 11	Prova do laço	38
Pop 12	Coleta de material biológico	40
Pop 13	Coleta de material biológico – BK	43
Pop 14	Administração de medicação – inalatória	45
Pop 15	Administração de medicação – intradérmica	47
Pop 16	Administração de medicação – intramuscular	49
Pop 17	Administração de medicação – subcutânea	53
Pop 18	Administração de medicação – intra ocular	55
Pop 19	Administração de medicação – oral	57
Pop 20	Administração de medicação – endovenosa	59
Pop 21	Administração de medicação – por venóclise	61
Pop 22	Cateterismo vesical de demora	64
Pop 23	Cateterismo vesical de alívio	68
Pop 24	Sondagem nasogástrica	71
Pop 25	Troca de bolsa de estoma	74
Pop 26	Realização de oxigenioterapia	76
Pop 27	Verificação de torpedo de oxigênio	78
Pop 28	Checklist do armário de suporte básico	79
Pop 29	Orientações gerais da sala de imunização	83
Pop 30	Rotinas diárias da sala de imunização	85
Pop 31	Suspensão de energia elétrica ou defeito nos equipamentos	87
Pop 32	Cuidados gerais com a câmara e/ou geladeira	89



ESTADO DE SERGIPE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Pop 33	Limpeza de equipamentos (freezer, câmara e/ou geladeira)	91
Pop 34	Limpeza da caixa térmica	93
Pop 35	Cuidados gerais com as bobinas de gelo reutilizável	95
Pop 36	Desinfecção de máscara de nebulização	97
Pop 37	Desinfecção de materiais	100
Pop 38	Limpeza manual de materiais	103
Pop 39	Desinfecção de almotolias	105
Pop 40	Preparo de material para esterilização – pacote de gazes	107
Pop 41	Preparo de material para esterilização – pacote de gaze algodoadada	110
Pop 42	Preparo de material para esterilização – pacote de atadura	112
Pop 43	Preparo de material para esterilização – pacote de curativo	114
Pop 44	Preparo de material para esterilização – bandeja de cateterismo vesical	116
Pop 45	Preparo de material para esterilização – sutura	118
Pop 46	Teste biológico	120
Pop 47	Técnica para realização de curativos	122
Pop 48	Retirada de ponto cirúrgico	127
Pop 49	Teste rápido de gravidez	130
Pop 50	Teste rápido de detecção de sífilis	133
Pop 51	Teste rápido de detecção de HIV	139
Pop 52	Coleta para cito patologia oncológica	149
Pop 53	Exame clínico da mama	152

## INTRODUÇÃO

O Procedimento Operacional Padrão (POP) é uma descrição detalhada e simples de todas as operações necessárias para a realização de uma atividade.

Tendo em vista as divergências das ações e dos serviços prestados pelos profissionais nos setores de Atenção Básica do Município de Aracaju-SE e a necessidade de se garantir a qualidade e segurança dessas ações e serviços, foi elaborado os protocolos operacionais padrão com o objetivo de manter o processo de trabalho e técnicas em funcionamento, através da padronização e minimização de ocorrência de desvios na execução das atividades além de, facilitar o planejamento e a execução do trabalho dos profissionais que compõem o serviço.

Os POP's possuem informações suficientes para que os colaboradores possam utilizá-lo como um guia, assim como, em caso de dúvidas tenham onde buscar mais informações ou ao que recorrer.

Os procedimentos serão sistematicamente revisados de forma a garantir a atualização e adequação de seus processos e disponibilizados sempre que alterados aos profissionais da Atenção Básica.

### **Os Procedimentos Operacionais Padrão foram elaborados por:**

Enfª Raquel dos Reis Tavares

Enfª Tania Maria Silva Santana


Enfº Rosinaldo Nascimento de Jesus

Enfª Gabryella Garibalde Santana Resende

### **As colaboradoras foram:**

Camille Juliane Santos

Enfª Larissa Ribeiro Lôbo

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 01</b>					
<b>HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>1.Responsáveis:</b> Equipe de Enfermagem</p> <p><b>2.Quando:</b> As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes, pois a pele é um reservatório natural de diversos microrganismos (4.6 x 10<sup>6</sup> UFC/ cm<sup>2</sup>) que podem se transferir de uma superfície para outra por meio de contato direto (pele com pele), ou indireto, através do contato com objetos e superfícies contaminados. Após a lavagem das mãos com água sabão há uma redução da microbiota que varia de 1,8 a 2,8 logs após 30 segundos de lavagem (elimina-se até 99% da microbiota), por outro lado com o álcool chegamos a uma redução de 4,0 a 5,0 logs após 30 segundos de aplicação (elimina-se até 99,99% da microbiota). A eficácia da higienização das mãos está relacionada com a duração da técnica, no mínimo 30 segundos.</p> <p>Devem higienizar as mãos todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde, que mantêm contato direto ou indireto com os pacientes, que atuam na manipulação de medicamentos, alimentos e material estéril ou contaminado. Ainda, recomenda-se que os familiares, acompanhantes e visitantes higienizem as mãos antes e após contato com o paciente. Técnica de higienização simples das mãos/higienização antisséptica das mãos</p> <p><b>3.Monitoramento:</b> Todos os profissionais.</p> <p><b>4.Objetivos:</b></p>					

A higienização das mãos visa:

- Remoção de sujeira, suor, oleosidade, células descamativas e microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato;
- Prevenção e redução das infecções causadas pela transmissão cruzada.

## **5.Procedimento**

5.1. Material necessário:

- Sabão de preferência líquido
- Toalha de papel.

5.2. Procedimento

- 1- Abrir a torneira;
- 2- Molhar as mãos;
- 3- Passar o sabão;
- 4- Friccionar bem;
- 5- Passar as mãos ensaboadas na torneira;
- 6- Fechar a torneira;
- 7- Proceder assim:
  - Palma com palma;
  - Palma no dorso (incluso entre os dedos);
  - Dorso na palma (incluso entre os dedos);
  - Ponta dos dedos em concha e vice-versa;
  - Polegares;
  - Costas das mãos;
  - Unhas;
  - Fazer isso em ambas às mãos;
- 8- Abrir novamente a torneira
- 9- Enxaguar;

- 10- Com as mãos em concha, coletar água e jogá-la na torneira;
- 11- Fechar torneira;
- 12- Pegar o papel toalha (sugere-se 2 folhas);
- 13- Secar as mãos;
- 14- Com o papel, secar a torneira.
- 15- Jogar o papel no lixo.

## Lavagem das Mãos



### Uso de Álcool Gel ou Álcool Glicerinado 70%:

Reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades).

A utilização de gel ou solução alcóolica a 70% pode substituir a higienização com água e sabão quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.

Ao contrário da clorexidina ou PVP-I, o álcool não possui ação residual.

Duração do procedimento: 20 a 30 segundos.



### Indicação do uso de preparações alcóolicas

1. Antes e após contato com o paciente;
2. Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
3. Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;
4. Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente;
5. Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente.
6. Recomenda-se, após a quinta higienização das mãos com álcool a 70%, lavá-las com água e sabão.

### Referências Bibliográficas:

1. PITTET, D. et al. Effectiveness of a hospitalwide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet*, v.356, p.1307- 1312, 2000.
2. ROSENTHAL, V.D., et al. Reduction in nosocomial infection with improved hand hygiene in intensive care units of a tertiary care hospital in Argentina. *Am J Infect Control*, v.33, p.392-397, 2005.
3. JOHNSON, P.D., et al. Efficacy of an alcohol/ chlorhexidine hand hygiene program in a hospital with high rates of nosocomial methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Med J Aust*, v.183, p.509- 514, 2005.

### Participantes na elaboração do documento:


NOME	REVISÃO	SETOR

### Controle de Treinamento:

Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:** Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 02</b>					
<b>USO DE EPI (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 2
<p><b>Responsável:</b> Equipe de Enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Diariamente.</p> <p><b>Monitoramento:</b> Todos os profissionais e o coordenador da equipe.</p> <p><b>Objetivo:</b> Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções e evitando acidentes de trabalho.</p> <p><b>Procedimento:</b></p> <p>Sempre que iniciar qualquer atividade verificar a necessidade do uso de EPI's, segundo recomendações a seguir:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luvas devem ser usadas sempre quando houver risco de transmissão de patologias tanto para o profissional quanto para o paciente, e qualquer situação que for manipular ambientes que possuam depósitos de secreção, sangue, e outras matérias orgânicas;</li> <li>2. Máscaras devem ser utilizadas quando houver risco de contágio de patologias por meio de gotículas das vias áreas superiores e respingo de secreções e sangue à mucosa oral, evitar irritações orais diante de produtos que liberam aerossóis;</li> <li>3. Óculos devem ser utilizados quando o procedimento oferece risco de respingo à mucosa ocular;</li> <li>4. Touca deve ser utilizada quando realizar um procedimento que necessite de técnicas assépticas, evitando queda de cabelo ou células epiteliais;</li> <li>5. Botas devem ser utilizadas quando os sapatos não são capazes de reter secreções e água;</li> </ol>					

6. Avental utilizado para evitar que o uniforme não seja contaminado ao contato com respingos de secreções e evitar vinculação de microrganismos patogênicos fora do ambiente de trabalho, devendo ser retirados sempre após término do expediente;

7. Lavar as mãos ou usar soluções antissépticas antes e depois de qualquer procedimento;

8. Desprezar agulhas e instrumentos cortantes em recipientes rígidos e nunca reencapar agulhas.

**Referências Bibliográficas:**

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília, 2010

2. PORTARIA N.º 37, DE 06 DE DEZEMBRO DE 2002

3. MINISTÉRIO DO TRABALHO. Norma Regulamentadora 32, de 16 de Novembro de 2005

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:**

Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsável:** Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 03</b>					
<b>UTILIZAÇÃO E REMOÇÃO DE LUVAS DE LÁTEX E BORRACHA</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 2
<p><b>Responsável:</b> Equipe de Enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Diante de algum procedimento que pode ter risco de contaminação direta ou indiretamente</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivo:</b> Garantir a eliminação do risco de infecção pessoal e cruzada através das mãos.</p> <p><b>Orientações gerais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Utilize-as antes de entrar em contato com sangue, líquidos corporais, membrana mucosa, pele não intacta e outros materiais potencialmente infectantes;</li> <li>* Troque de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente;</li> <li>* Troque também durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, ou quando esta estiver danificada;</li> <li>* Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;</li> <li>* A luva estéril deve ser utilizada somente para procedimentos que necessitam de ambiente totalmente estéril como uma aspiração traqueal e cateterismos;</li> <li>* Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos;</li> <li>* Lembre-se: A luva é um equipamento de proteção individual, o uso</li> </ul>					

de luvas não substitui a higienização das mãos.

**Descrição do Procedimento:**

**Remoção de luvas de látex**

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

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:**

Público alvo: Todos os profissionais da Unidade de Saúde da Família

Periodicidade: Anual

**Responsáveis:** Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 04</b>					
<b>UTILIZAÇÃO DE LUVA ESTÉRIL</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 2
<p><b>Responsável:</b> Equipe de Enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Procedimento que exija meio estéril</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivo:</b> Garantir o cumprimento das práticas assépticas diante de um ambiente estéril</p> <p><b>Procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Selecionar o par de luvas compatível com as suas mãos;</li> <li>3. Verificar as condições do invólucro;</li> <li>4. Abrir a embalagem externa, puxando a camada superior. Retirar a embalagem interna manuseando somente a parte externa;</li> <li>5. Abrir a embalagem interna sobre superfície limpa e seca, e expor as luvas esterilizadas de modo que os punhos fiquem voltados para você;</li> <li>6. Com o polegar e o indicador da mão não dominante, segurar o punho dobrado da luva esterilizada para a mão dominante;</li> <li>7. Erguer e segurar a luva com os dedos voltados para baixo. Cuidar para que ela não toque objetos não esterilizados;</li> <li>8. Inserir a mão não dominante na luva e puxá-la. Deixar o punho dobrado até que a outra luva seja colocada;</li> <li>9. Mantendo o polegar para fora, deslizar os dedos da mão enluvada por baixo do punho da outra luva e levantá-la;</li> <li>10. Inserir a mão não dominante na luva;</li> </ol>					

11. Ajustar as luvas nas duas mãos, tocando apenas as áreas esterilizadas.

**Procedimento de remoção:**

1. Com a mão dominante, segurar a outra luva perto da extremidade do punho e retirá-la, invertendo-a, com a área contaminada no lado interno. Continuar segurando a luva;
2. Deslizar os dedos da mão sem luva para dentro da luva restante. Segurar a luva pela parte interna e retirá-la, virando a parte interna para fora, sobre a mão e a outra luva;
3. Desprezar as luvas em local apropriado;
4. Higienizar as mãos.



**Referência Bibliográfica:**

1. ANVISA, Unidade de Tecnovigilância. Luvas cirúrgicas e Luvas de procedimentos: Considerações sobre o seu uso. Boletim Informativo de Tecnovigilância nº 2, Brasília 2011.

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Todos os profissionais da Unidade de Saúde da Família

Periodicidade: anual

**Responsáveis:** Equipe de Enfermagem



		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 05</b>					
<b>AFERIÇÃO DE TEMPERATURA AXILAR</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 2
<p><b>Responsável:</b> Técnico ou Auxiliar de Enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Sempre que necessário</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivo:</b> Verificar a temperatura para obter valores fidedignos para embasamento das intervenções de enfermagem e condutas médicas.</p> <p><b>Material necessário:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Termômetro.</li> <li>2. Relógio</li> <li>3. Algodão embebido em álcool a 70%.</li> </ol> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos.</li> <li>2. Reunir o material.</li> <li>3. Colocar o cliente em posição confortável.</li> <li>4. Realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% na direção da ponta para o bulbo em movimento único.</li> <li>5. Secar a região axilar do cliente se necessário.</li> <li>6. Colocar o bulbo do termômetro na região axilar do cliente, dobrando seu braço sobre o peito.</li> <li>7. Manter o termômetro por 3 a 5 minutos ou até que seja emitido sinal sonoro do equipamento.</li> <li>8. Realizar a leitura da temperatura e intervir conforme a necessidade.</li> <li>9. Realizar a desinfecção do termômetro com álcool a 70% e guardá-lo em local adequado.</li> </ol>					

10. Realizar as anotações no prontuário do cliente, conforme a necessidade.

**Referências Bibliográficas:**

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

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Todos os profissionais da Unidade de Saúde da Família

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 06</b>					
<b>VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 4
<p><b>Responsáveis:</b> Equipe de Enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Diariamente</p> <p>A pressão arterial (PA) é a força (pressão) que o sangue exerce sobre as paredes arteriais durante um ciclo cardíaco.</p> <p>A verificação da pressão artéria consiste em mensurar a pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias, quando é lançado na corrente sanguínea pelo ventrículo.</p> <p>É um método indireto e, neste caso, um método manual que consiste na ausculta dos sons de Korotkoff - complexo de sons audíveis que ocorrem por turbulência, instabilidade da parede arterial e formação de onda de choque produzida pela oclusão externa ou pressão sobre uma artéria maior.</p> <p>A pressão arterial sistólica ou máxima é o primeiro som audível e a maior força exercida pelos batimentos cardíacos, e a pressão arterial diastólica ou mínima é o último e abafado som e representa a menor força exercida pelos batimentos cardíacos.</p> <p><b>Monitoramento:</b> Todos os profissionais e o coordenador da equipe</p> <p><b>Objetivo:</b> Conhecer o valor numérico da pressão arterial (sistólica e diastólica), para avaliar se o cliente está normotenso, hipotenso ou hipertenso.</p> <p><b>Material necessário:</b></p> <p>Manguitos de tamanho adequado a cada cliente;</p> <p>Esfigmomanômetro aneroide ou de coluna de mercúrio (de preferência);</p> <p>Estetoscópio;</p>					

Fita métrica

Bolas de algodão;

Álcool 70% desinfetante.

**Orientações Gerais:**

- \* Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo;
- \* Evitar bexiga cheia;
- \* Não praticar exercícios físicos 60 a 90 minutos antes;
- \* Não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumar 30 minutos antes;
- \* Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em posição ortostática, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti-hipertensiva;
- \* Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- \* Realizar a higienização das mãos;
- \* Reunir o material na bandeja e levá-la próximo ao cliente;
- \* Explicar o procedimento ao paciente;
- \* Desinfetar as olivas e o diafragma do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
- \* Realizar a desinfecção da braçadura com álcool a 70%;
- \* Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado;
- \* Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito;
- \* Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
- \* Observar para que os prolongamentos de borracha não se cruzem;
- \* Solicitar para que não fale durante a medida.

**Descrição do Procedimento:**

### **Verificação da Pressão Arterial**

- Medir a circunferência do braço do paciente. É importante ressaltar que, em geral, o tamanho de manguito a ser considerado para cada cliente corresponde a  $\frac{3}{4}$  de seu braço, de sua coxa ou de sua perna;
- Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço;
- Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm;
- Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
- Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva;
- Fechar a válvula da pêra do manguito;
- Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg do nível estimado da pressão sistólica
- Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo);
- Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
- Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff);
- Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
- Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff);
- Em caso de dúvida, repetir a operação 1 a 2 minutos após, para confirmar;
- Informar os valores de pressão arterial obtidos para o paciente;
- Abrir a válvula e após a saída de todo o ar retirar o manguito;
- Desinfetar as olivas e o diafragma do estetoscópio friccionando três

vezes com algodão embebido em álcool 70°;

- Registrar o valor obtido na ficha do paciente, informando ao enfermeiro eventuais anormalidades;
- Deixar o cliente confortável;
- Lavar e guardar os materiais.

**Cuidados relacionados à aferição:**

- Verificar a pressão arterial no menor tempo possível a fim de impedir congestão venosa, pois o manguito age como um torniquete.
- Retirar totalmente o ar do manguito e nunca reinsuflá-lo durante a verificação de pressão arterial.
- É fundamental que estejam calibrados - recomenda-se calibração semestral (Mion et al.1998);
- Observar periodicamente sistemas de válvulas (vazamentos) e tubos de borrachas (integridade).

**Periodicidade:**

- De acordo com o Programa no qual o paciente está inscrito.

**HIPERDIA**

- Uma vez na semana
- De acordo com prescrição de enfermagem e médica.

### Tabela de avaliação da Pressão arterial em adultos

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)		
Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da pressão arterial

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010.

### Tabela de dimensões da bolsa de borracha

Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos (D)			
Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11–15	6	12
Infantil	16–22	9	18
Adulto Pequeno	20–26	10	17
Adulto	27–34	12	23
Adulto grande	35–45	16	32

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010.

### Referências Bibliográficas:

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade/ Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

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

WHO expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. The Lancet, 2004; 157-163. 11.

### Participantes na elaboração do documento:

NOME	REVISÃO	SETOR


### Controle de Treinamento:

Público alvo: Todos os profissionais da Unidade de Saúde da Família

Periodicidade: Anual

### Responsáveis:

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
		<b>POP 07</b>			
<b>VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 4
<p><b>1. Responsável:</b> Equipe de Enfermagem</p> <p><b>2. Quando:</b> Diariamente</p> <p><b>3. Monitoramento:</b> Todos os profissionais e o coordenador da equipe</p> <p><b>4. Objetivo:</b></p> <p>A glicemia capilar é um exame sanguíneo que oferece resultado imediato acerca da concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital;</p> <p>Controlar a glicemia de portadores de diabetes, usuários de insulino terapia e de nutrição parenteral ou outras terapêuticas que interfiram no metabolismo da glicose no organismo;</p> <p>Avaliar possíveis causas de hipotímia, desmaios e convulsões (estados de hipo e hiperglicemia podem provocar tais situações).</p> <p><b>5. Procedimento</b></p> <p><b>5.1 Orientação ao paciente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar o cliente sobre o exame que será feito, lembrando que apesar do baixo risco que ele oferece, há sempre o desconforto decorrente da perfuração necessária para obter a gota de sangue;</li> <li>• Perguntar-lhe em que mão e dedo prefere que a punção seja realizada e onde foi realizada a última punção;</li> <li>• Observar a necessidade de rodízio do local, evitando trauma e dor.</li> </ul> <p><b>5.2 Descrição do procedimento técnico:</b></p> <p><b>5.3 Material necessário:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipamento de Proteção Individual: luvas de procedimento;</li> <li>• Cuba rim ou bandeja retangular;</li> </ul>					



- Glicosímetro;
- Fitas reagentes para glicose, específica ao aparelho utilizado no momento;
- Lancetas estéreis;
- Caneta e papel ou prescrição do paciente, para anotação do resultado encontrado;
- Gaze umedecida com álcool 70%;
- Caixa para material perfurocortante.

#### **5 4 Descrição da técnica:**

- Realizar a higienização das mãos;
- Realizar a desinfecção da bandeja ou cubarim com álcool a 70%;
- Separar o material necessário em uma bandeja ou cuba rim;
- Certificar-se se a fita reagente está na validade;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Realizar a higienização das mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Ligar o aparelho e posicionar a fita e o glicosímetro de modo a facilitar a deposição da gota de sangue no local adequado;
- Segurar a lanceta sem tampa e fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
- Com a outra mão limpar a área com gaze umedecida com álcool 70% e esperar secar. De outra forma, o álcool pode se misturar com sangue e alterar o resultado do teste. Se o paciente tiver condições, solicitar que lave as mãos, secando-as bem;
- Com a lanceta ou agulha estéril fazer uma punção na ponta do dedo escolhido, preferencialmente na lateral do dedo, onde a dor é minimizada;
- Lancetar o dedo e obter uma gota suficiente para preencher o campo

reagente;

- Pressionar o local da punção com álcool embebido em álcool 70% enquanto aguarda o tempo necessário para o resultado do exame;
- Atentar para pacientes em uso de anticoagulantes;
- Informar o resultado obtido ao paciente;
- Guardar o glicosímetro, desprezar a fita reagente e a lanceta na caixa específica para material perfurocortante;
- Retirar as luvas;
- Realizar a lavagem da bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%;
- Fazer a desinfecção do glicosímetro com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos.
- Registrar o valor obtido (em ambulatório, na solicitação médica do paciente e em unidades de internações, na anotação e na evolução de enfermagem).

#### **6. Riscos relacionados:**

- Ao cliente:

- Dor e endurecimento da polpa digital decorrente de punção repetida na ponta do dedo;
- Contaminação do local de punção decorrente de antissepsia inadequada;
- Resultados inexatos decorrente da manipulação inadequada por parte do profissional: excesso de álcool 70% residual da antissepsia local, mãos sujas, quantidade insuficiente de sangue para preencher o local reagente da fita, sangue acumulado de testes anteriores no aparelho, má conservação do aparelho, fitas reagentes fora da validade.

- Ao profissional:

- Acidente biológico com material perfurocortante (minimizado com a utilização de luvas, extrema atenção durante a realização do

procedimento e desprezando a lanceta e a fita reagente no local indicado).

### **7. Intervenções e cuidados especiais:**

- Qualquer contaminação da ponta do dedo com sujeira, líquidos ou alimentos (açúcar, suco de frutas...) pode afetar as leituras de glicemia. Pontas de dedo limpas e secas são pré-requisitos para um teste ideal;
- Nunca esquecer de calibrar o aparelho a cada trocar de lote de fitas reagentes;
- Resultados abaixo de 60 mg/dl são considerados hipoglicemia e acima de 140 mg/dl após 2 horas das refeições são considerados hiperglicemias. Tais resultados em geral estarão acompanhados por sintomatologia característica e caso isso não esteja ocorrendo, deve-se suspeitar de erro na leitura do teste. Repetir o procedimento, a fim de garantir a veracidade do resultado obtido;
- Clientes que fazem glicemia capilar quando internados, em geral possuem esquema de insulino terapia que deve ser implantado, caso haja alterações significativas nos resultados obtidos;
- Os resultados considerados normais: - glicemias em jejum entre 70 a 130 mg/dl - glicemias pré-prandiais até 140 mg/dl - glicemias pós-prandiais até 180 mg/dl
- Reconhecer sinais e sintomas de hipoglicemia que diferenciam de indivíduo para indivíduo (em geral apresentam sudorese intensa, pele fria e pegajosa). Taxas abaixo de 60 mg/dl são perigosas, podem levar ao coma ou até a morte quando prolongada, mais rapidamente que em estados de hiperglicemia;
- Clientes com baixa perfusão capilar podem necessitar de estratégias de cuidados para a abaixo da linha do coração, pedir para esfregar as mãos também auxilia no aumento do fluxo do local;
- Observar a validade das fitas reagentes e conservação;

- Observar que a maioria dos aparelhos tem um sistema de calibragem a cada troca de lote de fita;
- Aproveitar o momento da verificação da glicemia para treinar o indivíduo a automonitorização (quando da indicação);
- Sempre que manipular ou realizar procedimentos em que haja contato com sangue ou outras secreções orgânicas, utilizar equipamento de proteção individual (EPI);
- Erro na leitura por insuficiente quantidade de sangue, mais de uma punção até se conseguir a amostra necessária, são situações comuns, em geral ocasionadas pelo medo que profissional tem de machucar o cliente. Lembrar-se de que repetidas punções superficiais doem mais que uma única punção realizada adequadamente e, em decorrência da dor, fazem com que o cliente fique resistente ao cuidado e pouco cooperativo, além de ser estressante, podendo alterar o resultado;
- Fazer rodízio dos locais a serem puncionados;
- Não reencapar lancetas ou agulhas, para evitar acidentes;
- Nas emergências em diabetes é fundamental a realização da glicemia venosa e, posteriormente, intercalar com a glicemia capilar, monitorando o resultado com o tratamento;
- Em pacientes com precaução de contato, o glicosímetro deverá estar protegido.

### **8. Registro:**

Realizar o registro com informações dos valores da glicemia capilar, horário e data, no local onde foi realizada a solicitação do procedimento, e/ou no prontuário do paciente (evolução e anotação de enfermagem).

### **Referências Bibliográficas:**

MILECH, A. et al. Diabetes Mellitus - Clínica diagnóstica, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

SILVA LD, PEREIRA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic, 2011.

**Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR


**Controle de Treinamento:**

Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: Anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 08</b>					
<b>ANTROPOMETRIA</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 2
<p><b>Responsável:</b> Enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e médico</p> <p><b>Quando:</b> Mensalmente ou sempre que necessário</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivos:</b> Utilizar técnicas e os instrumentos adequados para aferição de medidas antropométricas.</p> <p><b>Condições necessárias:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Balança</li> <li>2. Estadiômetro</li> </ol> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <p><b>Peso</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antes de cada pesagem, a balança deve ser destravada, zerada e calibrada;</li> <li>2. O paciente, descalço e vestido apenas com avental ou roupas leves, deve subir na plataforma e ficar em pé, de costas para o medidor, com os braços estendidos ao longo do corpo e sem qualquer outro apoio;</li> <li>3. Mover o marcador maior (kg) do zero da escala até o ponto em que o braço da balança se incline para baixo, voltar, então, para o nível imediatamente anterior (o braço da balança inclina-se para cima);</li> <li>4. Mover o marcador menor (g) do zero da escala até o ponto em que haja equilíbrio entre o peso da escala e o peso do paciente (o braço da balança fica em linha reta, e o cursor aponta para o ponto médio da escala);</li> <li>5. Ler o peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala</li> </ol>					

menor. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considerar o menor valor. Por exemplo: se o cursor estiver entre 200 e 300 g, considerar 200 g;

6 Anotar o peso encontrado no prontuário e no cartão do paciente.

### **Altura**

1. O paciente deve estar em pé e descalço, no centro da plataforma da balança, com os braços estendidos ao longo do corpo. Quando disponível, poderá ser utilizado o antropômetro vertical;

2. Calcânhares, nádegas e espáduas devem se aproximar da haste vertical da balança. No caso de se usar antropômetro vertical, o paciente deverá ficar com calcânhares, nádegas e espáduas encostados no equipamento;

3. A cabeça deve estar erguida de maneira que a borda inferior da órbita fique no mesmo plano horizontal que o meato do ouvido externo;

4. O encarregado de realizar a medida deverá baixar lentamente a haste vertical, pressionando suavemente os cabelos até que a haste encoste no couro cabeludo;

5. Fazer a leitura na escala da haste. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considerar o menor valor;

6. Anotar o resultado no prontuário.

### **Referências Bibliográficas:**

Ministério da Saúde. Manual técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério

da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.: il.

**Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR


**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem



		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 09</b>					
<b>ANTROPOMETRIA INFANTIL</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 2
<p><b>Responsável:</b> Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Mensalmente ou sempre que necessário</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivos:</b> Utilizar técnicas e os instrumentos adequados para aferição de medidas antropométricas.</p> <p><b>Condições necessárias:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Balança Pediátrica</li> <li>2. Fita métrica</li> <li>3. Antropômetro infantil</li> <li>4. Maca</li> </ol> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <p><b>Peso</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Forrar (papel lençol) e destravar a balança;</li> <li>2. Verificar se a balança está zerada (agulha do braço e fiel na mesma linha horizontal). Se não: zerá-la girando lentamente o calibrador zerá-la;</li> <li>3. Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;</li> <li>4. Após constatar que a balança está zerada ela deve ser travada;</li> <li>5. Pedir à mãe (ou ao responsável) para despir a criança;</li> <li>6. Colocar a criança deitada ou sentada no centro do prato, de modo a distribuir o peso igualmente;</li> <li>7. Destruvar a balança mantendo a criança parada o máximo possível nessa posição;</li> <li>8. Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança e no equipamento;</li> <li>9. Mover o cursor maior sobre a escala numérica para marcar os quilos.</li> <li>10. Depois mover o cursor menor para marcar os gramas;</li> <li>11. Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;</li> <li>12. Travar a balança, evitando, assim, que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento;</li> <li>13. Realizar a leitura de frente para o equipamento com os olhos no mesmo nível da escala a fim de visualizar melhor os valores apontados pelos cursores;</li> </ol>					

14. Anotar o peso no prontuário;
16. Marcar o peso na Caderneta de Saúde da Criança;
15. Retirar a criança e o papel lençol;
16. Retornar os cursores para zero.

**Se for utilizar balança pediátrica eletrônica (digital)**

1. A balança deve estar ligada antes de a criança ser colocada sobre o equipamento. Esperar que a balança chegue ao zero;
2. Despir totalmente a criança com o auxílio da mãe/responsável;
3. Colocar a criança despida no centro do prato da balança, sentada ou deitada, de modo que o peso fique distribuído. Manter a criança parada (o máximo possível) nessa posição. Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo sem tocar na criança, nem no equipamento;
4. Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura;
5. Anotar o peso no prontuário;
6. Marcar o peso na Caderneta de Saúde da Criança;
7. Retirar a criança.

**Comprimento**

1. Forrar (papel lençol) a superfície de medida;
2. Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços;
3. Manter, com a ajuda da mãe (ou responsável), a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito; os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro; e os braços estendidos ao longo do corpo;
4. As nádegas e os calcanhares da criança devem estar em contato com a superfície que apoia o antropômetro;
5. Pressionar, cuidadosamente os joelhos da criança para baixo com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos;
6. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas;
7. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam;
8. Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;
9. Anotar o resultado no prontuário;
10. Marcar o comprimento na Caderneta de Saúde da Criança;
11. Retirar a criança.

**Perímetro cefálico:**

1. Preferencialmente utilizar fita métrica de papel ou de metal flexível, já que a fita métrica flexível pode esticar;
2. Colocar a fita em torno da cabeça da criança, passando pelos pontos imediatamente acima das sobrancelhas e orelhas, e em torno da

saliência occipital;

3. Anotar o resultado no prontuário;

4. Marcar a medida na Caderneta de Saúde da Criança.

**Perímetro torácico:**

1. Preferencialmente utilizar fita métrica de papel ou de metal flexível, já que a fita métrica flexível pode esticar;

2. Colocar a fita em torno do tórax ao nível dos mamilos;

3. Anotar o resultado no prontuário.

**Referências Bibliográficas:**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.: il.

**Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR


**Controle de Treinamento:**

Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 10</b>					
<b>TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 2
<p><b>1. Responsável:</b> Equipe de Enfermagem</p> <p><b>2. Quando:</b> Sempre que necessário</p> <p><b>3. Monitoramento:</b> Todos os profissionais.</p> <p><b>4. Objetivo:</b> Prevenção de desidratação</p> <p><b>5. Procedimento</b></p> <p><b>5.1 Material Necessário:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Envelope de Soro de Reidratação Oral - SRO;</li> <li>2. Água filtrada ou fervida (fria);</li> <li>3. Uma jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa);</li> <li>4. Copo descartável;</li> <li>5. Seringa de 10 ml s/n;</li> <li>6. Colher de plástico cabo longo;</li> <li>7. Colher de sopa ou de chá;</li> <li>8. Balança adulta e infantil;</li> </ol> <p><b>5.2 Descrição do Procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pesar a criança no início da TRO e a cada hora;</li> <li>2. Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água;</li> <li>3. Determinar a quantidade de soro a ser administrada durante as primeiras quatro horas, conforme protocolo de Atenção à Saúde da Criança;</li> <li>4. Ofertar o SRO, com uma colher, toda vez que a criança desejar, no volume que aceitar e toda vez que a criança evacuar;</li> <li>5. Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente;</li> <li>6. Observar se os sinais de desidratação permanecem, tais como: criança inquieta e irritada, olhos fundos, bebe avidamente e com sede, boca seca e ausência de saliva, de lágrima e o sinal da prega (a pele volta lentamente ao estado anterior);           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação (enfermeiro);</li> <li>• Orientar a mãe a introduzir a dieta o mais breve possível (enfermeiro);</li> </ul>           Observação: a criança poderá receber o SRO no volume de 50 a 100 ml por quilograma de peso, por um período máximo de 4 a 6h;           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não apresentando melhora, solicitar a avaliação médica (enfermeiro).</li> </ul> </li> <li>7. Anotar o procedimento e a evolução no prontuário do paciente e no mapa de produção da Unidade.</li> </ol>					

**Referências Bibliográficas:**

WHO. New formula oral rehydration salts save millions of lives. Available: <http://www.google.com/search?q=cache:33lcy15SkeUC:www.who.int/media+centre/releases/release35/em/print.html+childhood+diarrhea+acute&hl=pt8>

A joint UNICEF/WHO update. Oral rehydration Salts (ORS). Available: [http://www.who.int/child-adolescent-health/New Publications/NEWS/ors ver.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/New+Publications/NEWS/ors+ver.htm)

**Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:**

Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: Anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem



Prefeitura de Aracaju  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade de Saúde da Família

## POP 11

### PROVA DO LAÇO

DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 2

**Responsável:** Enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e médico

**Quando:** Em casos onde há suspeita de dengue.

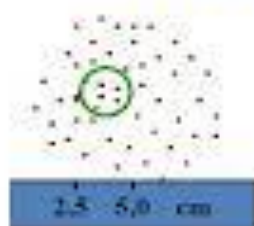
**Monitoramento:** Enfermeiro

**Objetivos:** Avaliar a fragilidade capilar que pode refletir a queda do número de plaquetas.

**Descrição do procedimento:**

1. A prova do laço deverá ser realizada obrigatoriamente em todos os casos suspeitos de dengue durante o exame físico;
2. Desenhar um quadrado de 2,5cm de lado (ou uma área ao redor do polegar) no antebraço da pessoa e aferir a PA (deitada ou sentada);
3. Calcular o valor médio: (PAS+PAD);
4. Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter por cinco minutos (em crianças, 3 minutos) ou até o aparecimento das petéquias;
5. Contar o número de petéquias no quadrado. A prova será positiva se houver mais de 20 petéquias em adultos e 10 em crianças;

### PROVA DO LAÇO - DENGUE



✓Garrotear por 3 min (crianças) e 5 min (adultos) mantendo na média da PA

✓Atentar para uso adequado do manguito

✓Positiva: 10 ou mais petéquias (crianças)

20 ou mais petéquias (adultos)

6. Procedimento registrado no prontuário do paciente e identificado com assinatura e carimbo.

**Referências Bibliográficas:**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue: diagnóstico e manejo clínico – Adulto e Criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

**Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR


**Controle de Treinamento:**

Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 12</b>					
<b>COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>1. Responsável:</b> Equipe de Enfermagem</p> <p><b>2. Quando:</b> Diariamente</p> <p><b>3. Monitoramento:</b> Todos os profissionais.</p> <p><b>4. Objetivo:</b> É padronizar os procedimentos de coleta de material biológico, visando à qualidade no processo analítico e a segurança do cliente</p> <p><b>5. Procedimento:</b></p> <p><b>5.1. FASE PRÉ-ANALÍTICA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A fase pré-analítica é fundamental para que os exames laboratoriais apresentem um resultado tecnicamente correto;</li> <li>2. Cada tipo de amostra deve ser coletada em um recipiente específico para cada tipo de análise, sendo de extrema importância conhecer estes recipiente para a realização de uma coleta de material biológico;</li> <li>3. Garroteamento: fazer tensão apenas o suficiente para comprimir a veia, por no máximo 1 minuto;</li> <li>4. Antissepsia: esperar a evaporação do antisséptico (não assoprar).</li> <li>5. Transferência: escorrer lenta e cuidadosamente o sangue pela parede do tubo, quando em coleta com seringa.</li> <li>6. Homogeneização: inverter, completa e suavemente, o tubo com o anticoagulante ou gel separador, por 5 e 8 vezes.</li> </ol> <p><b>NÃO AGITAR.</b></p> <p><b>5.2. MATERIAL E COLETA PARA SANGUE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Os tubos variam de tamanho e podem ou não conter aditivos que previnem a coagulação ou preservam algum componente do sangue a ser analisado. Por esse motivo, é importante obedecer à marca indicativa do nível adequado para cada tubo.</li> <li>2. Os aditivos podem estar na forma líquida ou pó.</li> <li>3. Tubos com volume insuficiente ou com excesso de sangue alteram a proporção correta de sangue/aditivo e podem gerar resultados incorretos.</li> </ol> <p><b>5.3 SEQUÊNCIA PARA COLETA DE TUBOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quando há necessidade de coletar várias amostras de um mesmo cliente, durante uma mesma venopunção, é necessário obedecer a uma sequência de tubos durante a coleta para que não haja contaminação dos aditivos de um tubo para outro, o que ocasiona grandes alterações em alguns parâmetros analíticos.</li> </ol>					



## 2. TUBOS:

<b>TUBO ROXO</b>	Hemograma, tipagem sanguínea, contagem de plaquetas e exames que visam estudar a morfologia das hemácias
<b>TUBO VERMELHO</b> <b>TUBO AMARELO</b>	Exames sorológicos



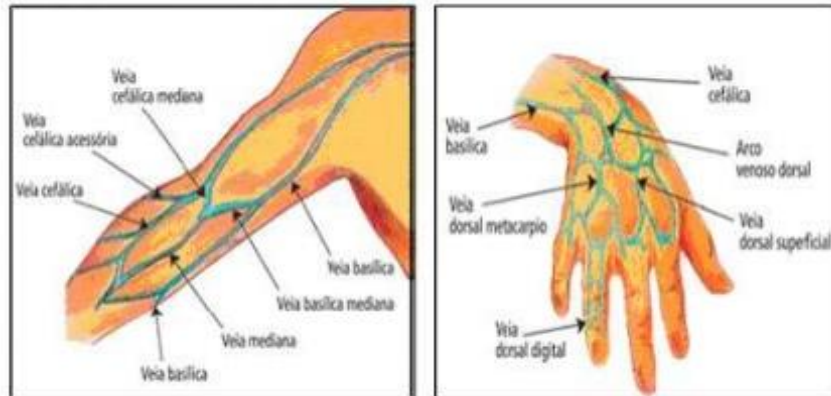
### 3.4 CUIDADOS PARA UMA PUNÇÃO BEM SUCEDIDA

1. O ideal é que o paciente seja puncionado uma única vez, proporcionando assim conforto e segurança ao paciente;
2. Para se obter uma punção de sucesso, vários fatores devem ser observados, antes de iniciar o procedimento:
  - Após observar o acesso venoso do cliente, escolher materiais compatíveis para a punção;
  - Sempre puncionar a veia do cliente com o bisel voltado para cima;
  - Respeitar a proporção sangue/aditivo no tubo;
  - Introduzir a agulha mais ou menos 1 cm no braço do cliente;
  - Respeitar a angulação de 30° graus (ângulo oblíquo) em relação ao braço do cliente;

OBS: figura 1 e figura 2



**Figura 1 – ângulo para punção venosa periférica**



**Figura 2 – apresentação de veia para punção venosa**

### **Referências Bibliográficas:**

HENRY, J. B. Diagnósticos clínicos e tratamento por métodos laboratoriais. 20º ed. Editora Manole, 2008.

MOTTA, VALTER T. Bioquímica Clínica para o Laboratório: princípio e interpretações. Ed. Missau, Porto Alegre, 4º ed, 2003.

DEVLIN, THOMAS M. Manual de bioquímica com correlações clínicas. Ed. Blucher, 6º ed, São Paulo, 2007.

### **Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

### **Controle de Treinamento:**

Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:** Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 13</b>					
<b>COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO – ESCARRO - BK</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PRÓXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>1. Responsável:</b> Equipe de Enfermagem</p> <p><b>2. Quando:</b> Diariamente</p> <p><b>3. Monitoramento:</b> Todos os profissionais e o coordenador da equipe</p> <p><b>4. Objetivo:</b>          É o procedimento que tem por finalidade colher amostra de escarro e identificar possível contaminação pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i>.          A análise do <b>escarro</b>, espontâneo ou induzido, possibilita investigar a presença de microorganismos e de células malignas nos pulmões e brônquios. O <b>exame</b> é usado no diagnóstico da tuberculose pulmonar e também pode ser útil no diagnóstico de câncer.</p> <p><b>5. Procedimento:</b>          Material Necessário:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luvas de procedimentos.</li> <li>2. Etiqueta de identificação.</li> <li>3. Frasco coletor tampa vermelha (estéril)</li> </ol> <p><b>6. Descrição do Procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos;</li> <li>2. Calçar as luvas de procedimentos;</li> <li>3. Identificar o frasco do cliente anotando qual é a amostra;</li> <li>4. Manter a amostra dentro caixa de isopor com gelo (fora da luz do sol);</li> <li>5. Encaminhar a amostra junto com a coleta geral;</li> <li>6. Tirar as luvas de procedimentos e desprezá-las em recipiente adequado;</li> <li>7. Anotar o procedimento na produção diária da UBS;</li> </ol>					

8. Anotar no livro de coleta de escarro;
9. Registrar no prontuário e identificar com assinatura e carimbo.

**Referência Bibliográfica:**

**BRASIL. Manual de Normas Técnicas de Tuberculose para Unidades Básicas de Saúde.** Ministério da Saúde, 2011.

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:**

Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:** Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 14</b>					
<b>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INALATORIA</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 2
<p><b>Responsável:</b> Técnico ou Auxiliar de Enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Sempre que necessário</p> <p><b>Objetivos:</b> Umidificar a via aérea, dilatar os brônquios e eliminar secreções.</p> <p><b>Condições necessárias:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copo nebulizador.</li> <li>2. Máscara.</li> <li>3. Medicação prescrita.</li> <li>4. Soro Fisiológico.</li> <li>5. Seringa.</li> </ol> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Observar prescrição médica;</li> <li>3. Preparar o material.</li> <li>4. Colocar a quantidade prescrita de soro fisiológico e medicamentos no copo de inalação;</li> <li>5. Fechar o copo de inalação;</li> <li>6. Colocar a máscara de inalação de acordo com o tamanho do cliente;</li> <li>7. Conectar a extensão ao copo de inalação e a outra extensão ao inalador;</li> <li>8. Orientar o cliente a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento;</li> <li>9. Pedir ao cliente para segurar o copo de colocar a máscara entre a boca e nariz;</li> <li>10. Ligar o inalador;</li> <li>11. Manter a inalação durante o tempo indicado e observar o cliente e possíveis alterações;</li> <li>12. Interromper a inalação se ocorrer reações ao medicamento.</li> <li>13. Desligar o inalador;</li> <li>14. Oferecer papel toalha para o paciente secar a umidade do rosto;</li> <li>15. Levantar o material desacoplado, para lavagem e desinfecção;</li> <li>16. Higienizar as mãos;</li> <li>17. Anotar o procedimento e observações no prontuário do cliente;</li> </ol>					

**Referências Bibliográficas:**

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.
2. VIANA, D. L. **Manual de Procedimentos em Pediatria**. Yendis Editora. São Caetano do Sul. São Paulo, 2006.

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

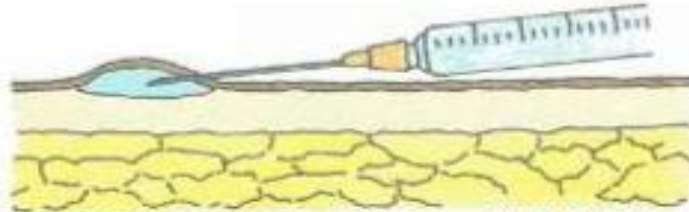
Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 15</b>					
<b>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADERMICA</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 2
<p><b>Responsável:</b> Técnico ou Auxiliar de Enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Sempre que necessário</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivos:</b> Administrar testes e vacinas pela via intradérmica.</p> <p><b>Condições necessárias:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja.</li> <li>2. Medicamento.</li> <li>3. Recipiente de material perfuro-cortante.</li> <li>4. Bolas de algodão ou gazes.</li> <li>5. Seringa 1 ml.</li> <li>6. Agulha 13X4,5mm.</li> </ol> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Verificar a prescrição;</li> <li>3. Explicar o procedimento ao cliente ou familiares;</li> <li>4. Escolher o local de aplicação preferencialmente no antebraço 3 a 4 dedos da fossa anticubital e 5 dedos acima do punho, que não seja pigmentado ou tenha muitos pelos;</li> <li>5. Apoiar o braço sobre superfície plana;</li> <li>6. Verificar se o local escolhido está limpo;</li> <li>7. Proceder limpeza com soro fisiológico;</li> <li>8. Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios de assepsia;</li> <li>9. Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola;</li> <li>10. Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto;</li> <li>11. Usar a mão não dominante para esticar as dobras da pele no local da injeção;</li> <li>12. Colocar a agulha formando com a pele um ângulo de 15°;</li> <li>13. Injetar o líquido lentamente, ao mesmo tempo em que observa o surgimento de uma bolha;</li> <li>14. Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção;</li> <li>15. Não reencapar a agulha;</li> </ol>					

16. Descartar a seringa na caixa de perfurocortante;
17. Permanecer com o paciente e observar reação alérgica;
18. Higienizar as mãos;
19. Anotar o procedimento e observações no prontuário do cliente.



Fonte: <http://enfermagemcontinuada.blogspot.com.br/2011/02/medicacao-via-intradermica.html>

#### **Referências Bibliográficas:**

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

#### **Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR


**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

#### **Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem



		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 16</b>					
<b>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 2
<p><b>Responsável:</b> Técnico ou Auxiliar de Enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Sempre que necessário</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivos:</b> Obter uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica moderada ou quando outras vias não são indicadas.</p> <p><b>Condições necessárias:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapia medicamentosa prescrita.</li> <li>2. Medicamento.</li> <li>3. Luva de procedimento.</li> <li>4. Agulha.</li> <li>5. Seringa.</li> <li>6. Algodão embebido em álcool 70%.</li> <li>7. Algodão seco.</li> <li>8. Bandeja.</li> </ol> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e horário;</li> <li>2. Higienizar as mãos;</li> <li>3. Ler o rótulo da dosagem do medicamento, verificando a data de validade;</li> <li>4. Preparar o medicamento e os materiais necessários na bandeja;</li> <li>5. Esclarecer ao cliente sobre a medicação que irá receber;</li> <li>6. Colocar as luvas;</li> <li>7. Escolher o local para administração do medicamento (glúteo, deltoide ou vasto lateral);</li> <li>8. Posicionar o cliente de modo que auxilie no relaxamento do músculo, evitando o extravasamento e minimizando a dor;</li> <li>9. Fazer antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%;</li> <li>10. Introduzir a agulha num ângulo de 90° a pele;</li> <li>11. Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento no músculo, para certificar de que nenhum vaso sanguíneo foi atingido;</li> <li>12. Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo;</li> <li>13. Retirar o conjunto agulha e seringa em movimento único;</li> </ol>					

14. Utilizar bola de algodão para tamponar, evitando que o medicamento extravase;
15. Descartar seringa/agulha em recipientes perfurocortante;
16. Retirar luvas;
17. Higienizar as mãos;
18. Anotar no prontuário do cliente o procedimento, as observações e intercorrências.

### **OBSERVAÇÕES:**

#### **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.

#### **Dorso glúteo (DG):**

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

#### **Ventroglútea (VG):**

1. Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal;
2. Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;
3. Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha íliaca ântero-superior direita;
4. Estender o dedo médio ao longo da crista íliaca;
5. Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador em triângulo;
6. Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

#### **Face Vasto Lateral da Coxa:**

1. Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado.

2. Traçar um retângulo delimitado pela linha média na anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15 cm do grande trocânter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura.

3. Indicado para lactantes e crianças acima de um mês e adultos.

#### **Deltoide:**

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

#### **B. Escolha correta do ângulo:**

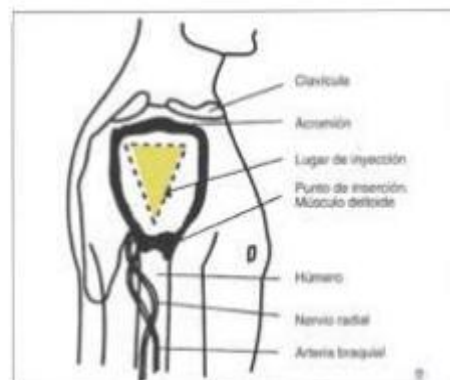
- Vasto lateral da coxa – ângulo 45 em direção podálica.
- Deltoide – ângulo 90°.
- Ventroglúteo – angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca.
- Dorso glúteo – ângulo 90°.

#### **C. Escolha correta da agulha:**

FAIXA ETÁRIA	ESPESSURA SUBCUTÂNEA	SOLUÇÃO AQUOSA	SOLUÇÃO OLEOSA OU SUSPENSÃO
ADULTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Magro</li> <li>• Normal</li> <li>• Obeso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 x 6/7</li> <li>• 30 x 6/7</li> <li>• 30 x 8</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 x 8</li> <li>• 30 x 8</li> <li>• 30 x 8</li> </ul>
CRIANÇA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Magra</li> <li>• Normal</li> <li>• Obesa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 x 6</li> <li>• 25 x 6/7</li> <li>• 30 x 8</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 x 6</li> <li>• 25 x 8</li> <li>• 30 x 8</li> </ul>



[http://wikihosp.com.br/index.php/Inje%C3%A7%C3%A3o\\_intramuscular](http://wikihosp.com.br/index.php/Inje%C3%A7%C3%A3o_intramuscular)



Lugar de la inyección intramuscular en el deltoides.  
<http://interligadonaatualidade.blogspot.com>

#### **Referências Bibliográficas:**

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.
2. AME – **Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem:** 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.
3. FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. **Tratado prático de enfermagem.** Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São

Caetano do Sul, 2008.

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 17</b>					
<b>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA SUBCUTANEA</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 2
<p><b>Responsável:</b> Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Sempre que necessário</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivos:</b> Obter uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica moderada ou quando outras vias não são indicadas.</p> <p><b>Condições necessárias:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapia medicamentosa prescrita.</li> <li>2. Medicamento.</li> <li>3. Luva de procedimento.</li> <li>4. Agulha.</li> <li>5. Seringa.</li> <li>6. Algodão embebido em álcool 70%.</li> <li>7. Algodão seco.</li> <li>8. Bandeja.</li> </ol> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e horário;</li> <li>2. Higienizar as mãos;</li> <li>3. Ler o rótulo da dosagem do medicamento, verificando a data de validade;</li> <li>4. Preparar o medicamento e os materiais necessários na bandeja;</li> <li>5. Esclarecer ao cliente sobre a medicação que irá receber;</li> <li>6. Calçar as luvas;</li> <li>7. Escolher o local para administração do medicamento (glúteo, deltoide ou vasto lateral);</li> <li>8. Posicionar o cliente de modo que auxilie no relaxamento do músculo, evitando o extravasamento e minimizando a dor;</li> <li>9. Fazer antisepsia de local com algodão embebido em álcool 70%;</li> <li>10. Introduzir a agulha num ângulo de 90° a pele;</li> <li>11. Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento no músculo, para certificar de que nenhum vaso sanguíneo foi atingido;</li> <li>12. Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo;</li> <li>13. Retirar o conjunto agulha e seringa em movimento único;</li> <li>14. Utilizar bola de algodão para tamponar, evitando que o</li> </ol>					

medicamento extravase;

15. Descartar seringa/agulha em recipientes perfurocortante;

16. Retirar luvas;

17. Higienizar as mãos;

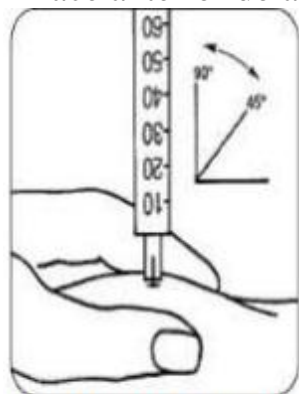
18. Anotar no prontuário do cliente o procedimento, as observações e intercorrências.

#### OBSERVAÇÕES:

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

B. Locais de aplicação:

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



interligadonaatualidade.blogspot.com



interligadonaatualidade.blogspot.com

#### Referências Bibliográficas:

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

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

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

#### Participantes na elaboração do documento:


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

#### Responsáveis:

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 18</b>					
<b>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRAOCULAR</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 2
<p><b>Responsável:</b> Técnico ou Auxiliar de Enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Sempre que necessário</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivos:</b> Obter uma resposta farmacológica adequada através da via indicada.</p> <p><b>Condições necessárias:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja S/N.</li> <li>2. Medicamento.</li> <li>3. Luva de procedimento.</li> <li>4. Gaze estéril.</li> <li>5. SF 0,9% 10 ml.</li> </ol> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <p><b>GOTA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos conforme;</li> <li>2. Colocar luvas de procedimento;</li> <li>3. Pedir ao cliente para deitar em decúbito dorsal ou sentar-se em uma cadeira com a cabeça ligeiramente hiperestendida;</li> <li>4. Limpar as pálpebras do cliente com gaze embebida em SF0,9% (canto interno para o externo);</li> <li>5. Descartar a gaze e usar uma para cada limpeza;</li> <li>6. Com a mão dominante repousando sobre a fronte do cliente, segure o frasco da solução oftalmológica aproximadamente 1 a 2 cm acima do saco conjuntival;</li> <li>7. Expor o saco conjuntivo inferior e segurar a pálpebra superior bem aberta com a mão não dominante, solicitar ao cliente para olhar para o teto;</li> <li>8. Instilar a medicação;</li> <li>9. Oferecer gaze ao cliente para limpar o excesso;</li> <li>10. Higienizar as mãos;</li> <li>11. Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente.</li> </ol> <p><b>POMADA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Segure o aplicador acima da pálpebra inferior, aplique uma camada fina de pomada de maneira uniforme ao longo da borda interna da pálpebra inferior sobre a conjuntiva, desde o canto interno para o</li> </ol>					

- externo;
2. Peça ao cliente para que feche os olhos e esfregue ligeiramente a pálpebra em movimentos circulares com a gaze, quando o atrito não for contraindicado;
  3. Desprezar materiais utilizados, observando especificidade de cada um;
  4. Higienizar as mãos;
  5. Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente e identificar com assinatura e carimbo.

**Referências Bibliográficas:**

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.
2. AME – **Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010**. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.
3. FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. **Tratado prático de enfermagem**. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.

**Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR


**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem



		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 19</b>					
<b>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO ORAL</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 2
<p><b>Responsável:</b> Técnico ou Auxiliar de Enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Sempre que necessário.</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivos:</b> Obter uma resposta farmacológica adequada, de ação sistêmica lenta ou quando outras vias não são indicadas.</p> <p><b>Condições necessárias:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapia medicamentosa prescrita.</li> <li>2. Copo descartável para medicações.</li> <li>3. Água.</li> <li>4. Bandeja.</li> </ol> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e o horário;</li> <li>2. Higienizar as mãos;</li> <li>3. Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data de validade;</li> <li>4. Colocar o medicamento no copo descartável sem toca-lo. Usar seringa ou medidor para medicamentos líquido;</li> <li>5. Oferecer a medicação ao cliente em uma bandeja;</li> <li>6. Oferecer água para ajudar na deglutição;</li> <li>8. Permanecer ao lado do cliente até que este degluta todo o medicamento;</li> <li>9. Higienizar as mãos;</li> <li>10. Registrar o procedimento, observações no prontuário do cliente e identificar com assinatura e carimbo.</li> </ol> <p><b>Referências Bibliográficas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. <b>Fundamentos de enfermagem</b>. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.</li> <li>2. FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. <b>Tratado prático de enfermagem</b>. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.</li> <li>3. AME – <b>Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem</b>: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.</li> </ol>					

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 20</b>					
<b>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 2
<p><b>Responsável:</b> Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros</p> <p><b>Quando:</b> Sempre que necessário.</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivos:</b> Obter uma resposta farmacológica adequada, de ação sistêmica rápida ou quando outras vias não são indicadas.</p> <p><b>Materiais:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seringa.</li> <li>2. Agulha 40x15.</li> <li>3. Agulha 25x6.</li> <li>4. Algodão.</li> <li>5. Álcool.</li> <li>6. Garrote.</li> <li>7. Fita crepe para identificação.</li> <li>8. Bandeja.</li> <li>9. Luva de procedimento.</li> <li>10. Medicamento prescrito.</li> <li>11. Abocath no nº adequado.</li> <li>12. Esparadrapo/micropore.</li> <li>13. Soro.</li> </ol> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente;</li> <li>2. Selecionar a ampola, observando nome, validade, alteração de cor e presença de resíduos;</li> <li>3. Escolher seringa de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrado;</li> <li>4. Lavar as mãos;</li> <li>5. Fazer assepsia nas ampolas com auxílio do algodão e álcool 70%;</li> <li>6. Abrir a seringa e conectar a agulha 40x12;</li> <li>7. Preparar medicação, conforme técnica descrita;</li> <li>8. Explicar ao paciente o que será realizado;</li> <li>9. Calçar as luvas;</li> <li>10. Selecionar veia de grande calibre para punção, garrotear o braço do paciente;</li> <li>11. Realizar antissepsia do local escolhido;</li> </ol>					

12. Posicionar seringa bisel voltado para cima e proceder a punção venosa;
13. Soltar o garrote;
14. Administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas;
15. Retirar a seringa e pressionar o algodão no local da punção;
16. Lavar as mãos;
17. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
18. Registrar procedimento em planilha de produção;
19. Manter ambiente de trabalho em ordem.



Fonte: <http://enfermagemcontinuada.blogspot.com.br/2011/02/medicacao-via-endovenosa.html>

#### Referências Bibliográficas:

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.
2. FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. **Tratado prático de enfermagem**. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.
3. AME – **Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010**. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.


#### Participantes na elaboração do documento:

NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:** Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 21</b>					
<b>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VENOCLEASE</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros</p> <p><b>Quando:</b> Sempre que necessário.</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivos:</b> Obter uma resposta farmacológica adequada, de ação sistêmica rápida ou quando outras vias não são indicadas.</p> <p><b>MATERIAIS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seringa descartável apropriada à via de administração e volume.</li> <li>2. Agulha descartável apropriada.</li> <li>3. Algodão.</li> <li>4. Álcool 70%.</li> <li>5. Bandeja.</li> <li>6. Medicação.</li> <li>7. Cateter Teflon.</li> <li>8. Scalp.</li> <li>9. Garrote (endovenosa).</li> <li>10. Esparadrapo (venóclise).</li> </ol> <p><b>Descrição de procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Checar prescrição medicamentosa;</li> <li>2. Separar medicação a ser preparada;</li> <li>3. Lavar as mãos com técnica adequada.</li> </ol> <p><b>AMPOLA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agitar a ampola, limpar o gargalo com algodão embebido em álcool 70°;</li> </ol>					

2. Montar a seringa/agulha com técnica adequada;
3. Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze para apoio e proteção dos dedos;
4. Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio da mão, 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;
5. Aspirar a dose prescrita;
6. Deixar a seringa/agulha para cima em posição vertical, expelindo todo o ar que tenha penetrado;
7. Proteger a agulha com protetor próprio;
8. Desprezar o material perfurocortante em recipiente apropriado;
9. Identificar com nome do paciente via de administração e colocar na bandeja.

### **FRASCO – LIÓFILO**

1. Retirar o lacre metálico superior, limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70°;
2. Preparar a ampola diluente conforme técnica anterior;
3. Montar seringa/agulha, usando agulha de maior calibre;
4. Retirar a seringa, protegendo a agulha;
5. Realizar rotação de frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma;
6. Colocar ar na seringa na mesma proporção e quantidade de líquido injetado no frasco;
7. Erguer o frasco verticalmente, logo após a introdução do ar, aspirando a dose prescrita;
8. Retirar o ar da seringa;
9. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente, líquido e via de administração;
10. Desprezar material perfurocortante em recipiente apropriado;
11. Identificar a seringa com nome do paciente e via de administração, colocar na bandeja.

### **FRASCO-AMPOLA**

1. Retirar o lacre metálico superior, limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70°;
2. Montar seringa/agulha;
3. Colocar ar na seringa na mesma proporção da quantidade do líquido a ser aspirado;
4. Erguer o frasco verticalmente, logo após a introdução do ar, aspirar a dose prescrita;
5. Retirar o ar da seringa;
6. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente, líquido e via de administração;
7. Desprezar material perfurocortante em recipiente apropriado;
8. Identificar com nome do paciente, via de administração e colocar na bandeja.

**OBSERVAÇÃO:** Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, data e horário da diluição.

#### **Referências Bibliográficas:**

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.
2. FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. **Tratado prático de enfermagem**. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.
3. AME – **Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem**: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

#### **Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

#### **Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 22</b>					
<b>CATETERISMO VESICAL DE DEMORA</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 4
<p><b>Responsável:</b> Enfermeiro.</p> <p><b>Quando:</b> Sempre que necessário.</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivos:</b> Realizar a técnica de cateterismo vesical de demora de forma segura para o cliente, prevenindo infecção do trato urinário.</p> <p><b>Condições necessárias:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja.</li> <li>2. Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, seringa 20 ml, pinça, ampola de água destilada e campo fenestrado, bolas de algodão ou gaze).</li> <li>3. Sonda vesical folley (duas vias) ou cateter vesical de irrigação (três vias).</li> <li>4. Solução anti-séptica (PVPI tópico).</li> <li>5. Bolsa coletora (sistema fechado).</li> <li>6. Esparadrapo e micropore.</li> <li>7. Luva estéril.</li> <li>8. Lubrificante hidrossolúvel (Xilocaina gel).</li> <li>9. Saco plástico para lixo.</li> <li>10. Material para higiene externa pré-sondagem: sabão líquido, jarro com água morna, comadre, toalha, impermeável, luvas de procedimento e luvas de banho.</li> </ol> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Reunir o material;</li> <li>3. Explicar ao cliente o procedimento;</li> <li>4. Preservar a privacidade do cliente, levando-o para uma sala fechada e individual. Caso seja feito em domicílio, realizar em um ambiente que preserve a privacidade do cliente;</li> <li>5. Colocar o cliente em posição ginecológica, expondo apenas os genitais (feminina); o cliente do sexo masculino deve ser posicionado em decúbito dorsal horizontal com as coxas ligeiramente abduzidas e realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário);</li> <li>6. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas do cliente, próximo aos genitais;</li> </ol>					



7. Abrir o pacote aproximando o campo das nádegas da paciente, mantendo os princípios assépticos;
8. Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a no campo estéril;
9. Colocar a solução antisséptica na cuba redonda;
10. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica;
11. Testar o balonete da sonda e aspirar a água destilada com seringa de 20 ml;
12. Fazer 7 trouxinhas com a gaze ou usar as bolas de algodão e utilizar a pinça com a mão direita para pinçá-las.
13. Assepsia do meato uretral:

#### **A- SEXO FEMININO**

- (1) Limpar primeiramente com movimento único e firme os grandes lábios ao lado mais distante de cima para baixo, no sentido anteroposterior (clitóris-ânus). Desprezar o algodão;
- (2) Fazer o mesmo procedimento com o outro lado;
- (3) Afastar os grandes lábios com a mão não-dominante, usando o dedo polegar e indicador e proceder da mesma maneira a limpeza dos pequenos lábios;
- (4) Fazer a limpeza do meato urinário, com movimento uniforme no sentido anteroposterior;
- (5) E por último fazer a limpeza diretamente no meato urinário. Lembrando que deve-se usar uma bola de algodão embebida de solução antisséptica para cada área.

#### **B- SEXO MASCULINO**

- (1) Quando o cliente não é circuncisado, retirar o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis pela diáfise, exatamente abaixo da glândula. Retrair o meato uretral entre o polegar e o indicador. Manter a mão não-dominante nessa posição durante todo o procedimento;
- (2) Fazer a limpeza da glândula com movimentos circulares de cima para baixo (da glândula para o corpo e a base do pênis) repetir o procedimento 3 vezes.
14. Colocar a pinça sobre o campo;
15. Colocar o campo fenestrado com a mão dominante;
16. Manter a mão não-dominante na genitália;
17. Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta da sonda na cuba-rim;
18. Aplicar xilocaína na ponta da sonda;
19. Avisar ao cliente sobre a introdução da sonda, e pedir para ele relaxar a musculatura do quadril;
20. Introdução da sonda:

#### **A- FEMININA**

- (1) Pedir a cliente que faça força para baixo, como se fosse urinar, e

introduzir lentamente a sonda através do meato uretral;

- (2) Avançar a sonda por um total de 5 a 7,5 cm no adulto ou até que a urina flua para fora da extremidade da sonda. Quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5 cm. Não forçar em caso de resistência;
- (3) Liberar os grandes lábios e segurar firmemente e o cateter com a mão não-dominante. Insuflar o balão.

#### **B- MASCULINO**

- (1) Levantar o pênis, para posicionar perpendicularmente ao corpo do cliente, e aplicar uma tração suave;
  - (2) Pedir ao cliente que faça força para baixo, como se fosse urinar, e introduzir lentamente a sonda através do meato urinário;
  - (3) Avançar a sonda por 17 a 22,5 cm no adulto ou até que a urina flua na extremidade da sonda. Quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5cm. Em caso de resistência não forçar;
  - (4) Abaixar o pênis e segurar firmemente a sonda com a mão não-dominante. Insuflar o balonete e reduzir o prepúcio;
21. Insuflar o balonete e conectar a sonda na extensão da bolsa coletora;
  22. Certificar se a sonda está na bexiga, tracionando-a delicadamente até notar resistência e descalçar as luvas;
  23. Fixando a sonda:

#### **A- FEMININA**

24. Fixar a sonda na parte interna da coxa com micropore, para proteger a pele, permitir uma folga na sonda para evitar tensão sobre a mesma.

#### **B- MASCULINA**

Fixar a sonda no ápice da coxa ou na parte inferior do abdome, permitir uma folga na sonda para evitar tensão sobre a mesma.

25. Desprezar, se necessário, o volume urinário retido na bolsa coletora.
26. Higienizar as mãos.
27. Anotar no prontuário do cliente o procedimento e marcar o retorno para trocar a sonda.

#### **Observação:**

- Pela Associação Paulista de Controle de Infecção Hospitalar-publicação sobre Prevenção de Infecção do Trato Urinário, “A manutenção de sistema de drenagem de urina fechado constitui uma das medidas mais importantes na prevenção de infecção associada à cateterização” (APECIH, 2009, p.4)
- Pela ANVISA não existe rotina preconizada para o tempo de permanência da sonda. O orientado é retirá-la o mais rápido possível. Haverá a necessidade de avaliação pelos membros da instituição para verificar a funcionalidade e a condição de troca.

**Referências Bibliográficas:**

1. APECIH .**Prevenção de Infecção do Trato Urinário**. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2009.
2. ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Sistema de Perguntas e Respostas. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/faqdinamica/index.asp?Secao=Usuario&usersecoes=30&userassunto=52>
3. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
4. TAYLOR, C; LILLIS,C; LEMONE,P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592, 2007.

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
		<b>POP 23</b>			
<b>CATETERISMO VESICAL DE ALIVIO</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Enfermeiro.</p> <p><b>Quando:</b> Sempre que necessário.</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivos:</b> Realizar a técnica de cateterismo vesical de alívio de forma segura para o cliente, prevenindo infecção do trato urinário.</p> <p><b>Material necessário:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja.</li> <li>2. Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, seringa 20 ml, pinça, ampola de água destilada e campo fenestrado, bolas de algodão ou gaze).</li> <li>3. Sonda uretral estéril de calibre compatível (uma via).</li> <li>4. Solução antisséptica (PVPI tópico).</li> <li>5. Luva estéril.</li> <li>6. Lubrificante hidrossolúvel (Xilocaina gel).</li> <li>7. Saco plástico para lixo.</li> <li>8. Material para higiene externa pré-sondagem: sabão líquido, jarro com água morna, comadre, toalha, impermeável, luvas de procedimento e luvas de banho.</li> </ol> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Reunir o material;</li> <li>3. Explicar ao cliente o procedimento;</li> <li>4. Preservar a privacidade do cliente, levando-o para uma sala fechada e individual. Caso seja feito em domicílio, realizar em um ambiente que preserve a privacidade do cliente;</li> <li>5. Colocar o cliente em posição ginecológica, expondo apenas os genitais (feminina); o cliente do sexo masculino deve ser posicionado em decúbito dorsal horizontal com as coxas ligeiramente abduzidas e realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário);</li> <li>6. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas do cliente, próximo aos genitais;</li> <li>7. Abrir o pacote aproximando o campo das nádegas da paciente, mantendo os princípios assépticos;</li> <li>8. Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a no campo estéril;</li> <li>9. Colocar a solução antisséptica na cuba redonda;</li> </ol>					

10. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica;
11. Testar o balonete da sonda e aspirar a água destilada com seringa de 20 ml;
12. Fazer 7 trouxinhas com a gaze ou usar as bolas de algodão e utilizar a pinça com a mão direita para pinçá-las;
13. Assepsia do meato uretral:

#### **A- SEXO FEMININO**

(1) Limpar primeiramente com movimento único e firme os grandes lábios ao lado mais distante de cima para baixo, no sentido anteroposterior (clitóris-ânus);

Desprezar o algodão.

(2) Fazer o mesmo procedimento com o outro lado;

(3) Afastar os grandes lábios com a mão não-dominante, usando o dedo polegar e indicador e proceder da mesma maneira a limpeza dos pequenos lábios;

(4) Fazer a limpeza do meato urinário, com movimento uniforme no sentido anteroposterior;

(5) E por último fazer a limpeza diretamente no meato urinário. Lembrando que deve-se usar uma bola de algodão embebida de solução antisséptica para cada área.

#### **B- SEXO MASCULINO**

(1) Quando o cliente não é circuncidado, retirar o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis pela diáfise, exatamente abaixo da glândula. Retrair o meato uretral entre o polegar e o indicador. Manter a mão não-dominante nessa posição durante todo o procedimento;

(2) Fazer a limpeza da glândula com movimentos circulares de cima para baixo (da glândula para o corpo e a base do pênis) repetir o procedimento 3 vezes;

14. Colocar a pinça sobre o campo;

15. Colocar o campo fenestrado com a mão dominante;

16. Manter a mão não-dominante na genitália;

17. Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta da sonda na cuba-rim;

18. Aplicar xilocaína na ponta da sonda;

19. Avisar ao cliente sobre a introdução da sonda, e pedir para ele relaxar a musculatura do quadril;

20. Introdução da sonda:

#### **A- FEMININA**

(1) Pedir a cliente que faça força para baixo, como se fosse urinar, e introduzir lentamente a sonda através do meato uretral;

(2) Avançar a sonda por um total de 5 a 7,5 cm no adulto ou até que a urina flua para fora da extremidade da sonda. Quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5cm;

**B- MASCULINO**

- (1) Levantar o pênis, para posicionar perpendicularmente ao corpo do cliente, e aplicar uma tração suave;
- (2) Pedir ao cliente que faça força para baixo, como se fosse urinar, e introduzir lentamente a sonda através do meato urinário;
- (3) Avançar a sonda por 17 a 22,5 cm no adulto ou até que a urina flua na extremidade da sonda. Quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5cm;
21. Verificar a saída de diurese pelo cateter, deixando-a cair na cuba rim;
22. Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da diurese;
23. Após a saída completa da diurese, clampar o cateter com a pinça e removê-lo da uretra;
24. Desprezar todo material;
25. Higienizar as mãos;
26. Anotar no prontuário do cliente o procedimento, a quantidade de diurese eliminada e observações.

**Referências Bibliográficas:**

1. APECIH .**Prevenção de Infecção do Trato Urinário**. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2009.
2. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
3. TAYLOR, C; LILLIS,C; LEMONE,P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592, 2007.

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 24</b>					
<b>SONDAGEM NASOGASTRICA</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Enfermeiro e médico.</p> <p><b>Quando:</b> De acordo com a prescrição médica ou sempre que necessário.</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro.</p> <p><b>Objetivos:</b> Possibilitar ao cliente que não pode ou não quer comer de receber nutrientes. O médico pode prescrever alimentação duodenal quando o cliente não tolerar a alimentação gástrica ou quando há expectativa de aspiração com a alimentação gástrica.</p> <p><b>Material necessário:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja.</li> <li>2. Sonda gástrica ou enteral com guia.</li> <li>3. Seringa de 20ml.</li> <li>4. Copo com água.</li> <li>5. Abaixador de língua.</li> <li>6. Lanterna.</li> <li>7. Cuba rim.</li> <li>8. Lubrificante: xilocaína gel a base de água;</li> <li>9. Gaze.</li> <li>10. Esparadrapo e micropore.</li> <li>11. Toalha.</li> <li>12. Estetoscópio.</li> <li>13. Luvas de procedimento.</li> <li>14. Saco plástico para lixo.</li> <li>15. EPI</li> </ol> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente e familiares;</li> <li>3. Realizar exame físico dirigido (SSVV, nível de consciência, seios paranasais, cavidade nasal e oral, tórax, abdômen, extremidades, pele).</li> <li>4. Colocar o paciente em Fowler;</li> <li>5. Organizar o material e colocar na mesa de cabeceira;</li> <li>6. Manter a privacidade do cliente;</li> <li>7. Calçar as luvas de procedimento, a máscara e o óculos;</li> <li>8. Proteger tórax do cliente com a toalha e remover óculos e próteses</li> </ol>					

dentárias (caso o cliente use). Oferecer a cuba rim ao cliente e explicar que assim que atravessar a orofaringe a sonda poderá ativar o reflexo de vômito;

9. Instruir o cliente a relaxar e respirar normalmente enquanto ocluir uma narina. Selecionar a narina com maior fluxo de ar;

10. Medir a distância de introdução da sonda: descartar a pontinha preta, colocar a extremidade da mesma da pirâmide nasal ao lóbulo da orelha, depois do lóbulo da orelha ao apêndice xifoide;

No caso da nasoentérica medir mais 4 ou 5 cm abaixo do apêndice xifoide (três a quatro dedos). Marcar com o esparadrapo até onde a sonda deve ser inserida;

11. Lubrificar os primeiros 8 cm da extremidade da sonda com o lubrificante;

12. Avisar ao cliente que o procedimento irá começar;

13. Orientar o cliente a estender o pescoço para trás (contra o travesseiro) e introduzir a sonda na narina escolhida;

14. Após passar pela nasofaringe posterior, pedir para o cliente abrir a boca e com o auxílio do abaixador e da lanterna verificar se a sonda não enrolou na boca e está descendo pela orofaringe corretamente;

15. Pedir para o cliente fletir a cabeça em direção ao tórax, caso sinta resistência, solicitar ao cliente que degluta;

16. Interromper a introdução da sonda se o cliente começar a tossir ou engasgar, observar cianose, angústia respiratória, e dispneia. Recuar a sonda ligeiramente para trás caso ele continue tossindo;

17. Após o paciente relaxar, avançar cuidadosamente com a sonda enquanto o cliente engole a seco, até que a distância marcada com esparadrapo atinja a narina do paciente;

18. Atenção: pacientes com alteração do nível de consciência poderão não apresentar esses sinais, mesmo com a sonda posicionada no pulmão;

19. Localização da sonda (testes):

Teste 1: Pedir ao paciente para falar, HUMM

Teste 2: Examinar a parede posterior da faringe, com lanterna.

Teste 3: Conectar a seringa à sonda e aspirar verificando se reflui conteúdo. Se não for obtido o conteúdo gástrico, coloque o paciente em decúbito lateral esquerdo (DLE) e aspire normalmente.

Teste 4: Conectar a seringa à extremidade da sonda. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o hipocôndrio e, imediatamente abaixo do rebordo costal. Injetar 10 ml de ar, enquanto auscultar o abdome do paciente;

20. Para o posicionamento intestinal, colocar o cliente em decúbito lateral direito;

21. Inspeccionar o nariz e a orofaringe para irritação depois da



introdução;

22. Perguntar ao cliente se ele está confortável;

23. Observar para dificuldade respiratória ou vômito;

24. Fixar a sonda;

25. Anotar o procedimento no prontuário do cliente e marcar o retorno para trocar a sonda.

**Observações:**

-Irrigue a sonda para dieta de 8 em 8 h com até 50 ml de água para mantê-la desobstruída.

-Alterne a fixação da sonda na direção do lado interno e externo do nariz, para evitar pressão constante na mesma área nasal. Inspeccione a pele quanto a rubor e lesão.

-Proporcione higiene nasal diariamente.

-O posicionamento da sonda para dieta é especialmente importante, porque sondas para dieta de pequeno calibre podem deslizar para o interior da traqueia sem que sejam provocados sinais imediatos de angústia respiratória, tais como tosse, engasgamento, arquejamento ou cianose. Contudo, é comum o cliente tossir se a sonda penetrar na laringe. Não use o arame-guia para reposicionamento da sonda.

**Referências Bibliográficas:**

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

2. TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem.** 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592, 2007.

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

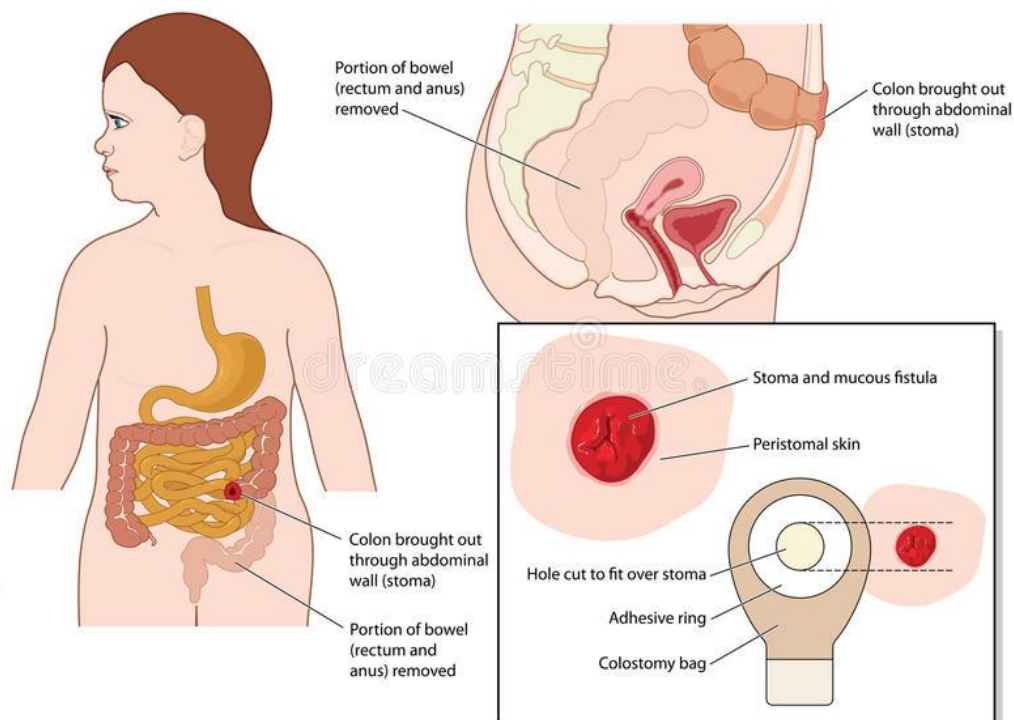
Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 25</b>					
<b>TROCA DE BOLSA DE ESTOMA</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e médico</p> <p><b>Quando:</b> Conforme indicação médica ou quando necessário</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivos:</b> Avaliar a capacidade do cliente para se ajustar a uma alteração na imagem corporal e para participar no autocuidado, orientando-o.</p> <p><b>Material necessário:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luvas de procedimento</li> <li>2. Sistema de bolsa coletora indicada ao cliente.</li> <li>3. Placa</li> <li>4. Pacote de gaze.</li> <li>5. Soro Fisiológico 0,9% ou solução de limpeza de bolsa.</li> </ol> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Receber o cliente com atenção;</li> <li>2. Manter o cliente relaxado em posição confortável, mantendo privacidade;</li> <li>3. Higienizar as mãos;</li> <li>4. Calçar as luvas de procedimentos;</li> <li>5. Remover a bolsa, tencionando levemente a pele para baixo, enquanto levanta a placa;</li> <li>6. Descartar a bolsa suja e a placa em saco plástico; guardar o clamp para reutilização;</li> <li>7. Limpar a pele, utilizando a compressa de gaze para remover as fezes;</li> <li>8. Lavar com soro fisiológico ou outro produto indicado e secar a pele por completo, depois de limpar. É normal que o estoma sangre discretamente durante a limpeza e secagem;</li> <li>9. Aplicar a placa, utilizando guia de medição ou padrão para determinar o tamanho do estoma;</li> <li>10. Marcar o tamanho correto sobre a parte posterior da placa e cortar conforme o tamanho do estoma (é aceitável cortar cerca de 0,5 cm maior que o tamanho do estoma)</li> <li>11. Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal;</li> <li>12. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa de acordo com as orientações</li> </ol>					

- do fabricante;
13. Aplicar o fechamento na parte posterior da bolsa com o clamp;
  14. Retire as luvas;
  15. Higienizar as mãos;
  16. Realizar a anotação do procedimento e observações no prontuário do cliente;



### Referências Bibliográficas:

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
2. TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592, 2007.

### Participantes na elaboração do documento:


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

### Responsáveis:

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 26</b>					
<b>OXIGENIOTERAPIA</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.</p> <p><b>Quando:</b> Sempre que necessário.</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro.</p> <p><b>Objetivo:</b> Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem de uso em caso de urgência.</p> <p><b>Materiais:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fonte de oxigênio.</li> <li>2. Cateter nasal de plástico.</li> <li>3. Copo umidificador.</li> <li>4. Água destilada.</li> </ol> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar o procedimento ao paciente;</li> <li>2. Colocar água destilada no copo do umidificador;</li> <li>3. Conectar o umidificador ao fluxômetro de oxigênio;</li> <li>4. Conectar uma extremidade da extensão de látex/ silicone ao umidificador e outra à cânula de oxigênio;</li> <li>5. Introduzir parte central da cânula nas fossas nasais do paciente;</li> <li>6. Posicionar a extensão por trás do pavilhão auricular bilateralmente;</li> <li>7. Ligar fluxômetro de oxigênio conforme fluxo solicitado;</li> <li>8. Lavar as mãos;</li> <li>9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;</li> <li>10. Registrar o procedimento em planilha de produção.</li> </ol> <p><b>Referências Bibliográficas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. <b>Fundamentos de enfermagem.</b> Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.</li> <li>2. TAYLOR, C; LILLIS,C; LEMONE,P. <b>Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem.</b> 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592, 2007.</li> </ol>					

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 27</b>					
<b>VERIFICAÇÃO DO TORPEDO DE OXIGENIO</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem  <b>Quando:</b> Diariamente  <b>Monitoramento:</b> Enfermeiro  <b>Objetivo:</b> Garantir que o torpedo esteja em condições ideais de uso em caso de urgência.  <b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certifique-se que os cilindros de oxigênio estejam sempre em locais limpos, longe de raios solares e protegidos de qualquer fonte de calor;</li> <li>2. Os cilindros devem SEMPRE ser usados e armazenados na posição vertical, de preferência em carrinhos que facilitam no transporte do mesmo;</li> <li>3. Todo cilindro, cheio ou vazio, deve estar com seu capacete de proteção — quando não conectado a sua válvula reguladora — para evitar acidentes por impacto causados pela rápida liberação da pressão;</li> <li>4. Verifique toda sexta-feira, com espuma de água e sabão, se existe vazamento de gás nas uniões das mangueiras, maçaricos, válvulas e cilindros;</li> <li>5. Verifique se os cilindros estão devidamente identificados por rótulos e símbolos de risco;</li> <li>6. Verifique a volume.</li> </ol>					

**Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem



Prefeitura de Aracaju  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade de Saúde da Família

### POP 28

### CHECKLIST DO ARMARIO DE SUPORTE BÁSICO

DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3

**Responsável:** Técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem

**Quando:** Semanal

**Monitoramento:** Enfermeiro

**Objetivo:** Garantir que haja materiais em condições ideais de uso em caso de urgência.

#### Checklist

Materiais	Quantidade	Validade	Data da verificação	Conforme	Não conforme
Soro glicosado 5%	02 unid				
Soro glicosado 10%	02 unid				
Soro fisiológico a 0,9%	02 unid				
Soro ringer lactato	02 unid				
Gelcosn <sup>o</sup> . 14	02 unid				
Gelcosn <sup>o</sup> . 16	02 unid				
Gelcosn <sup>o</sup> . 18	02 unid				
Gelcosn <sup>o</sup> . 20	02 unid				
Gelcosn <sup>o</sup> . 24	02 unid				
Garrote	01 unid				
Extensores	05 unid				
Esparadrapo	01 unid				
Atadura	05 unid				
Algodão	20 bolinhas				
EPI: máscara.	01 caixa				
EPI: luva.	01 caixa				
EPI:capote.	05 unid				
Seringa de 1ml	05 unid				
Seringa de 5ml	05 unid				
Seringa de 10ml	05 unid				
Seringa de 20ml	05 unid				
Equipo microgotas	05 unid				
Equipo macrogotas	05 unid				
Scalpn <sup>o</sup> . 19	02 unid				
Scalpn <sup>o</sup> . 21	02 unid				
Scalpn <sup>o</sup> . 23	02 unid				
Scalpn <sup>o</sup> . 25	02 unid				
Scalpn <sup>o</sup> . 27	02 unid				
Bandeija de cateterismo vesical	01 unid				

Sonda de foleyn <sup>o</sup> . 12	01 unid				
Sonda de foleyn <sup>o</sup> . 14	01 unid				
Sonda de foleyn <sup>o</sup> . 16	01 unid				
Sonda de foleyn <sup>o</sup> . 18	01 unid				
Bolsa coletora de sistema fechado	02 unid				
Sonda nasogastrica	02 unid				
Sonda de aspiração	05 unid				
Gazes simples	10 pacotes				
Gazes algodoada	02 pacotes				
Álcool 70%	01 unid				
Luva estéril	05 unid				
Ambu adulto	01 unid				
Ambupediátrico	01 unid				
Tube orotraqueal					

Material	Quantidade	Validade	Data da verificação	Conforme	Não conforme
Água destilada solução injetável 10 ml					
Aminofilina 24mg/ml solução injetável 10 ml					
Amiodarina, cloridrati 50mg/ml solução injetável 3ml					
Atropina, sulfato 0,25 mg/dl solução de 1 ml					
Bicarbonato de sódio 8,4% solução 10 ml					
Cetoprofeno IV em pó para solução injetável, em frasco-ampola com 100mg					
Deslanosideo 0,2 mg/ml solução injetável 2ml					
Dexametasona em solução injetável com 4 mg/ml em ampola com 2,5 ml					
Diazepna 5 mg/ml solução injetável de 2 ml					
Diclofenaco sódico em solução injetável com 25 mg/ml em ampola de 2 ml					
Dipirona Sódica em solução injetável com 500 mg/dl em ampola com 2 ml					
Dopamina em solução injetável com 5 mg/ml em ampola de 10 ml					



Dopamina, cloridrato 5 mg/ml solução injetável 10 ml					
Dramin b6					
Epinefrina, hemitartrato 1mg/ml solução injetável 1 ml					
Escopalamina (butilbrometo) em solução injetável a 8,4% em ampola de 10 ml					
Furosemida em solução injetável com 10 mg/ml em ampola com 3 ml					
Glicose em solução injetável a 25% em ampola de 10 ml					
Glicose em solução injetável a 50% em ampola de 10 ml					
Hidrocortisona em po para solução injetável, em frasco ampola com 100 mg com diluente					
Hidrocortisona em po para solução injetável, em frasco ampola com 500 mg com diluente					
Metoclopramida em solução injetável com 5 mg/ml em ampolas com 2 ml					
Midazolam em solução injetável com 5mg/ml em ampola de 3 ml					
Ranitidina (cloridrato) em solução injetável com 25mg/ml em ampola com 2 ml					
Terbutalina (Sulfato) em solução injetável com 0,5 mg/ml em ampolas com 1ml					
<b>Comprimidos</b>					
Captopril 25 mg comp					
Dexclorfeniramina em comprimido com 2 mg					
Furosemida em comprimido com 40 mg					
Hidroclorotiazida em comprimido com 25 mg					
Isosorbida (dinitrato) em comprimido sublingual					

com 5 mg					
Fracionados					
Dipirona em solução oral com 500mg/ml, em frasco com 10 ml	01				
Metoclopramina em solução oral com 4mg/ml, em frasco com 10 ml	01				
Paracetamol em solução oral com 200mg/ml, em frasco com 15 ml	01				

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 29</b>					
<b>ORIENTAÇÕES GERAIS DE SALA DA IMUNIZAÇÃO</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Auxiliar, Técnico de enfermagem, Enfermeiro</p> <p><b>Quando:</b> Diariamente</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivo:</b> Manter o fluxo de trabalho organizado, promovendo eficiência e eficácia</p> <p><b>Procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manter a ordem e a limpeza da sala;</li> <li>2. Prover, periodicamente, as necessidades de material e de imunobiológicos;</li> <li>3. Manter as condições ideais de conservação dos imunobiológicos;</li> <li>4. Fazer a leitura diária e anotar no mapa de temperatura do refrigerador. Duas vezes ao dia, no início das atividades de vacinação e no término do expediente, quando for retornar com os imunobiológicos para a câmara;</li> <li>5. Manter os equipamentos ligados, em tomadas individuais, e em boas condições de funcionamento;</li> <li>6. Encaminhar e dar destino adequado aos imunobiológicos inutilizados e o lixo da sala de vacinação;</li> <li>7. Orientar e prestar assistência à clientela, com segurança, responsabilidade e respeito;</li> <li>8. Registrar a assistência prestada nos impressos adequados;</li> <li>9. Manter o arquivo em ordem;</li> <li>10. Avaliar sistematicamente as atividades desenvolvidas;</li> <li>11. Preencher e encaminhar as notificações de efeitos adversos dos imunobiológicos, em impresso próprio.</li> </ol> <p><b>Referência Bibliográfica:</b> Manual de Rede de frio. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007.</p>					

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: Anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 30</b>					
<b>ROTINAS DIÁRIAS DA SALA DE IMUNIZAÇÃO</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Auxiliar, Técnico de enfermagem, Enfermeiro</p> <p><b>Quando:</b> Diariamente</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivo:</b> Manter a organização do sistema de trabalho, afim de evitar erros e falhas, tanto administrativa quanto operacional</p> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar se a sala está devidamente limpa e em ordem;</li> <li>2. Verificar e anotar a temperatura da câmara e/ou geladeira, no mapa de controle diário de temperatura, e verificar se não houve queda de energia no setor durante ausência de trabalho;</li> <li>3. Realizar a ambientalização do gelo reciclável;</li> <li>4. Certificar estoque de impresso e de materiais de consumo;</li> <li>5. Realizar limpeza da bancada com álcool(70%) antes de iniciar a manipulação de imunobiológicos;</li> <li>6. Verificar o prazo de validade dos imunobiológicos, usando com prioridade aquele que estiver com o prazo mais próximo do vencimento;</li> <li>7. Certificar antes da aplicação do imunobiológico, o nome do cliente, o agendamento, o nome da vacina, a via de aplicação, a dose correta e a data de validade;</li> <li>8. Retirar da câmara e/ou geladeira de estoque a quantidade de vacinas e diluentes necessário para o consumo na jornada de trabalho diária;</li> <li>9. Acondicionar as vacinas e diluentes na caixa térmica, com bobinas de gelo reutilizável já ambientalizado nas laterais e inferior da caixa(formato de ilha); deixar o sensor de termômetro dentro do copinho de plástico.</li> </ol> <p>OBS.: Antes da aplicação de qualquer imunobiológico deve-se verificar o estado vacinal do cliente, situações que possam indicar adiamento da vacinação como uso de medicamentos, uso de sangue e hemoderivados, suspeita de gestação, transplantes, etc.</p> <p><b>Referência Bibliográfica:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manual de Rede de frio. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007.</li> </ol>					

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: Anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 31</b>					
<b>SUSPENSÃO DE ENERGIA ELÉTRICA OU DEFEITO NOS EQUIPAMENTOS</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Auxiliar, Técnico de enfermagem, Enfermeiro</p> <p><b>Quando:</b> Sempre que ocorrer o evento</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivo:</b> Observar durante a rotina de trabalho queda de energia elétrica ou falha no funcionamento do equipamento, afim de evitar perdas de imunobiológicos ou alterações dos mesmos.</p> <p><b>Procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observado o evento anotar a temperatura da câmara e/ou geladeira;</li> <li>2. Se a temperatura estiver fora dos limites recomendado, fazer a transferência dos imunobiológicos para a caixa térmica;</li> <li>3. Certificar se foi queda de energia elétrica ou problema no equipamento, se for energia elétrica entrar em contato com a CEMIG para certificar o problema e o tempo para restabelecer o fornecimento;</li> <li>4. Realizar notificação por escrito e comunicar ao setor central (Vigilância Epidemiológica) o problema, deixando-o em sobre aviso;</li> <li>5. Supervisionar a temperatura até que a energia elétrica retorne e caso seja problema no equipamento o setor central orientará possíveis resoluções;</li> <li>6. Quando o defeito identificado não é solucionado, providenciar a transferência dos imunobiológicos para a Vigilância Epidemiológica.</li> </ol> <p><b>Referência Bibliográfica:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manual de Rede de frio. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007.</li> </ol>					

**Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR


**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem



		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 32</b>					
<b>CUIDADOS GERAIS COM A CAMARA E/OU GELADEIRA</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Auxiliar, Técnico de enfermagem, Enfermeiro</p> <p><b>Quando:</b> diariamente</p> <p><b>Monitoramento:</b> enfermeiro</p> <p><b>Objetivo:</b> Os cuidados são necessários para manter o bom funcionamento do equipamento a fim de evitar problemas elétricos e conservação dos imunobiológicos</p> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manter afixado, em cada porta do equipamento, aviso para que a geladeira não seja aberta fora do horário de retirada e/ou guarda dos imunobiológicos ou mensuração de temperatura;</li> <li>2. Usar tomada exclusiva para cada equipamento;</li> <li>3. Fazer degelo e limpeza a cada 30 dias ou quando a camada de gelo for superior a 0,5 cm;</li> <li>4. Instalar distante de fonte de calor, de incidência de luz solar direta, a 20cm da parede e a 40cm de outro equipamento;</li> <li>5. Instalar bem nivelada, em ambiente climatizado à temperatura de até +18°C;</li> <li>6. Colocar na base da geladeira suporte com rodas;</li> <li>7. Não permitir armazenar outros materiais e nem alimentos;</li> <li>8. Certificar-se de que a porta está vedando adequadamente;</li> <li>9. Distribuir na câmara e/ou geladeira os imunobiológicos de forma que permita a circulação de ar;</li> <li>10. Certificar-se de que a porta está vedando usando-se uma tira de papel com 3 cm de largura, colocando-a entre a borracha da porta e o freezer. Se ao puxar o papel a borracha apresentar resistência, a vedação está adequada, porém, se o papel sair com facilidade, é um indicativo que a borracha precisa ser trocada. Este teste deverá ser feito em vários pontos da porta, especialmente nos quatro ângulos.</li> </ol> <p><b>Referência Bibliográfica:</b> Manual de Rede de frio. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007.</p>					

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 33</b>					
<b>LIMPEZA DE EQUIPAMENTOS (FREEZER, CÂMARA E/OU GELADEIRA)</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Auxiliar ou Técnico de enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> A cada 15 ou 30 dias ou quando a camada de gelo atingir 0,5 centímetro</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivo:</b> A limpeza é necessária para evitar contaminação do ambiente de conservação dos imunobiológicos e consequentemente perdas ou alterações dos produtos</p> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Transferir os imunobiológicos para outra câmara e/ou geladeira, se houver, ou para uma caixa térmica previamente organizada com as bobinas de gelo e vedar as caixas com fita adesiva larga;</li> <li>2. NÃO mexer no termostato;</li> <li>3. Desligar a tomada e abrir a porta ou tampa, inclusive do congelador, até que todo o gelo aderido se desprenda; não usar faca ou outro objeto pontiagudo para a remoção mais rápida do gelo, pois esse procedimento pode danificar os tubos de refrigeração;</li> <li>4. Limpar, interna e externamente, com um pano umedecido em solução de água com sabão neutro, ou sabão de coco, por exemplo. Não jogar água no interior do equipamento.</li> </ol> <p><b>Após a limpeza</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Ligar o refrigerador;</li> <li>6. Recolocar o termômetro de cabo extensor (não esquecer de anular a marcação anterior), as garrafas e as bobinas de gelo reutilizável e fechar a porta;</li> <li>7. Manter a porta fechada pelo tempo necessário até alcançar a temperatura recomendada;</li> <li>8. Após a estabilização da temperatura, reorganizar os imunobiológicos</li> </ol> <p>OBS.: REALIZAR A LIMPEZA NO INÍCIO DA SEMANA, POIS EXISTE TEMPO HÁBIL PARA ESTABILIZAÇÃO DA TEMPERATURA.</p> <p><b>Referência Bibliográfica:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manual de Rede de frio. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007.</li> </ol>					

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: Anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 34</b>					
<b>LIMPEZA E CONSERVAÇÃO DA CAIXA TÉRMICA</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Auxiliar ou Técnico de enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Sempre que utilizá-la</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivo:</b> A limpeza permite a conservação do material e permite a eliminação de resíduos que podem influenciar na conservação dos imunobiológicos</p> <p><b>Procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar e secar cuidadosamente as caixas após cada uso. Manter as caixas térmicas abertas, até que estejam completamente secas;</li> <li>2. Após a secagem, armazená-las abertas em local adequado;</li> <li>3. Deve ser usada caixa térmica do tipo retangular, com capacidade mínima de sete litros e com tampa ajustada;</li> <li>4. Manter a temperatura interna da caixa entre +2°C e +8°C, monitorando-a com termômetro de cabo extensor, trocando as bobinas de gelo reutilizável sempre que necessário;</li> <li>5. Usar bobinas de gelo reutilizável <b>AMBIENTALIZADAS</b> nas laterais da caixa e no fundo;</li> <li>6. Arrumar os imunobiológicos no centro da caixa, deixando-os circundados pelas bobinas (formato de ilha);</li> <li>7. Manter a caixa térmica fora do alcance da luz solar direta e distante de fontes de calor;</li> <li>8. Ao final da jornada de trabalho, retornar as bobinas ao congelador/freezer.</li> </ol> <p>OBS: Recomenda-se que sejam utilizadas caixas separadas para o estoque de imunobiológicos, bobinas e outra para acondicionamento das vacinas em uso.</p> <p><b>Referência Bibliográfica:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manual de Rede de frio. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007.</li> </ol>					

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 35</b>					
<b>CUIDADOS GERAIS COM BOBINAS DE GELO REUTILIZÁVEL</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Auxiliar ou Técnico de enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Sempre que utilizá-lo</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivo:</b> As bobinas de gelo reutilizável são necessárias para manutenção da temperatura dos imunobiológicos, garantindo ambiente refrigerado quando os mesmos não estão nas câmaras e/ou geladeiras</p> <p><b>Procedimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estocadas em freezer, ou seja, próximo de -20°C, ou em congelador de geladeira, próximo de -7°C</li> <li>- Retirar as bobinas de gelo reutilizável do freezer, colocá-las sobre uma mesa, pia ou bancada, até que desapareça a “névoa” que normalmente cobre a superfície externa da bobina congelada.</li> <li>- Ao mesmo tempo, colocar uma das bobinas sobre um material isolante (tampa da caixa de isopor) e colocar sob a bobina o bulbo de um termômetro de cabo extensor, para indicação de quando as bobinas terão alcançado a temperatura mínima de 0°C.</li> <li>- Após o desaparecimento da “névoa” e a confirmação da temperatura positiva através do termômetro de cabo extensor mantido em uma das bobinas, enxugá-las e colocá-las nas caixas</li> <li>- Concomitantemente recomenda-se mensurar a temperatura interna da caixa através do termômetro de cabo extensor, antes de colocar as vacinas em seu interior.</li> </ul> <p>OBS: Observar o prazo de validade das bobinas, como também periodicamente observar se contém rachaduras e/ou vazamento.</p> <p><b>Referência Bibliográfica:</b></p> <p>1. Manual de Rede de frio. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007.</p>					

**Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR


**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem



		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 36</b>					
<b>DESINFEÇÃO DE MASCARA DE NEBULIZAÇÃO</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Toda vez que o material for utilizado</p> <p><b>Objetivos:</b> Realizar a limpeza do material de inalação após a sua utilização.</p> <p><b>Material necessário:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos e luvas de autoproteção);</li> <li>- Solução de água e detergente;</li> <li>- Hipoclorito de sódio a 1%;</li> <li>- Recipiente com tampa;</li> <li>- Balde ou bacia plástica com tampa (opacos);</li> <li>- Compressas ou panos limpos e secos;</li> <li>- Seringa de 20ml.</li> </ul> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colocar o EPI;</li> <li>2. Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente;</li> <li>3. Injetar a solução de água e detergente na luz do tubo com ajuda de uma seringa de 20ml;</li> <li>4. Enxaguar o tubo com água corrente, usando o mesmo processo anterior para parte interna;</li> <li>5. Colocar para escorrer ou secar com ar comprimido;</li> <li>6. Enxaguar as demais peças rigorosamente interna e externamente;</li> <li>7. Deixar escorrer sobre um pano limpo, completar a secagem manualmente se necessário;</li> <li>8. Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;</li> </ol>					

no recipiente opaco e com tampa.

9. Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e/ou pinça longa;
10. Enxaguar as peças rigorosamente em água corrente;
11. Secar com pano limpo e seco;
12. Guardar as peças montadas em recipiente tampado;
13. Desprezar a solução de hipoclorito, enxaguar e secar o recipiente;
14. Manter área limpa e organizada.

### **Referências Bibliográficas:**

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
2. TAYLOR, C; LILLIS,C; LEMONE,P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592, 2007
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n.50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde. [legislação na internet]. Brasília; 2002. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf). Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
4. Resolução RDC n.15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília; 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015\\_15\\_03\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html) Brasil.
5. Ministério da Saúde (MS). Orientações gerais para central de esterilização. Brasília; 2001. Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. 1ªed. 2ªreimp. São Paulo: Manole; 2010.

**Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem



Prefeitura de Aracaju  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade de Saúde da Família

### POP 37

### DESINFECÇÃO DE MATERIAIS

DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3

**Responsável:** Técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem

**Quando:** Diariamente

**Monitoramento:** Enfermeiro

**Objetivo:** Garantir que o material utilizado está em condições de passar por esterilização



**Material necessário:**

- EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos e luvas de autoproteção);
- Solução de água e detergente;
- Hipoclorito de sódio a 1%;
- Recipiente com tampa;
- Balde ou bacia plástica com tampa (opacos);
- Compressas ou panos limpos e secos;
- Seringa de 20ml.

**Descrição do procedimento:**

1. Colocar o EPI;
2. Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente;
3. Enxaguar as peças rigorosamente interna e externamente;
4. Deixar escorrer sobre um pano limpo, completar a secagem manualmente se necessário;
5. Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos; no recipiente opaco e com tampa.
6. Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e/ou pinça longa;
7. Enxaguar as peças rigorosamente em água corrente.

**Referências Bibliográficas:**

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
2. TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592, 2007
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n.50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde. [legislação na internet]. Brasília; 2002. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf). Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
4. Resolução RDC n.15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília; 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015\\_15\\_03\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html) Brasil.
5. Ministério da Saúde (MS). Orientações gerais para central de esterilização. Brasília; 2001. Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. 1ªed. 2ªreimp. São Paulo: Manole; 2010.

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
		<b>POP 38</b>			
<b>LIMPEZA MANUAL DE MATERIAIS</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Diariamente</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivo:</b> Garantir que o material utilizado está em condições de passar por esterilização</p> <p><b>Material necessário:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos, luvas de autoproteção)</li> <li>- Bacia, balde ou cuba de plástico de tamanho compatível com a quantidade de material</li> <li>- Escova de cerdas duras e finas</li> <li>- Compressas ou panos limpos e macios</li> <li>- Solução de água e detergente neutro ou detergente enzimático.</li> </ul> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usar EPI para iniciar a limpeza do instrumental;</li> <li>2. Manipular o material cuidadosamente evitando batidas ou quedas;</li> <li>3. Separar as pinças de pontas traumáticas (Pozzi, Backhaus) e lavar separadamente, evitando acidentes;</li> <li>4. Os instrumentos que apresentam áreas de difícil acesso para a limpeza podem reter tecidos orgânicos, secreções ou outras substâncias, levando a necessidade de utilização de outros métodos de limpeza.</li> <li>5. Deve ser realizada escovação individual do instrumental sob água morna e corrente, utilizando sabão neutro ou detergente enzimático. As escovas utilizadas devem possuir cerdas macias (nylon), visando preservar a integridade física do instrumental. Com cuidado, deve-se escovar as partes serrilhadas, seguindo a linha da serrilha.</li> <li>6. Nunca utilizar materiais abrasivos na limpeza, como palhas ou esponjas de aço, pois além de marcar, ocasiona microfissuras que favorece a corrosão.</li> <li>7. Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações;</li> <li>8. Enxugar as peças com compressa ou pano macio e limpo, em toda a sua extensão, dando especial atenção para as articulações, serrilhas e cremalheiras.</li> </ol>					

**Referências Bibliográficas:**

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
2. TAYLOR, C; LILLIS,C; LEMONE,P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem.** 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592, 2007
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n.50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde. [legislação na internet]. Brasília; 2002. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf). Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
4. Resolução RDC n.15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília; 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015\\_15\\_03\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html) Brasil.
5. Ministério da Saúde (MS). Orientações gerais para central de esterilização. Brasília; 2001. Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 1ªed. 2ªreimp. São Paulo: Manole; 2010.

**Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR


**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem



		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 39</b>					
<b>DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Semanalmente.</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivo:</b> Garantir que o material utilizado está em condições de passar por esterilização</p> <p><b>Material necessário:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EPI (avental impermeável, touca, máscara, óculos e luvas de autoproteção);</li> <li>- 01 esponja macia de limpeza;</li> <li>- 01 escova de mamadeira;</li> <li>- Solução de água e detergente;</li> <li>- Panos limpos e secos;</li> <li>- Balde ou bacia com tampa;</li> <li>- Hipoclorito de sódio a 1%.</li> </ul> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia;</li> <li>2. Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;</li> <li>3. Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira;</li> <li>4. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;</li> <li>5. Colocar as almotolias e tampas para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente;</li> <li>6. Imergir as almotolias em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos;</li> <li>7. Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;</li> <li>8. Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso.</li> </ol> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– A quantidade de solução colocada nas almotolias deve ser suficiente apenas para uso diário ou semanal.</li> <li>– Nunca reabastecer as almotolias sem limpeza e desinfecção prévia.</li> </ul>					

**Referências Bibliográficas:**

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
2. TAYLOR, C; LILLIS,C; LEMONE,P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592, 2007
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n.50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde. [legislação na internet]. Brasília; 2002. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf). Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
4. Resolução RDC n.15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília; 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015\\_15\\_03\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html) Brasil.
5. Ministério da Saúde (MS). Orientações gerais para central de esterilização. Brasília; 2001. Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. 1ªed. 2ªreimp. São Paulo: Manole; 2010.

**Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: Anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem



Prefeitura de Aracaju  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade de Saúde da Família

### POP 40

## PREPARO DE MATERIAL PARA ESTERILIZAÇÃO – PACOTE DE GAZES

DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3

**Responsável:** Técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem

**Quando:** Diariamente

**Monitoramento:** Enfermeiro

**Objetivo:** Garantir o material para realização de procedimento.

**Descrição do procedimento:**

1. Cortar gazes em 32 cm
2. Dobrar



3. Juntar 06 gazes



4. Empacotar as gazes conforme a técnica do envelope;
5. Identificar o pacote, com nome do profissional que preparou e data de preparo e validade;
6. Encaminhar o pacote à área de esterilização;
7. Manter a área limpa e organizada.

Observações: Este pacote poderá ser confeccionado no papel grau cirúrgico.

## Grau cirúrgico

- Preparação de gaze e compressas. (ataduras, cotonetes entre outros)

1º Passo



2º Passo



3º Passo



**Referências Bibliográficas:**

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
2. TAYLOR, C; LILLIS,C; LEMONE,P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592, 2007
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n.50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde. [legislação na internet]. Brasília; 2002. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf). Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
4. Resolução RDC n.15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília; 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015\\_15\\_03\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html) Brasil.
5. Ministério da Saúde (MS). Orientações gerais para central de esterilização. Brasília; 2001. Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. 1ªed. 2ªreimp. São Paulo: Manole; 2010.

**Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem



Prefeitura de Aracaju  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade de Saúde da Família

### POP 41

## PREPARO DE MATERIAL PARA ESTERILIZAÇÃO – PACOTE DE GAZE ALGODOADA

DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3

**Responsável:** Técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem

**Quando:** Diariamente

**Monitoramento:** Enfermeiro

**Objetivo:** Garantir o material para realização de procedimento.

**Descrição do procedimento:**

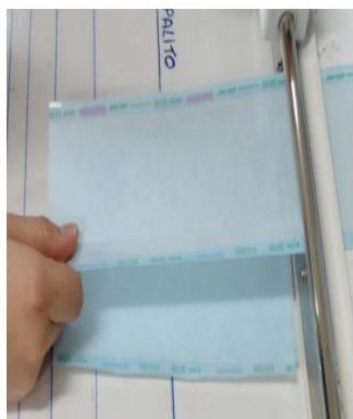
1. Cortar as gazes em 60 cm;
2. Colocar em seu interior 20 cm de algodão;
3. Dobrar;
4. Empacotar as gazes conforme a técnica do envelope;
5. Identificar o pacote, com nome do profissional que preparou e data de preparo e validade;
6. Encaminhar o pacote à área de esterilização;
7. Manter a área limpa e organizada.

**Observações:** Este pacote poderá ser confeccionado no papel grau cirúrgico.

### Grau cirúrgico

- Preparação de gaze e compressas. (ataduras, cotonetes entre outros)

1º Passo



2º Passo



3º Passo



**Referências Bibliográficas:**

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
2. TAYLOR, C; LILLIS,C; LEMONE,P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem.** 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592, 2007
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n.50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde. [legislação na internet]. Brasília; 2002. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf). Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
4. Resolução RDC n.15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília; 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015\\_15\\_03\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html) Brasil.
5. Ministério da Saúde (MS). Orientações gerais para central de esterilização. Brasília; 2001. Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 1ªed. 2ªreimp. São Paulo: Manole; 2010.

**Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR





**Controle de Treinamento:**

Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 42</b>					
<b>PREPARO DE MATERIAL PARA ESTERILIZAÇÃO - ATADURA</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Diariamente</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivo:</b> Garantir que o material para realização de procedimento</p> <p><b>Material necessário:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 01 atadura</li> <li>- Rótulo de identificação preenchido</li> <li>- Fita teste para autoclave</li> <li>- Papel grau cirúrgico</li> </ul> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Empacotar conforme técnica do envelope;</li> <li>2. Fixar o rótulo com a identificação;</li> <li>3. Encaminhar o pacote à área de esterilização;</li> <li>4. Manter a área limpa e organizada.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Grau cirúrgico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparação de gaze e compressas. (ataduras, cotonetes entre outros)</li> </ul>					
1º Passo		2º Passo			
					
		3º Passo			
					
<p><b>Referências Bibliográficas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. <b>Fundamentos de enfermagem.</b> Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.</li> <li>2. TAYLOR, C; LILLIS,C; LEMONE,P. <b>Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem.</b> 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592, 2007</li> </ol>					



3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n.50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde. [legislação na internet]. Brasília; 2002. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf). Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
4. Resolução RDC n.15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília; 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015\\_15\\_03\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html) Brasil.
5. Ministério da Saúde (MS). Orientações gerais para central de esterilização. Brasília; 2001. Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 1ªed. 2ªreimp. São Paulo: Manole; 2010.

#### **Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR


#### **Controle de Treinamento:**

Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

#### **Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
		<b>POP 43</b>			
<b>PREPARO DE MATERIAL PARA ESTERILIZAÇÃO – PACOTE DE CURATIVO</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Diariamente</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivo:</b> Garantir que o material para realização de procedimento</p> <p><b>Material necessário:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 01 pinça hemostática reta.</li> <li>- 01 pinça anatômica serrilhada</li> <li>- 01 espátula de madeira - campo duplo, 35 x 35 cm de algodão ou papel crepado</li> <li>- Rótulo de identificação preenchido</li> <li>- Fita teste para autoclave</li> <li>- 06 gazes 7,5 x 7,5 cm</li> </ul> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conferir a limpeza e integridade do material;</li> <li>2. Abrir o campo duplo em posição diagonal sobre o balcão;</li> <li>3. Colocar no centro do campo 06 gazinhas, divididas em 02 grupos;</li> <li>4. Colocar as pinças semiabertas;</li> <li>5. Empacotar conforme técnica do envelope;</li> <li>6. Fixar o rótulo com a identificação;</li> <li>7. Encaminhar o pacote à área de esterilização;</li> <li>8. Manter a área limpa e organizada.</li> </ol> <p><b>Referências Bibliográficas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. <b>Fundamentos de enfermagem.</b> Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.</li> <li>2. TAYLOR, C; LILLIS,C; LEMONE,P. <b>Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem.</b> 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592, 2007</li> <li>3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n.50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde. [legislação na internet]. Brasília; 2002. Disponível em: <a href="http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf">http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf</a>. Brasil. Ministério</li> </ol>					

da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

4. Resolução RDC n.15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília; 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015\\_15\\_03\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html) Brasil.

5. Ministério da Saúde (MS). Orientações gerais para central de esterilização. Brasília; 2001. Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 1ªed. 2ªreimp. São Paulo: Manole; 2010.

### **Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR


### **Controle de Treinamento:**

Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: Anual

### **Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 44</b>					
<b>PREPARO DE MATERIAL – CATETERISMO VESICAL</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem.</p> <p><b>Quando:</b> Toda vez que o material for utilizado.</p> <p><b>Objetivos:</b> Promover a desinfecção e esterilização de materiais</p> <p><b>Condições necessárias:</b> Detergente, recipiente vazado, papel crepado e autoclave.</p> <p><b>Material necessário:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 01 campo duplo de algodão externo ou papel crepado 75 x 75 cm</li> <li>– 01 campo duplo interno de algodão ou papel crepado 75 x 75 cm</li> <li>– 01 campo fenestrado 40 x 40 cm c/ diâmetro de 10 cm</li> <li>– 01 Cuba Rim</li> <li>– 01 Cuba redonda</li> <li>– 01 Pinça Cheron</li> <li>– 06 gazes</li> </ul> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conferir limpeza e integridade do material;</li> <li>2. Abrir o campo externo em diagonal sobre a mesa;</li> <li>3. Colocar o campo interno sobre o campo externo em sentido horizontal;</li> <li>4. Colocar o instrumental, no centro do campo interno</li> <li>6- Colocar campo fenestrado dobrado sobre o material;</li> <li>5. Colocar uma compressa dobrada sobre o campo fenestrado;</li> <li>6. Fechar o pacote com fita teste para autoclave, conforme técnica do envelope;</li> <li>7. Identificar o pacote conforme rotina;</li> <li>8. Encaminhar o pacote para área de esterilização;</li> <li>9. Manter a área limpa e organizada.</li> </ol> <p><b>Referências Bibliográficas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Lima, Sérgio N. M. Caderno científico: esquema geral de esterilização. Central de recirculação de material. Ribeirão Preto, DABI ATLANTE, 2001</li> <li>2- BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública n.º 64, de 20 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.</li> </ol>					

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: Anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 45</b>					
<b>PREPARO DE MATERIAL - SUTURA</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem</p> <p><b>Quando:</b> Toda vez que o material for utilizado</p> <p><b>Objetivos:</b> Promover a desinfecção e esterilização de materiais</p> <p><b>Condições necessárias:</b> Detergente, recipiente vazado, papel crepado e autoclave.</p> <p><b>Material necessário:</b>          Bandeja de cateterismo vesical:          - 01 cuba rim, 01 cuba redonda,          - 01 pinça Cherron,          - 01 campo fenestrado          - 10 gazes;</p> <p><b>Descrição dos procedimentos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conferir limpeza e integridade do material;</li> <li>2. Abrir o campo externo em diagonal sobre a mesa;</li> <li>3. Colocar o campo interno sobre o campo externo em sentido horizontal;</li> <li>4. Colocar o instrumental, no centro do campo interno, c/ as pontas voltadas para a esquerda, deixando as pinças semiabertas;</li> <li>5. Colocar campo fenestrado dobrado sobre o material;</li> <li>6. Colocar uma compressa dobrada sobre o campo fenestrado;</li> <li>7. Colocar sobre a compressa 05 gazes e a pinça de Cherron semiaberta sobre as gazes;</li> <li>8. Fechar o pacote com fita teste para autoclave, conforme técnica do envelope;</li> <li>9. Identificar o pacote conforme rotina;</li> <li>10. Encaminhar o pacote para área de esterilização;</li> <li>11. Manter a área limpa e organizada.</li> </ol> <p><b>Observação:</b>          Os pacotes cirúrgicos (Pequena Cirurgia, Drenagem, Extração de Unha e outros) são preparados conforme rotina técnica acima, variando apenas os instrumentais utilizados nos procedimentos cirúrgicos.</p>					

**Referências Bibliográficas:**

- 1- **Lima, Sérgio N. M.** Caderno científico: esquema geral de esterilização. Central de recirculação de material. Ribeirão Preto, DABI ATLANTE, 2001
- 2- BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública n.º 64, de 20 de dezembro de 2011. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

**Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 46</b>					
<b>TESTE BIOLÓGICO DAS AUTOCLAVES</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem</p> <p><b>Objetivos:</b> Validar a eficácia e eficiência da esterilização.</p> <p><b>Condições necessárias:</b> autoclave, ampolas para teste biológico, pacotes desafio, incubadoras.</p> <p><b>Descrição dos procedimentos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos;</li> <li>2. Selecionar os pacotes “desafio”;</li> <li>3. Colocar as ampolas no meio dos pacotes;</li> <li>4. Identificar as ampolas de acordo com a posição dentro da autoclave;</li> <li>5. Carregar a autoclave junto com os pacotes “testes” colocando-os na câmara interna nas seguintes posições: fundo/meio/porta;</li> <li>6. Fechar a autoclave;</li> <li>7. Iniciar o ciclo;</li> <li>8. Ao término da esterilização, esperar esfriar;</li> <li>9. Abrir porta lado “de carga”;</li> <li>10. Liberar carga;</li> <li>11. Retirar as ampolas dos pacotes identificando-as (posição dentro da autoclave);</li> <li>12. Colocar na incubadora as ampolas com inclinação de 45° para quebrá-las;</li> <li>13. Colocar na incubadora junto com as ampolas que foram esterilizadas, a ampola teste identificando-a como “teste”;</li> <li>14. Ligar a incubadora;</li> <li>15. Fazer registro em planilha própria;</li> <li>16. Realizar 1ª leitura 08 horas após ter ligado a incubadora e registrar: Positivo (+) se uma das ampolas que foram esterilizadas mudar de cor roxa para amarela e negativo (-), se as ampolas esterilizadas permanecerem com a mesma cor roxa;</li> <li>17. Realizar 2ª leitura 16 horas após ter ligado a incubadora;</li> <li>18. Realizar 3ª leitura 24 horas após ter ligado a incubadora;</li> <li>19. Realizar 4ª leitura 32 horas após ter ligado a incubadora;</li> <li>20. Realizar 5ª leitura 40 horas após ter ligado a incubadora;</li> <li>21. Realizar 6ª leitura 48 horas após ter ligado a incubadora;</li> <li>22. Registrar em planilha própria “+ ou -” de acordo com a coloração</li> </ol>					



das ampolas;

23. Desprezar as ampolas, usando luvas de procedimento, em local próprio (caixa perfurocortantes);

Obs.:

1. Os pacotes utilizados para o teste deverão ser encaminhados para a lavanderia.
2. Caso ocorra mudança de coloração das ampolas, comunicar imediatamente a Chefia do Centro de Material Esterilizado;
3. Recolher todos os pacotes que pertencem aquele lote e interditar autoclave.

**Resultado esperado:** Garantia da esterilização

**Referências Bibliográficas:**

1- Lima, Sérgio N. M. **Caderno científico: esquema geral de esterilização. Central de recirculação de material.**Ribeirão Preto, DABI ATLANTE, 2001.

2- BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública n.º 64, de 20 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

3- Centro de Atenção a saúde. Hospital Universitário da UFJF. 2011. <http://www.ufjf.br/hu/files/2011/05/POP-07-teste-biol%C3%B3gico.pdf> acessado em 21-08-2013.

### **Participantes na elaboração do documento:**


NOME	REVISÃO	SETOR

**Controle de Treinamento:** Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

**Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família				
<b>POP 47</b>						
<b>TECNICA PARA REALIZAÇÃO DE CURATIVO</b>						
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS	
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3	
<p><b>Responsável:</b> Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro</p> <p><b>Objetivos:</b> Realizar conduta padronizada e sequencial na execução de curativos em pacientes portadores de feridas de acordo com sua indicação.</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Material necessário:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Álcool a 70%</li> <li>• Luvas de procedimento</li> <li>• Luvas estéreis</li> <li>• Soro fisiológico a 0,9% (preferencialmente aquecido 37°)</li> <li>• Agulha estéril de calibre 40x12</li> <li>• Pacote de curativo estéril contendo 1 pinça, uma tesoura e uma lâmina de bisturi com cabo (preferencialmente recomenda-se o uso de pinças estéreis sempre que disponível)</li> <li>• Pacotes com Gaze estéril, com tamanho: 7,5cmx 7,5 cm</li> <li>• Sonda de aspiração com calibre (French): 6- 8 Fr</li> <li>• Compressa/acolchoado estéril</li> <li>• Adesivo específico ou filme de poliuretano ou esparadrapo impermeável</li> <li>• Atadura de Crepom, se necessário</li> <li>• Equipamento de proteção individual: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção avental ou capote não estéril e luvas de procedimento</li> <li>• Saco plástico ou forro impermeável</li> <li>• Lixeira para resíduo infectante</li> <li>• Biombo, sempre que necessário</li> </ul>						

**Indicação**

- Realizar limpeza;
- Promover hemostasia;
- Remover corpos estranhos;
- Promover hemostasia;
- Reaproximar bordas separadas;
- Proteger a ferida contra contaminação e infecção;
- Fazer desbridamento com remoção do tecido necrótico;
- Reduzir o edema;
- Manter a umidade da superfície da lesão, absorvendo o exsudato com a manutenção das condições ideais no leito da ferida;
- Fornecer isolamento térmico;
- Promover a cicatrização da lesão;
- Preencher espaços mortos;
- Estimular o processo cicatricial;
- Reduzir a dor;
- Limitar a movimentação dos tecidos em torno da lesão;
- Oferecer conforto psicológico ao paciente.

**Contraindicação:**  
ausência de ferida

**Descrição dos procedimentos:**

1. Lavar as mãos;
2. Observar orientação e prescrição médica e/ou de enfermagem;
3. Preparar material observando validade e integridade;
4. Preparar o ambiente;
5. Orientar o cliente;
6. Calçar luvas, normalmente de procedimento;
7. Remover curativo antigo com cuidado para não lesar a pele utilizando a pinça anatômica dente de rato ou com as mãos enluvadas. O uso de SF 0,9% pode ajudar na remoção;
8. Desprezar a pinça utilizada para remoção do curativo, bem como trocar as luvas se estiverem contaminadas.
9. Examinar a ferida cuidadosamente observando: pele e adjacências (coloração, hematomas, saliências) aparência dos bordos, características do exsudato, presença de tecido necrosado, de granulação, sinais de infecção (hiperemia, edema, calor, dor).

**Se ferida fechada:**

realizar a limpeza começando pelo local da incisão utilizando a pinça Kocher.

Fazer uma torunda de gaze com o auxílio da pinça, molhar a mesma com SF 0,9%

Com movimentos rotatórios do punho, de forma rítmica e firme, iniciar a limpeza de dentro para fora, do local mais limpo para o mais contaminado.

Utilize todas as faces da torunda apenas uma vez, desprezando em seguida.

**Se ferida aberta:**

Realizar irrigação com solução fisiológica 0,9%, morna utilizando seringa de 20ml e agulha 40X12 ou frasco de SF 0,9% perfurado com agulha 40X12.

Se necessário, remover exsudatos e/ou fibrina e/ou restos celulares da lesão.

Secar a região peri-lesional, aplicando no leito da ferida a cobertura indicada.

Cobrir com curativo secundário.

A utilização de soluções antissépticas deve ser realizada somente após criteriosa avaliação.

Utilizar a pinça anatômica para cobrir a ferida.

Ao final, recolher o material, deixar o ambiente em ordem, desprezar o material descartável contaminado em lixo hospitalar (saco branco).

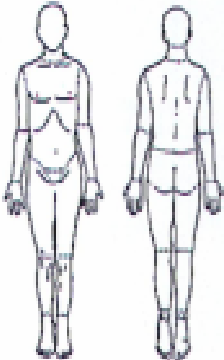
**Referências Bibliográficas:**

BORGES, Eline Lima, Et. Al. Feridas: como tratar. 2ª edição. Belo Horizonte: Coopmed, 2008 Dochterman, Joanne Mc Closkey; Bulechek Glória M.; tradução Regia Machado Garcez. Classificação das intervenções de enfermagem. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008 GEOVANINI, Telma; JUNIOR, Alfeu G. de Oliveira; PALERMO, Tereza Cristina da Silva. Manual de curativos. São Paulo: Corpus, 2007 JORGE, Silvia Angélica; DANTAS, Sônia Regina Perez Evangelista. Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2005. MUSSI, Nair Miyamoto. Técnicas Fundamentais de Enfermagem. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2007. Oda, Roseli Marega e col.. Manual de normas, rotinas e técnicas de curativos. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2004.36p  
[http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/ODA\\_ROSELI/PDF/manual\\_rotinas%20.pdf](http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/ODA_ROSELI/PDF/manual_rotinas%20.pdf) acesso em 20 mar2014. SILVA, Roberto Carlos Lyra; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida; MEIRELES, Isabella Barbosa. Feridas fundamentos e atualizações em enfermagem. São Paulo, Yendis, 2007

## Ficha de Avaliação de Feridas

IDENTIFICAÇÃO

CARTÃO SUS:

NOME:		DATA NASC.: / /		IDADE:	
SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.		NATURALIDADE:		OCUPAÇÃO:	
AVALIANDO FATORES DE RISCO					
DOENÇAS SISTÊMICAS ASSOCIADAS: <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Neoplasias <input type="checkbox"/> Doenças Vasculares <input type="checkbox"/> Outras					
TABAGISMO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quanto por dia		DROGAS: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is)			
ETILISTA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quanto por dia		ALERGIAS: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is)			
NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Adequação <input type="checkbox"/> Inadequação <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Outros					
ESTADO MENTAL: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Outros					
HIGIENE: <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssima MOBILIDADE: <input type="checkbox"/> dependência <input type="checkbox"/> depen. parcial <input type="checkbox"/> Independente					
<input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira Rodas <input type="checkbox"/> Outras:					
ELIMINAÇÕES: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipadas <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA ( <input type="checkbox"/> Urinária <input type="checkbox"/> Fecal) <input type="checkbox"/> Diarria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematúria					
MEDICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Citotóxicos <input type="checkbox"/> Antihipertensivos <input type="checkbox"/> Hipoglicemiantes orais <input type="checkbox"/> Imunossupressores <input type="checkbox"/> Esteróides					
<input type="checkbox"/> Outras:					
AVALIAÇÃO FÍSICA					
PESO:	ALTURA:	BMC:	PA:	FC:	T: FR:
CABEÇA/PESCOÇO					
TÓRAX/ABDOMEM					
MMSS:					
MMI:					
EXAMES LABORATORIAIS:					
AVALIAÇÃO DA FERIDA					
<p>Local da Ferida</p> 		Queimadura especificar porcentagem (qual regra utilizada) e classificação (1º, 2º, 3º).			
		Outras feridas especificar profundidade (plana, profunda e cavitária) e tamanho (mensuração).			
		Cabeça			
		Pescoço			
		Tronco Anterior/ Posterior			
		Braço Direito/ Esquerdo			
		Antebraço Direito/ Esquerdo			
		Mão Direita/ Esquerda			
		Nádega Direita/ Esquerda			
		Genitália			
		Coxa Direita/ Esquerda			
		Perna Direita/ Esquerda			
Pé Direita/ Esquerdo					
TIPO: <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> traumática <input type="checkbox"/> ulcerativa <input type="checkbox"/> queimadura QUANTO AO TEMPO <input type="checkbox"/> aguda <input type="checkbox"/> crônica					
CONTEÚDO BACTERIANO: <input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> limpa/contaminada <input type="checkbox"/> contaminada <input type="checkbox"/> infectada <input type="checkbox"/> fétida					
AGENTE CAUSADOR:					
CARAC. DO TECIDO: <input type="checkbox"/> Necrose <input type="checkbox"/> granulação <input type="checkbox"/> epitelização <input type="checkbox"/> desvitalizado (fibrinoso) <input type="checkbox"/> outros					
CARAC. DO EXSUDATO: <input type="checkbox"/> seroso <input type="checkbox"/> sanguinolento <input type="checkbox"/> sero-sanguinolento <input type="checkbox"/> sero-purulento <input type="checkbox"/> purulento <input type="checkbox"/> fibrinoso					
QUANTIDADE DE EXSUDATO: <input type="checkbox"/> pouco <input type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> grande <input type="checkbox"/> abundante					
CARACTERÍSTICA DA BORDA:					
TRATAMENTOS ANTERIORES:					
COMPLICAÇÕES:					
CONDUTA:					
Assinatura e carimbo					

CAUSA	TIPO DE LESÃO	C X L X P	LEITO DA FERIDA	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cirúrgica: Agudas (ex.: incisão, excisão, enxerto);</li> <li>- Crônicas (ex.: deiscência, ferida cirúrgica infectada).</li> <li>- Não Cirúrgica&gt; Agudas (ex.: queimaduras, abrasão, esfolia-dura, laceração);</li> <li>- Crônicas (ex.: úlceras de pressão).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrasão/ Laceração</li> <li>- Contusa</li> <li>- Queimadura</li> <li>- Venosa</li> <li>- Arterial</li> <li>- Pressão</li> <li>- Neuropática</li> <li>- Outras (descrever)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- C = comprimento</li> <li>- L = largura</li> <li>- P = Profundidade</li> </ul> <p>OBS.: Fazer o decalque da ferida. Medir a profundidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epitelizado (rúseo)</li> <li>- Granulação (vermelho)</li> <li>- Devitalizado: seco ou úmido</li> </ul> <p>Ex.: esfacelo (amarelo) / necrose (negro, marrom, cinza) / escara</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaço morto: túnel/ fistula/ cavidade.</li> </ul>	
BORDAS	EXSUDATO		ODOR	PELE PERILESIONADA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regular/irregular</li> <li>- Contraída/Rúsea</li> <li>- Esbranquiçada</li> <li>- Hiperemiada</li> <li>- Macerada</li> <li>- Hiperqueratosa</li> </ul>	<p>TIPO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seroso (claro)</li> <li>- Sanguinolento</li> <li>- Serossanguinolento</li> <li>- Purulento</li> <li>- Nenhum</li> <li>- Piossanguinolento</li> </ul>	<p>QUANTIDADE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 (nenhum)</li> <li>- + (pouco)</li> <li>- ++ (moderado)</li> <li>- +++ (intenso)</li> <li>- ++++ (abundante)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N (nenhum)</li> <li>- C (característica)</li> <li>- F (fétido)</li> <li>- P (pútrido)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normal (hidratada, cor e temp. bons)</li> <li>- Desidratada, seca, descamativa, pruriginosa</li> <li>- Cor: eczema, hiperpigmentada escura</li> <li>- Temperatura: fria, quente</li> <li>- Inflamada: edema, hiperemia, endureção, flutuação, crepitação, escoriações</li> </ul>
<b>ESTADIAMENTO DA FERIDA</b>	<b>ÚLCERA</b>	Pressão: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estágio: I (hiperemia em pele íntegra); II (epiderme/derme rompida)</li> <li>III (subcutâneo/fáscia muscular. c/ ou s/ necrose); IV (músculo/osso, c/ ou s/ necrose infeção)</li> </ul>		
		Vem. /Art.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estágio: I (epiderme + derme); II (subcutâneo); III (fáscia, músculo); IV (osso, articulação)</li> </ul>		
	Pé Diabético: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grau: 0 (pé em risco); 1 (úlceras superficiais); 2 (subcutâneo/tendão/ligam.); 3 (infeção/abscesso); 4 (pequena Gangrena: dedos, calcâneo, plantar anterior/posterior); 5 (grande gangrena)</li> </ul>			
	Queimadura: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grau: 1º (epiderme: hiperemia, s/ bolhas, flictenas); 2º (epiderme, parte da derme, bolhas, flictenas); 3º (epiderme, derme, outros tecidos)</li> </ul>			

Fonte: Valdenia Dias de Castro.

### Participantes na elaboração do documento:


NOME	REVISÃO	SETOR

### Controle de Treinamento:

Público alvo: Equipe de Enfermagem

Periodicidade: anual

Responsáveis: Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 48</b>					
<b>RETIRADA DE PONTOS CIRÚRGICOS</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Técnico, Auxiliar de Enfermagem e Enfermeiro</p> <p><b>Quando:</b> Sempre que necessário</p> <p><b>Monitoramento:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Objetivos:</b> Consiste no procedimento de remoção dos fios cirúrgicos com técnica asséptica, o qual pode ser retirada pode ser total ou alternada.</p> <p>Finalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferecer a limpeza da incisão cirúrgica;</li> <li>• Favorecer a drenagem de exsudato restrito na incisão cirúrgica</li> <li>• Auxiliar na cicatrização cirúrgica prevenindo a infecção</li> <li>• Prevenir complicações como infecção e rejeição</li> </ul> <p><b>Indicações e contra-indicações:</b></p> <p>Indicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remover suturas da pele de uma ferida cicatrizada sem lesionar o tecido recém-formado.</li> </ul> <p>Contraindicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remoção dos pontos com menos que 7 dias da sutura cirúrgica.</li> <li>• Discrasias sanguíneas</li> </ul> <p><b>Material necessário:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja não estéril</li> <li>• Carro de curativos ou mesa auxiliar ou superfície fixa</li> <li>• Pacote ou kit de curativo estéril contendo, preferencialmente:           <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ 01 pinça Kelly reta,</li> <li>♣ 01 pinça anatômica de dissecação,</li> <li>♣ 01 tesoura cirúrgica Spencer ou Íris - romba e curva Ou na ausência:</li> <li>♣ Luva estéril (na ausência do pacote de curativos;</li> <li>♣ 01 lâmina de bisturi: nº 21, 22, 23 ou 24;</li> </ul> </li> <li>• Gaze estéril;</li> <li>• Frasco de Soro Fisiológico a 0,9%;</li> <li>• Agulha 40x12;</li> <li>• Cobertura adesiva do tipo esparadrapo semipermeável, se necessário;</li> <li>• Equipamentos de proteção individual (se necessário): gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não estéril;</li> </ul>					

- luva de procedimento;
- Saco plástico ou forro impermeável;

**Descrição do procedimento:**

1. Ler a prescrição do paciente;
2. Realizar higienização das mãos com água e sabão;
3. Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
4. Separar o material para o procedimento;
5. Apresentar-se ao paciente e acompanhante;
6. Checar os dados de identificação do paciente
7. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento, pedir sua autorização;
8. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
9. Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
10. Calçar as luvas de procedimentos;
11. Colocar equipamentos de proteção individual;
12. Posicionar o paciente adequadamente, expondo apenas a área dos pontos cirúrgicos;
13. Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica e os demais materiais no carro de curativos ou superfície fixa;
14. Na ausência do pacote de curativos: abra a luva estéril, gaze estéril e a uma lâmina de bisturi estéril;
15. Retirar o curativo anterior (se houver), remover com cuidado;
16. Observar a ferida cirúrgica, identificando a presença de afastamento, secreção, inflamação, sinais de infecção e pontos inclusos. No caso de feridas cirúrgicas complexas, deve-se atentar para algumas técnicas específicas vide em

**Cuidados especiais e plano de contingência:**

17. Irrigar a área com soro fisiológico, fazendo-o através da tampa siliconada do frasco com uma agulha de calibre 40x12;
18. Realizar limpeza da ferida cirúrgica com auxílio de uma pinça cirúrgica utilizando gaze estéril embebida com SF0,9%, ou calçar luva estéril e com a mão dominante fazer uma trouxa com gaze estéril. Repetir este procedimento quantas vezes for necessário;
19. Secar a ferida com gaze com auxílio da pinça cirúrgica, ou com a luva estéril fazendo uma trouxa de gaze estéril seca;
20. Separar uma gaze e deixá-la próxima a ferida cirúrgica, tendo como finalidade para colocação dos fios retirados;
21. Utilizando a outra pinça cirúrgica, em sua ausência, a luva estéril, prender o nó da primeira sutura, a fim de expor a pequena porção do fio de sutura que estava abaixo do nível da pele (ver Anexo 1);
22. Cortar o fio com ponta romba da tesoura curva de sutura contra a pele, ou caso não esteja disponível utilizar uma lâmina de bisturi e



cortar abaixo do nó cirúrgico, próximo a pele e puxá-lo (o fio deverá ser cortado de um só lado), (ver Anexo 2);

23.Retirar o fio com o auxílio da pinça;

24.Colocar os fios retirados sobre a gaze;

25.Após a remoção dos pontos da incisão cirúrgica, deve-se realizar uma nova limpeza da ferida de forma delicada com a 2ª pinça utilizada, ou em sua ausência, a luva estéril; utilizar a trouxa de gaze estéril embebida com soro fisiológico;

26.Secar a incisão cirúrgica com gaze seca;

27.Deixar o paciente confortável;

28.Manter a organização da unidade do paciente;

29.Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;

30.Realizar higienização das mãos com água e sabão;

31.Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

- Em geral para uma ferida cirúrgica suficientemente cicatrizada, os fios de suturas são removidos em 7 a 10 dias após a sua inserção. Porém não é conveniente fixar prazos exatos, uma vez que o processo de cicatrização obedece a fatores individualizados: nutrição, obesidade, oxigenação, diabetes, infecção, uso de corticosteroides, quimioterápicos e irradiação.

- Se durante o procedimento ocorrer a complicação de deiscência da ferida cirúrgica, deve-se parar a remoção dos pontos, proteger a área com curativo compressivo embebido em soro fisiológico 0,9%, fazer um curativo compressivo e contatar imediatamente o médico.

#### **Referências Bibliográficas:**

1. LECH, J. (org.). Manual de Procedimentos de Enfermagem. Edit. Martinari. Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2006.
2. MARQUES, RG. (org.)Técnica Operatória e Cirurgia Experimental. Ed Guanabara Koogan, 2005. P.325-336.

#### **Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR

#### **Controle de Treinamento:**

Público alvo: Equipe de Enfermagem

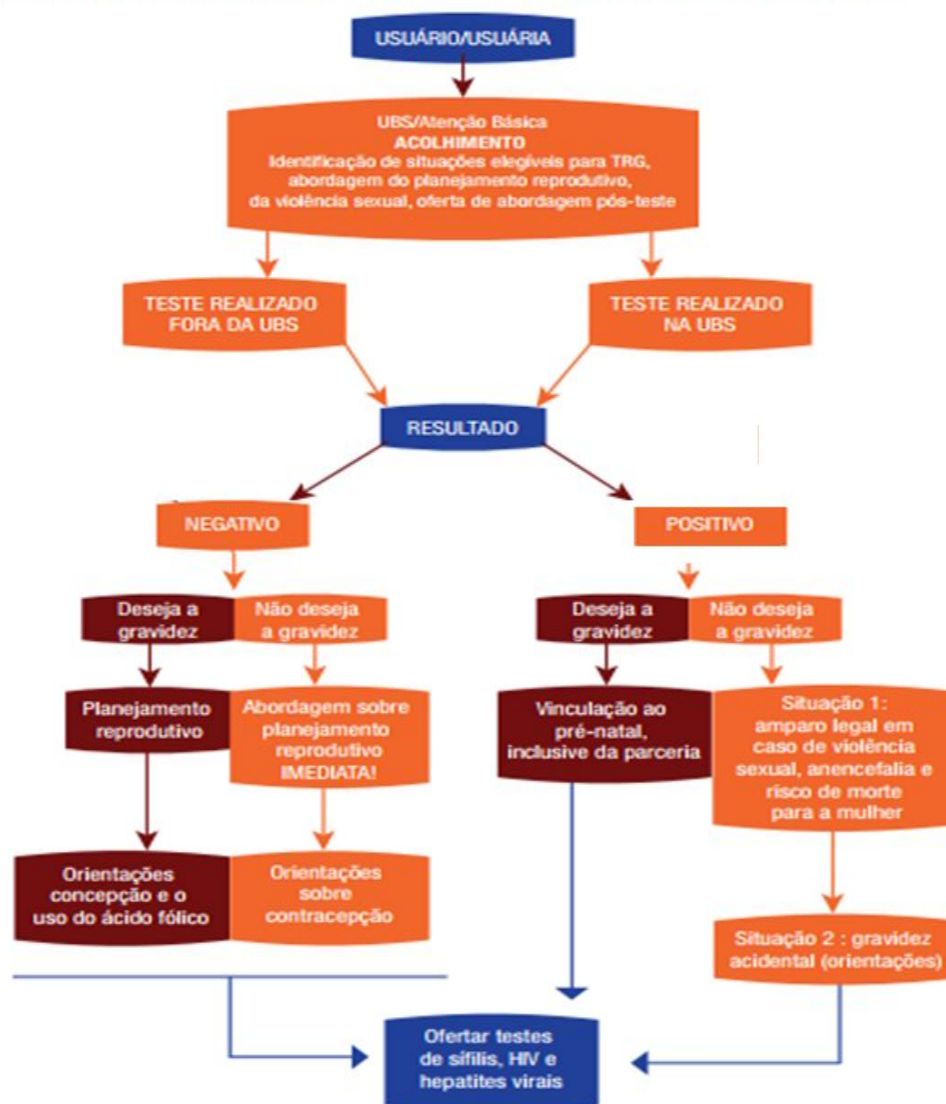
Periodicidade: Anual

#### **Responsáveis:**

Equipe de Enfermagem

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 49</b>					
<b>TESTE RAPIDO DE GRAVIDEZ</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p> <b>Responsável:</b> Enfermeiro  <b>Quando:</b> Sempre que necessário  <b>Monitoramento:</b> Enfermeiro e médico  <b>Objetivos:</b> Detecção precoce de gravidez  <b>Indicação</b> </p>  <div style="border: 1px solid orange; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>O TRG é indicado para mulheres em idade fértil que apresentem atraso menstrual. O tempo de atraso para realização do teste deve observar a indicação do insumo disponível, sendo em sua maioria igual ou superior a sete dias. Deve ser facilitado o acesso ao TRG, com respeito e atenção específica às adolescentes, devido às singularidades da faixa etária.</p> </div>					

### Fluxograma de Acolhimento e Oferta do Teste Rápido de Gravidez



#### Descrição do procedimento:

1. Quando a mulher procura a Unidade Básica de Saúde, geralmente a primeira queixa é o atraso menstrual. Neste sentido, investigar três fatores:

Ciclo Menstrual Regular – A mulher tem ciclos menstruais regulares?  
Exemplo: 28 em 28 dias; 29 em 29 dias. No entanto, se mulher tiver um ciclo menstrual irregular, poderá não ser um sinal de presunção de gravidez, mas sim apenas um ciclo menstrual mais longo.

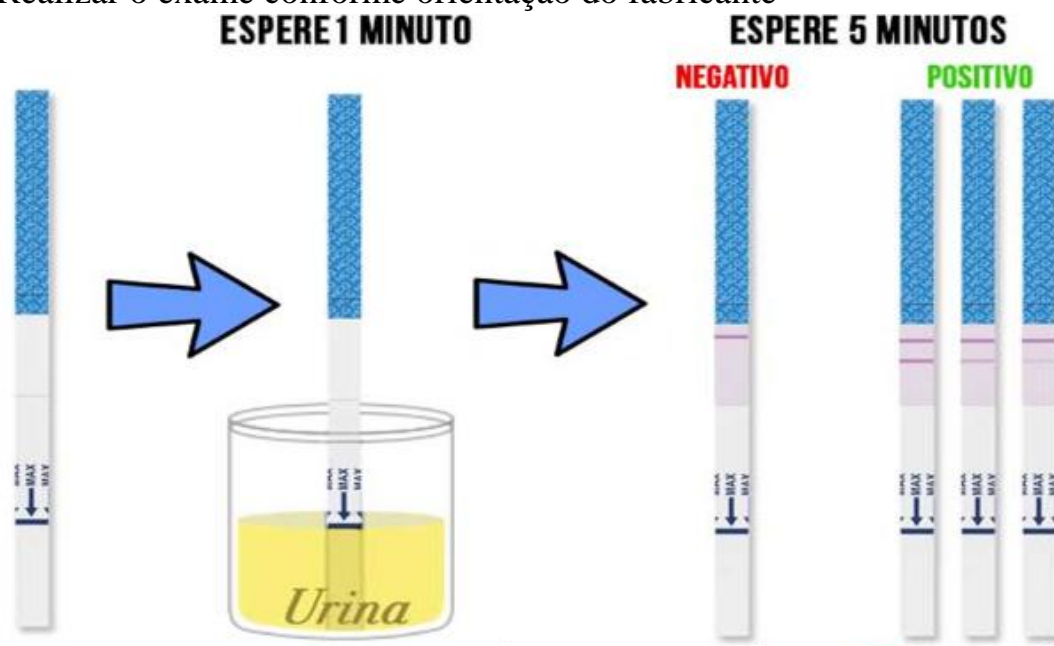
Vida sexual ativa – É importante analisar a vida sexual da mulher.

Uso de contraceptivo – Se a mulher não planejava a gravidez, possivelmente houve falha do método ou mau uso. Por exemplo: no caso de esquecimento de tomar a pílula contraceptiva; mudança do medicamento hormonal sem prescrição médica, uso de coito interrompido e outros;

2. Explicar o exame;

3. Pegar o kit;

4. Realizar o exame conforme orientação do fabricante



5. seguir o fluxograma.

Obs: Lembrar que não é necessário que seja a primeira urina do dia, podendo ser feito a qualquer momento.

**Referência Bibliográfica:**

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 : Ministério da Saúde, 2013.

**Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR


**Controle de Treinamento:**

Público alvo: Enfermeiro

Periodicidade: anual

**Responsável:**


Enfermeiro

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
		<b>POP 50</b>			
<b>TESTE RÁPIDO DE DETECÇÃO DE SÍFILIS</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Quando:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sempre que necessário, atendendo demanda espontânea</li> <li>- Na primeira consulta de pré-natal e na 30 semana de gestação no pré-natal, na gestante e no companheiro.</li> </ul> <p><b>Monitoramento:</b> Todos os profissionais</p> <p><b>Objetivo:</b> Detectar precocemente a sífilis</p> <p><b>Materiais necessários:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Teste rápido para sífilis/ checagem rápida de sífilis</li> <li>* Luvas de procedimento</li> <li>* Kit para o teste contendo:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cassetes imunocromatográficos</li> <li>- Solução tampão - Pipeta de plástico descartável</li> <li>- Manual de instruções de uso</li> <li>- Lanceta descartável</li> </ul> </li> </ul> <p>DPP Sífilis Bio Manguinhos</p> <p>Kit para o teste contendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suportes DPP® Sífilis com antígenos treponêmico embalados individualmente</li> <li>- Tampão de corrida</li> <li>- 01 frasco com 3 mL ou 6 mL</li> <li>- Alças coletoras descartáveis (10µL)</li> <li>- Frasco para diluição- Lancetas estéreis descartáveis</li> <li>- Curativo Adesivo</li> <li>-Manual de Instruções de Uso</li> </ul> <p>* Material Complementar não fornecido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cronômetro ou relógio</li> <li>- Luvas descartáveis e jaleco para proteção individual</li> <li>- Algodão</li> <li>- Álcool 70%</li> <li>- Água sanitária ou solução de hipoclorito de sódio a 2,5%</li> <li>- Caixa para desprezar material perfurocortante</li> </ul> <p><b>Descrição do procedimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar aconselhamento pré-teste;</li> <li>2. Higienizar as mãos;</li> </ol>					

3. Caso os materiais estejam refrigerados, retirá-los do refrigerador e aguardar que alcancem a temperatura ambiente (entre 20 e 30°C) para serem utilizados;
4. Remover o cassete da embalagem protetora imediatamente antes do uso;
5. Escrever no cassete a identificação da amostra/paciente com o número de cadastro, iniciais do nome do paciente e hora da coleta;
6. Realizar a punção digital com lanceta descartável;
7. Coletar o sangue com o auxílio da pipeta descartável e dispensar duas gotas no orifício indicado com a letra S;
8. Adicionar imediatamente uma gota (40 µL) da solução tampão no mesmo poço (não encostar o bico do frasco de solução tampão na amostra);
9. Aguardar 10 minutos e realizar a leitura;
10. Descartar as lancetas no recipiente de descarte para perfurocortantes e os outros materiais no saco de resíduos infectantes;


**Instruções para execução do  
TESTE RÁPIDO DE SÍFILIS - RAPID CHECK**

**1**




Limpar com álcool o dedo do paciente que será utilizado para a coleta do sangue

**2**




Após o álcool secar, turar o dedo do paciente para coleta do sangue

**3**



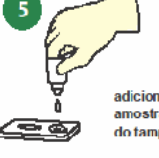
Coletar o sangue com a pipeta descartável que acompanha o Kit

**4**




Dispensar 02 gotas (50µL) do sangue na área da amostra (S)

**5**



adicionar na área de amostra (S), 01 gota (40µL) do tampão

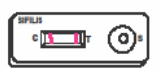
**6**



Aguardar **10 minutos** para leitura.  
**Não esqueça de anotar o horário.**

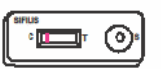
**ATENÇÃO**

O TESTE SERÁ CONSIDERADO **INVÁLIDO** SE, APÓS 10 MINUTOS, NÃO SURTIR A BARRA VERMELHA NO CONTROLE (C). NESSE CASO, O TESTE DEVERÁ SER REPETIDO.




**POSITIVO**

Se o resultado for **POSITIVO**, aparecerão duas barras vermelhas no recipiente retangular: uma ao lado da letra C e outra ao lado da letra T.



**NEGATIVO**

Se o resultado for **NEGATIVO**, aparecerá apenas uma barra vermelha no recipiente retangular, ao lado da letra C.









11. Retirar as luvas;
12. Lavar as mãos;
13. Realizar aconselhamento pós-teste;
14. Registrar e sus o procedimento
15. Registrar no prontuário, assinar e carimbar.

**Interpretação dos resultados:**

- Negativo: Somente uma linha de coloração róseo-avermelhada na área controle (C).
- Positivo: Presença de duas linhas de coloração róseo-avermelhada, uma na área teste (T) e outra na área controle (C).
- Inválido: A ausência de uma linha na região controle, independente



INTERPRETAÇÃO	VISUALIZAÇÃO
RESULTADO NÃO REAGENTE/ NEGATIVO	
RESULTADO REAGENTE/ POSITIVO	
RESULTADO INVÁLIDO	
RESULTADO INVÁLIDO	



## Tratamento

### TRATAMENTO DA SÍFILIS

#### Sífilis recente: sífilis primária

Penicilina benzatina 2.400.000UI, IM, dose única

#### Sífilis recente: sífilis secundária ou latente recente (com menos de um ano)

Penicilina benzatina 4.800.000UI, IM, em duas doses semanais de 2.400.000UI

#### Sífilis tardia: sífilis terciária, sífilis latente tardia (com mais de um ano) e sífilis latente de tempo desconhecido

Penicilina benzatina 7.200.000UI, IM, em três doses semanais de 2.400.000UI



#### Referências Bibliográficas:

1. PORTARIA Nº 3.242, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2011.
2. Brasil. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

#### Participantes na elaboração do documento:

NOME	REVISÃO	SETOR

#### Controle de Treinamento:

Público alvo: Enfermeiro



Periodicidade: anual

Responsável:

Enfermeiro

## AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO COMBATE À SÍFILIS

- Incentivo à realização do **pré-natal precoce**, ainda no 1º trimestre da gestação
- Ampliação do **diagnóstico por meio de teste rápido**
- **Tratamento para a gestante e seu parceiro**
- Incentivo à administração de **penicilina benzatina**, considerada o único medicamento seguro e eficaz na prevenção da sífilis congênita.
- **Ações de educação permanente para qualificação de gestores e profissionais de saúde**





#saúde




minsaude



/minsaude

	<b>Laudo do Diagnóstico</b>	
_____		
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Data Nascimento: _____
TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA SÍFILIS		
Amostra : sangue total Data da coleta da amostra: ____/____/____		
<b>TESTE:</b> Nome do produto: Teste Rápido <input type="checkbox"/> Sífilis Bio Manguinhos <input type="checkbox"/> Rapid check Método: Imunocromatografia Resultado do teste:		
<b>INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO:</b>  <input type="checkbox"/> Amostra <b>NÃO REAGENTE</b> para Sífilis <input type="checkbox"/> Amostra <b>REAGENTE</b> para Sífilis		
1) O teste rápido utilizado é um teste <u>treponêmico</u> .  2) Amostra não reagente para Sífilis: Em caso de suspeita de Sífilis, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra e submetida ao teste.		
Responsável Técnico: (carimbo e assinatura)		

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 51</b>					
<b>TESTE RAPIDO DE DETECÇÃO DE HIV</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Quando:</b>          Sempre que necessário, atendendo demanda espontânea          Paciente em tratamento de tuberculose          Na primeira consulta de pré-natal e na 30 semana de gestação no pré-natal, na gestante e no companheiro.</p> <p><b>Monitoramento:</b> Todos os profissionais</p> <p><b>Objetivo:</b> Detectar precocemente os casos de HIV</p> <p><b>Materiais necessários:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Luvas de procedimentos</li> </ul> <p>RapidCheck</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Teste rápido (acondicionado em envelopes com saquinhos de sílica);</li> <li>◆ Pipetas plásticas descartáveis;</li> <li>◆ Frasco de solução tampão (3 ml);</li> <li>◆ Manual de instrução de uso;</li> <li>◆ Lancetas (são fornecidas fora do conteúdo do kit, mas acompanhando a distribuição do insumo)</li> </ul> <p>HIV Test Bioeasy</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Dispositivos de teste</li> <li>◆ Diluente de ensaio</li> <li>◆ Lanceta</li> <li>◆ Tubo Capilar</li> </ul> <p>Bio-Manguinhos - TR DPP HIV 1 / 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Suportes</li> <li>◆ Tampão de corrida (1 frasco 5 ml);</li> <li>◆ Alças coletoras descartáveis (5µL);</li> <li>◆ Lancetas estéreis descartáveis;</li> <li>◆ Curativo adesivo, estéril;</li> </ul> <p><b>Procedimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar como primeiro teste o RapidCheck ou o HIV Test Bioeasy. (Os testes RapidCheck serão substituídos pelos testes HIV Test Bioeasy conforme recomendação atual do Ministério da Saúde)</li> <li>• Caso o teste tenha o resultado “Não Reagente” o resultado será liberado conforme instruções da portaria 29 de dez/2013 do Ministério da Saúde.</li> </ul>					

• Caso, o TR RapidCheck ou o HIV Test Bioeasy seja “REAGENTE” uma nova amostra de sangue deverá ser colhida para a realização do TR DPP HIV 1 / 2 BioManguinhos (segundo teste).

• Sendo ambos “REAGENTE” o resultado será liberado sem necessidade de testes confirmatórios, com as devidas informações e orientações contidas na portaria citada.

• Caso o segundo teste seja “NÃO REAGENTE” uma amostra de soro deverá ser colhida por punção venosa e encaminhada para o Laboratório Municipal de Referência, para realização da sorologia convencional (ELISA). Procedimento:

◆ Realizar aconselhamento pré-teste;

◆ Higienizar as mãos;

RapidCheck:

1. Retirar os reagentes do refrigerador e aguardar que alcancem a temperatura ambiente para serem utilizados;

2. Remover o teste da embalagem protetora;

3. Escrever em cada cassete a identificação da amostra/ paciente;

4. Limpar a área a ser lancetada utilizando gaze embebida em álcool.

5. Calçar as luvas;

6. Apertar a extremidade final do dedo e lancetar próximo à lateral, produzindo uma gota de sangue espessa

7. Coletar 20µl de sangue total utilizando a pipeta plástica descartável e adicionar no poço da amostra identificado como (S);

8. Adicionar uma gota da solução tampão no poço da amostra(S), com o auxílio do próprio frasco de tampão;

9. Realizar a leitura do teste ao final de 15 minutos de incubação à temperatura ambiente;

10. Descartar as lancetas em recipiente para descarte perfurocortante e os demais materiais em lixeira para descarte de material infectante;

11. Retirar as luvas;

12. Lavar as mãos;


13. Realizar aconselhamento pós-teste;

14. Registrar e-SUS;

15. Registrar no prontuário, assinar e carimbar.


## Instruções para execução do TESTE RÁPIDO HIV - RAPID CHECK

**1**




Limpar com álcool o dedo do paciente que será utilizado para a coleta do sangue

**2**




Após o álcool secar, furar o dedo do paciente para coleta do sangue

**3**




Coletar o sangue com a pipeta descartável que acompanha o Kit

**4**




Dispensar 02 gotas (20µL) do sangue na área da amostra (S)

**5**



adicionar na área de amostra (S), 01 gota (40µL) do tampão

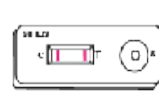
**6**



Aguardar 15 minutos para leitura.  
**Não esqueça de anotar o horário.**

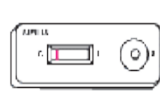
**ATENÇÃO**

O TESTE SERÁ CONSIDERADO **INVÁLIDO** SE, APÓS 10 MINUTOS, NÃO SURTIR A BARRA VERMELHA NO CONTROLE (C). NESSE CASO, O TESTE DEVERÁ SER REPETIDO.




**POSITIVO**

Se o resultado for **POSITIVO**, aparecerão duas barras vermelhas no recipiente retangular: uma ao lado da letra C e outra ao lado da letra T.




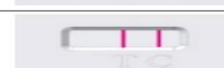


**NEGATIVO**

Se o resultado for **NEGATIVO**, aparecerá apenas uma barra vermelha no recipiente retangular, ao lado da letra C.



**Resultados:**

- ◆ Não reagente: presença de apenas uma linha rosa/vermelha na região controle.
- ◆ Reagente: presença de duas linhas de coloração rósea / avermelhada, com limites bem definidos e facilmente visualizáveis (região teste e controle).
- ◆ Inconclusivo / inválido: ausência de uma linha na região controle, independentemente da presença de uma linha na região teste. Atenção:
  - A presença de borrões ou linhas “fantasmas” não devem ser considerados como “positiva”.
  - Em caso de dúvidas, repetir o teste, utilizando um outro kit.

INTERPRETAÇÃO	VISUALIZAÇÃO
RESULTADO NÃO REAGENTE/ NEGATIVO	
RESULTADO REAGENTE/ POSITIVO	
RESULTADO INVÁLIDO	
RESULTADO INVÁLIDO	

### HIV Test Bioeasy

1. Separar os componentes necessários do kit;
2. Remover o dispositivo da embalagem de alumínio e colocá-lo sobre uma superfície limpa, seca e plana;
3. Reservar o tubo capilar e a lanceta;
4. Limpar a área a ser lancetada utilizando gaze embebida em álcool.
5. Calçar as luvas;
6. Apertar a extremidade final do dedo e lancetar próximo à lateral, produzindo uma gota de sangue espessa;
7. Coletar 20µL de amostra utilizando o Tubo Capilar;
8. Com a extremidade vermelha voltada para cima, encostar a extremidade oposta na gota de sangue;
9. Encostar levemente o Tubo Capilar na cavidade da amostra (S) até que o volume aspirado seja transferido naturalmente para o cassete. Sobrará um volume morto que não se deslocará do tubo capilar;
10. Imediatamente após colocar a amostra adicionar 4 gotas (aproximadamente 120µl) do diluente de ensaio na mesma cavidade (S) onde foi colocada a amostra;
11. Será observada uma cor roxa em toda janela de resultado (no centro do dispositivo de teste);
12. Aguardar 10 e 20 minutos e interpretar o resultado. (Não interpretar antes e nem depois);
13. Descartar as lancetas em recipiente para descarte perfurocortante e os demais materiais em lixeira para descarte de material infectante;
14. Retirar as luvas;
15. Lavar as mãos
16. Realizar aconselhamento pós-teste;
17. Registrar no e SUS.
18. Registrar no prontuário, assinar e carimbar









### Resultados:

1. Uma linha colorida aparecerá do lado esquerdo da janela de resultados indicando que o teste está funcionando corretamente. Esta linha é a Linha Controle (C).

2. Uma ou duas linhas coloridas aparecerão do lado direito da janela de resultados. Estas são as linhas de teste HIV-1 e HIV-2.

Não reagente: indicado por apenas uma linha colorida na janela de resultados, a Linha Controle “C”. Esta linha deve aparecer em todos os testes. Reagente: Resultado reagente para HIV-1: indicado pela presença de duas linhas na janela de resultados, a linha controle (C) e a linha teste (T1), independente de qual das duas aparecer primeiro. Resultado reagente para HIV-2: indicado pela presença de duas linhas na janela de resultados, a linha controle (C) e a linha teste (T2), independente de qual das duas aparecer primeiro. Resultado reagente para HIV-1 e/ou HIV-2: indicado pela presença de três linhas coloridas na janela de resultados, a linha controle (C), a linha teste (T1) e a linha de Teste (T2), independente de qual das três aparecer primeiro.

Resultado Inválido: indicado pelo não aparecimento da linha de controle (C) dentro de 20 minutos após ter adicionado o diluente. Neste caso deve-se realizar um novo teste com um novo dispositivo e uma nova amostra. \* Se a intensidade da cor da Linha “T1” for maior que da Linha “T2”, interpretar o resultado do teste como HIV-1 reagente. \* Se a intensidade da cor da Linha “T2” for maior que da Linha “T1”, interpretar o resultado do teste como HIV-2 reagente

INTERPRETAÇÃO	VISUALIZAÇÃO
RESULTADO NÃO REAGENTE/ NEGATIVO	
RESULTADO REAGENTE/ POSITIVO	
RESULTADO INVÁLIDO	
RESULTADO INVÁLIDO	



### Bio-Manguinhos - TR DPP HIV 1 / 2:

1. Separar os componentes necessários do kit Teste Rápido DPP® HIV Bio-Manguinhos e colocá-los sobre uma superfície plana;
2. Aguardar para que atinjam a temperatura ambiente para serem utilizados;
3. Retirar o suporte de teste do envelope laminado, identificá-lo com as iniciais do nome / número de identificação do paciente;
4. Verificar a integridade de todos os componentes e a existência de 2 (duas) linhas na janela de teste do suporte, sendo uma de cor azul (linha Teste) e outra de cor verde (Linha controle). Caso uma ou ambas as linhas esteja(m) ausente(s), não o utilizar e comunicar o ocorrido ao SAC de Bio-Manguinhos;
5. Identificar o frasco para eluição com as iniciais do nome do indivíduo / número de identificação;
6. Desenroscar o dosador (parte branca) do frasco, mantendo a tampa preta rosqueada no dosador;
7. Calçar as luvas;
8. Apertar a extremidade final do dedo e lancetar próximo à lateral, produzindo uma gota de sangue espessa;
9. Encostar a alça coletora na gota de sangue a ser testada, permitindo que a alça seja preenchida;
10. Inserir a alça coletora com a amostra no frasco de eluição identificado de modo que toque no fundo do frasco, quebrando a haste coletora na região marcada;
11. Recolocar o dosador no frasco de eluição certificando-se que tanto o dosador quanto a tampa preta estejam bem fechados;
12. Agitar levemente por 10 (dez) segundos;
13. Retirar somente a tampa preta do dosador e adicionar duas gotas da solução ao poço 1, mantendo o frasco na posição vertical;
14. Marcar 5 (cinco) minutos no cronômetro ou relógio. Após esse tempo, a linha azul (Teste) e a linha verde (Controle) devem desaparecer da janela



de teste;

15. Adicionar 4 (gotas) do Tampão de corrida ao poço 2, mantendo o frasco na posição vertical;

16. Descartar as lancetas em recipiente para descarte perfurocortante e os demais materiais em lixeira para descarte de material infectante;

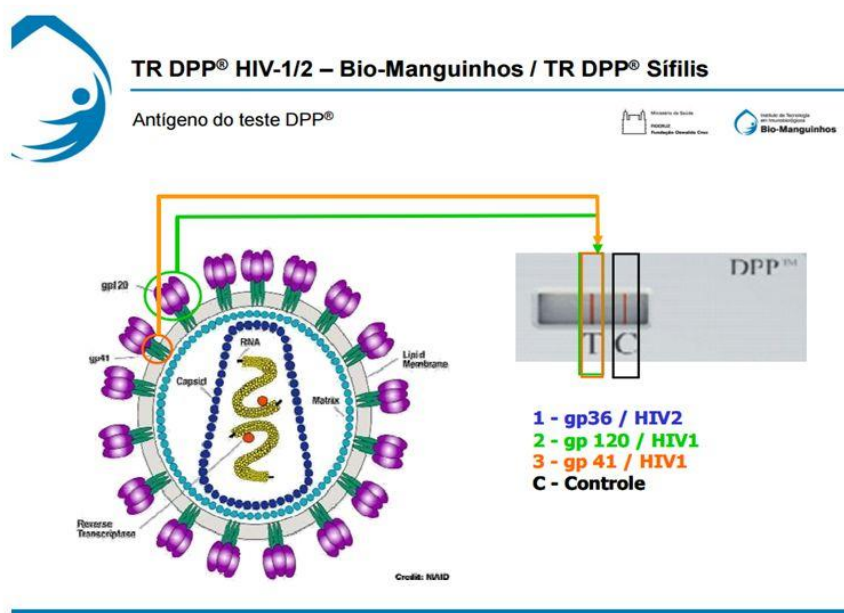
17. Retirar as luvas;

18. Lavar as mãos

19. Realizar aconselhamento pós-teste;

20. Registrar a solicitação no e-SUS.

21. Registrar no prontuário, assinar e carimbar



**Resultados: Reagente:** indicado por duas linhas roxa / rosa, uma na área de TESTE (T) e uma na área de CONTROLE (C). A linha na área de TESTE (T) pode ter aparência diferente da linha na área de CONTROLE (C). A intensidade da linha na área de TESTE (T) varia de claro a muito escura, conforme a concentração de anticorpos específicos. **Não Reagente:** indicado por uma linha roxa/rosa na área de CONTROLE (C) e nenhuma linha colorida na área de TESTE (T). Uma linha roxa/rosa deve sempre aparecer na área de CONTROLE (C), não importando se a LINHA TESTE aparece ou não. Caso uma linha roxa / rosa não seja visível na área de CONTROLE (C), o teste deve ser considerado como inválido. Recomenda-se que o teste seja repetido.

INTERPRETAÇÃO	VISUALIZAÇÃO
RESULTADO NÃO REAGENTE/ NEGATIVO	
RESULTADO REAGENTE/ POSITIVO	
RESULTADO INVÁLIDO	
RESULTADO INVÁLIDO	



#### Observações:

- A solicitação de realização dos testes poderá ser feita por médicos ou enfermeiros, respeitando os critérios descritos na Nota técnica referente de 19/09/11, mediante aconselhamento pré-teste.
- Os testes e as soluções de RapidCheck e DPP Biomanguinhos podem ser armazenados em temperatura ambiente entre 2°C e 30°C ou em geladeira (2°C a 8°C), afastados do congelador, uma vez que os mesmos não podem ser congelados. Não devem ser armazenados com outros materiais orgânicos como: sangue, escarro, urina, vacinas, alimentos... etc. Podem, no entanto, permanecer na mesma geladeira da insulina, desde que em prateleiras distintas.
- Nenhum componente dos kits dos testes pode ser utilizado após a data de validade.
- As embalagens dos testes só devem ser abertas no momento da utilização dos testes, devendo permanecer lacrados antes desse momento.
- Estes conjuntos diagnósticos contêm produtos biológicos e químicos podendo representar uma fonte de risco. Ao manusear este conjunto, observe as precauções de biossegurança necessárias.
- Nunca fracionar os kits. Os componentes ou kits de lotes diferentes nunca devem ser misturados;
- A integridade dos componentes do kit sempre deve ser verificada. Em especial, assegurar-se de que a embalagem dos suportes esteja intacta e a existência de 02 linhas (visíveis – uma linha de cor azul do teste e uma linha de cor verde do controle) na janela de teste do suporte. Caso algum dos componentes do kit demonstre irregularidade, descartá-lo(s);
- De acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, a entrega dos resultados do Teste Rápido deverá ser feita pelo próprio profissional que solicitou e executou o teste, juntamente com o aconselhamento pós-teste.
- A região controle indica se o teste está funcionando corretamente. Para tal, uma linha rosa / vermelha deverá sempre aparecer na região controle, independentemente da positividade da amostra.
- Caso haja necessidade de transportar amostras, seguir rotina já estabelecida na unidade, com a refrigeração adequada das mesmas;

- O teste HIV Test Bioeasy deve ser armazenado entre 1 e 30°C. Não armazenar em geladeira. Não congelar o kit ou os seus componentes.
- O teste HIV Test Bioeasy é sensível a umidade e à alta temperatura.
- Não utilizar o kit O teste HIV Test Bioeasy se a embalagem individual estiver danificada ou o selo violado.
- Descartar o teste O teste HIV Test Bioeasy se houver qualquer alteração de cor do dessecante (sílica) de amarelo para verde. Essa alteração indica excesso de umidade.
- Não comer ou fumar durante o manuseio de amostras.

**Referências Bibliográficas:**

1. Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009
2. Brasil. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

**Participantes na elaboração do documento:**

NOME	REVISÃO	SETOR



**Controle de Treinamento:**


Público alvo: Enfermeiro

Periodicidade: anual

**Responsável:**

Enfermeiro

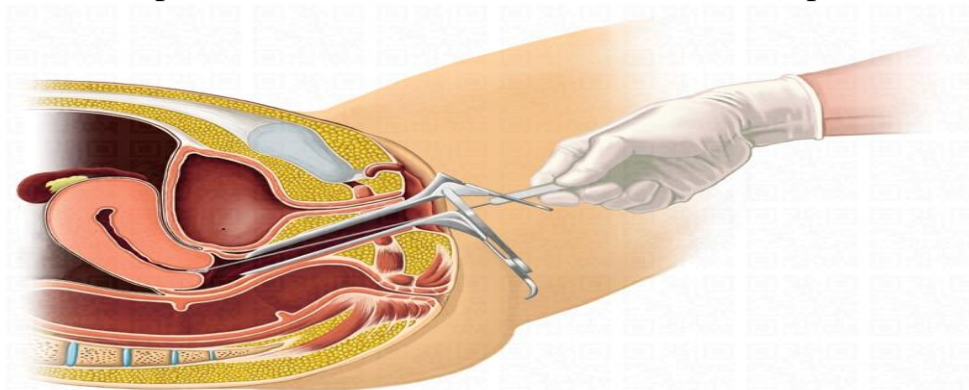
 <b>Laudo do Diagnóstico</b> 	
Sexo ( ) M ( ) F	Data Nascimento: _____
TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA HIV	
Amostra : sangue total Data da coleta da amostra: ____/____/____	
<b>TESTE 1 :</b> Nome do produto : RAPID CHECK HIV 1 & 2 Método : imunocromatografia Resultado do teste: ( ) <i>Amostra NÃO REAGENTE para HIV</i> ( ) <i>Amostra REAGENTE para HIV</i>	
<b>TESTE 2 :</b> Nome do produto : BIO MANGUINHOS DPP HIV 1/2 Método : imunocromatografia Resultado do teste: ( ) <i>Amostra NÃO REAGENTE para HIV</i> ( ) <i>Amostra REAGENTE para HIV</i>	
<b>INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO :</b> Exames realizados em conformidade com a Portaria SVS/MS nº 151/2009 1) Amostra com resultado Reagente no Teste Rápido 1 (TR1) deverá ser submetida ao Teste Rápido 2 (TR2) para que o diagnóstico seja definido.	
Responsável Técnico: (carimbo e assinatura)	

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 52</b>					
<b>COLETA PARA CITOLOGIA ONCÓTICA</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável: Enfermeiro</b></p> <p><b>Em que consiste:</b>          Consiste na escamação de células da superfície externa e interna do colo de útero, com espátula de Ayres e escovinha cervical. Este material é analisado em laboratório de citopatologia.</p> <p><b>Indicação:</b>          É indicado para mulheres que têm ou já tiveram atividade sexual, independentemente da idade, sendo as mulheres entre 25 e 64 anos de idade o público alvo prioritário para o Ministério da Saúde.</p> <p><b>Quando:</b>          Para maior segurança no diagnóstico, os dois primeiros exames devem ser anuais. Após duas coletas anuais com resultados normais, a periodicidades da coleta pode ser de 2 em 2 anos ou a critério clínico.</p> <p><b>Monitoramento:</b> Todos os profissionais</p> <p><b>Objetivo:</b>          Diagnóstico precoce do câncer do colo uterino ou outras lesões do colo do útero.</p> <p><b>Cuidados Necessários para fazer exame ginecológico:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não deve estar menstruada;</li> <li>2. Não deve manter relação sexual 2 (dois) dias antes do exame;</li> <li>3. Não deve estar usando medicação vaginal;</li> <li>4. Não deve fazer ducha vaginal, apenas higiene externa.</li> </ol> <p><b>Resultado:</b>          30-40 dias após a coleta, no guichê específico para resultado de exames, no ambulatório.</p> <p><b>Materiais necessários</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Maca ginecológica;</li> <li>◆ Lençol de maca e lençol de papel;</li> <li>◆ Requisição de exame citológico devidamente preenchida (SIScolo);</li> <li>◆ Lâmina de vidro com extremidade fosca;</li> <li>◆ Espátula de Ayres;</li> <li>◆ Escova cervical;</li> <li>◆ Espéculo descartável;</li> <li>◆ Diluente de ensaio;</li> </ul>					

- ◆ Gaze;
- ◆ Porta lâmina;
- ◆ Solução para fixar (álcool absoluto).

**Procedimento:**

1. Fornecer, impresso ou de forma oral, orientações para a realização do exame ginecológico no momento do agendamento;
2. Explicar para a mulher sobre o exame a ser realizado e que pode gerar certo desconforto.
3. Orientar às mulheres grávidas sobre a indicação da realização deste exame, esclarecendo dúvidas a respeito;
4. Posicioná-la na maca em posição ginecológica;
5. Preparar o material (lâmina com extremidade fosca, espátula de Ayres, escova cervical e frasco com fixador);
6. Identificar a lâmina com as iniciais da Unidade de Saúde, iniciais do nome da mulher e a data de nascimento da mulher;
7. Selecionar o espéculo a ser utilizado, de acordo com paridade e condições perineais da mulher;
8. Higienizar as mãos conforme técnica adequada;
9. Calçar luvas de procedimentos como equipamento de proteção individual;
10. Realizar inspeção visual da vulva;
11. Afastar pequenos lábios com uma gaze e introduzir o espéculo delicadamente até posicionar o colo uterino centralizado no espéculo;



Centralx® Todos os direitos reservados

12. Realizar inspeção visual da vagina e do colo de útero;
13. Colher material de ectocérvice com espátula de Ayres ponta bifurcada, girando 360°, e fazer esfregaço único na extremidade ao lado da parte fosca da lâmina de vidro identificada;



## Coleta Citológica

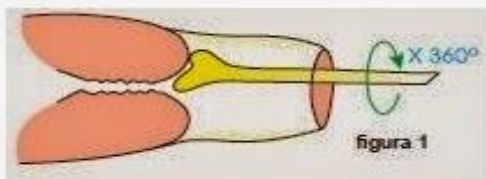


Figura 1: esfregação da ectocérvice com a espátula de Ayres.

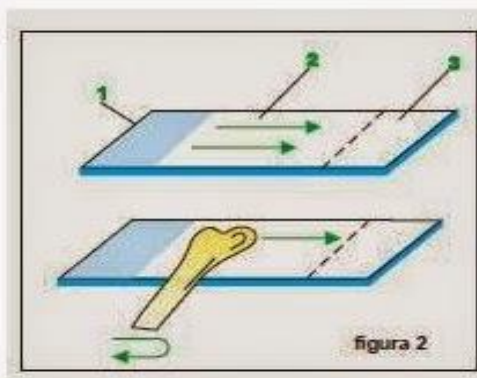


figura 2

enfermagemcontinuada.blogspot.com

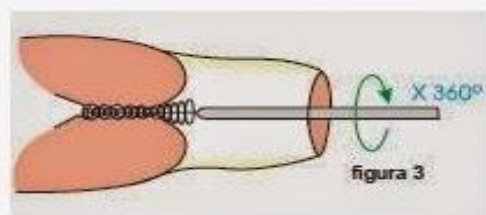


figura 3

Figura 3: esfregação da endocérvice com a escova cervical.

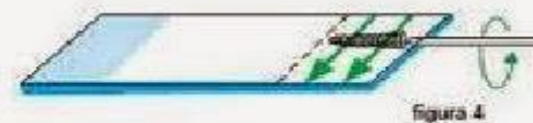


figura 4

14. Colher material endocervical com escovinha cervical, girando 360°, e fazer rotação da escova sobre a lâmina em esfregação único, ao lado do esfregação de ectocérvice, colocando a lâmina imediatamente em frasco com fixador;
15. Retirar o espéculo com as lâminas previamente fechadas;
16. Informá-la que o exame acabou e que a mesma pode se arrumar;
17. Preencher requisição de exame preventivo em única via, protocolar e enviar para Anatomia Patológica, e orientar a mulher sobre o encaminhamento para agendar consulta para buscar o resultado e receber as orientações conforme necessidade de seguimento;
18. Registrar as informações no prontuário da paciente.

### Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:**

princípios e diretrizes. 1 ed., 2 reimpressão Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

Página eletrônica:

[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterodececao\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterodececao_precoce)


Acesso em 29 de janeiro de 2017.

### Controle de Treinamento:

Público alvo: Enfermeiro

Periodicidade: anual

**Responsável:** Enfermeiro

		Prefeitura de Aracaju Secretaria Municipal de Saúde Unidade de Saúde da Família			
<b>POP 53</b>					
<b>EXAME CLINICO DA MAMA</b>					
DATA DE EMISSÃO	DATA DE APROVAÇÃO	DATA DE VIGENCIA	PROXIMA REVISÃO	VERSÃO	PAGINAS
05/2018	08/2018	08/2018	08/2023	N.º 01	1 – 3
<p><b>Responsável: Enfermeiro</b></p> <p><b>O Câncer de Mama:</b>          É a principal causa de morte, entre todas as formas de câncer, nas mulheres em todas as idades.</p> <p><b>Diagnóstico precoce:</b>          O diagnóstico precoce da doença é a chave para obtenção da cura. A maioria das massas na mama é localizada pelas próprias pacientes. Todas as mulheres deveriam executar o autoexame das mamas todos os meses.</p> <p><b>Em que consiste o exame:</b>          Consiste na inspeção e palpação de mamas de um paciente tanto do sexo feminino quanto do masculino. É muito importante para o rastreamento e auxilia no diagnóstico precoce do câncer de mama. Uma pequena quantidade de tecido glandular, um local em potencial para o crescimento de células cancerígenas está localizado na mama masculina. Em contraste, a maior parte da mama feminina é constituída de tecido glandular.</p> <p><b>Indicação:</b>          É indicado para mulheres e homens em qualquer idade.</p> <p><b>Quando:</b>          Para as mulheres a melhor ocasião para o exame é o oitavo dia após o período menstrual, quando a mama não apresenta sensibilidade aumentada devido às elevações hormonais. Para os homens, qualquer ocasião. Obs.: As mulheres histerectomizadas, menopausadas ou com amenorreia por uso hormonal, recomenda-se escolher um dia fixo no mês para a realização do exame.</p> <p><b>Monitoramento:</b>          Todos os profissionais</p> <p><b>Objetivo:</b></p>					



Diagnóstico precoce do câncer de mama.

**Procedimento:**

**MAMAS FEMININAS**



### **INSPEÇÃO**

1. Pede-se que a paciente remova a parte superior da camisola para permitir a visualização simultânea de ambas as mamas;
2. Solicita-se que a usuária fique em pé ou sentada com os braços lateralmente posicionados, se possível de frente para um espelho (para que possa ver o que deve procurar quando estiver executando o auto-exame);
3. Deve-se descrever as observações ou os achados em relação às linhas imaginárias que dividem a mama em quatro quadrantes;
4. As mamas devem ser inspecionadas quanto ao tamanho e simetria;
5. Observar o contorno ou forma das mamas e notar quaisquer massas, retração ou abaulamentos. Obs.: A retração ou depressões puntiformes resultam da invasão dos ligamentos subjacentes por tumores;
5. Inspecciona-se a pele da superfície quanto à coloração e padrão venoso;
6. Deve-se explicar ao paciente o que se está examinando e ensinar sobre o significado de sintomas ou sinais anormais;
7. Fazer as devidas anotações em prontuário;

### **PALPAÇÃO**

Permite ao profissional determinar as condições do tecido mamário

subjacente e dos nódulos linfáticos. O profissional deve conhecer a localização dos nódulos supra claviculares, infra claviculares e axilares. Um tumor localizado em uma das mamas pode envolver nódulos do lado oposto, assim como aqueles do mesmo lado onde está a doença.

1. Solicita-se que a paciente fique sentada com os braços lateralmente posicionados e os músculos relaxados;
2. Pede-se que a paciente erga a mão e coloque-a atrás do pescoço para melhor esticar e posicionar o tecido mamário de modo uniforme;
3. Palpar os nódulos linfáticos com a paciente sentada;
4. A palpação do tecido mamário é mais eficientemente executada com a paciente deitada em posição de supinação;
5. Deve-se proceder à palpação de toda a área da mama de forma suave, porém firme para melhor exploração;
6. Deve-se dedicar especial atenção à palpação do mamilo e da aréola; o mamilo deve ser comprimido entre o polegar e o indicador, observando se há saída de secreção;



Descarga de líquido esverdeado



Descarga láctea



Descarga de múltiplos ductos



Descarga de único ducto

7. Solicitar que a usuária demonstre seu método de palpação;
8. Fazer as devidas anotações em prontuário;

## MAMAS MASCULINAS

O exame da mama masculina é relativamente fácil. O mamilo e a aréola são inspecionados quanto à existência de nódulos, edemas e ulcerações. A obesidade ou aumento glandular podem resultar em mamas masculinas aumentadas. O tecido adiposo apresenta consistência amolecida, enquanto o tecido glandular é firme. Quaisquer massas devem ser palpadas quanto às mesmas características das mamas femininas.

**Referências Bibliográficas:**

1. AHUMADA, J.C.-Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro, Editora GuanabaraKoogan, 1938. 2. BEREK, J.S. et al – NOVAK´s Gynecology. Baltimore, Ed. Williams e Wilkins, 1996. 3. HALBE, H.W et al- Tratado de Ginecologia-São Paulo, Editora Roca Ltda, 2000. 4. Basset, L.W. et al – Doenças da Mama – Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro, Editora Revinter, 2000.

**Controle de Treinamento:**

Público alvo: Enfermeiro

Periodicidade: anual

**Responsável:**

Enfermeiro