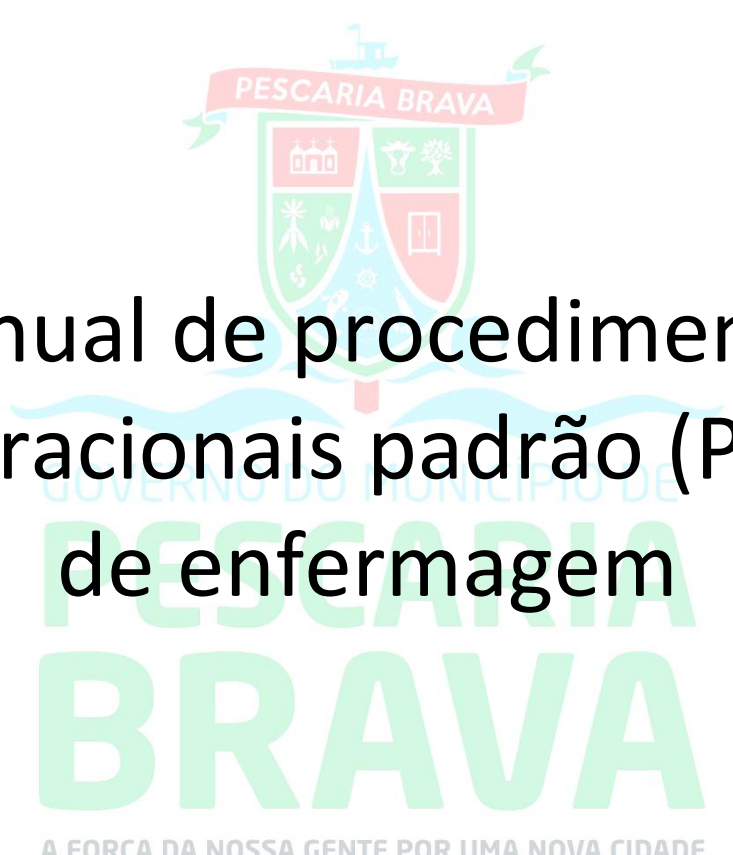




PREFEITURA MUNICIPAL DE PESCARIA BRAVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Manual de procedimentos operacionais padrão (POP) de enfermagem

A FORÇA DA NOSSA GENTE POR UMA NOVA CIDADE.

2017

Ficha Técnica

Prefeito Municipal de Pescaria Brava

Deyvisonn da Silva de Souza

Vice-Prefeito Municipal de Pescaria Brava

Lourival de Oliveira Izidoro

Secretário Municipal de Saúde

Átila Ricardo Pereira

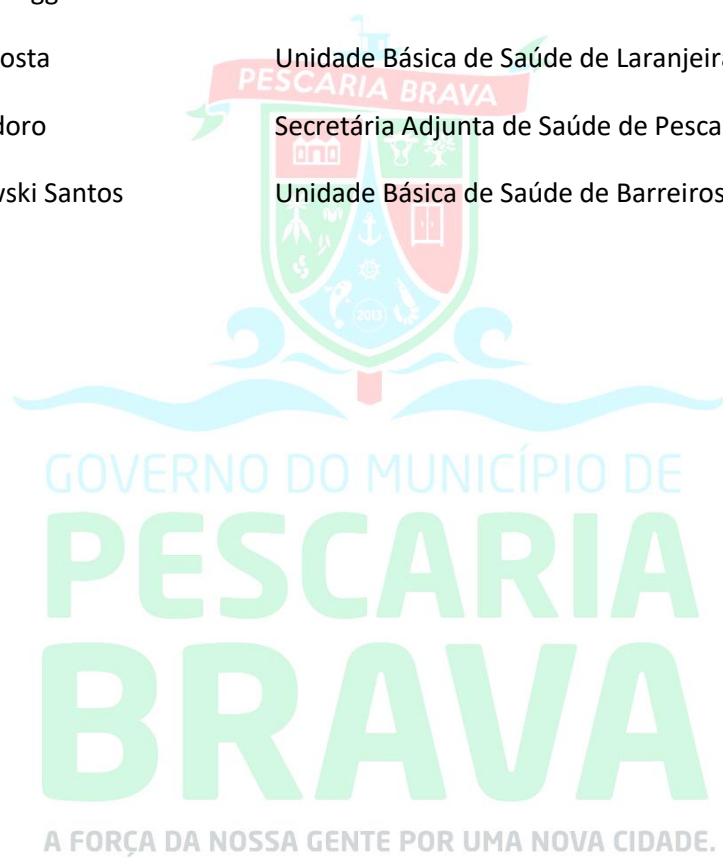
Secretária Municipal Adjunta de Saúde

Juanita Alves Izidoro



Grupo de Trabalho

Anderson da Silva Laureano	Unidade Básica de Saúde de Laranjeiras
Bruna Maria de Felix Vanhoni	Assessora de Comunicação
Camila M. Policarpo	Unidade Básica de Saúde do Km 37
Greyce Oenning Baggio	Unidade Básica de Saúde do Sertão da Estiva
Jamile Martins Costa	Unidade Básica de Saúde de Laranjeiras
Juanita Alves Izidoro	Secretária Adjunta de Saúde de Pescaria Brava
Silvia T. Kazanowski Santos	Unidade Básica de Saúde de Barreiros



Apresentação

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

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

Parabenizo o grupo pelo esforço coletivo.



Juanita Alves Izidoro
Secretária Municipal Adjunta de Saúde

Sumário

Ficha Técnica	2
Grupo de Trabalho	3
Apresentação.....	4
POP 01 – NORMAS INSTITUCIONAIS.....	7
POP 02 – ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE HIGIENE PESSOAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	8
POP 03 – PRECAUÇÕES PADRÃO E USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI ...	9
POP 04 – TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS	10
POP 05 – UTILIZAÇÃO DE LUVAS LÁTEX, ESTÉRIL E BORRACHA	12
POP 06 – ACOLHIMENTO	14
POP 07 – ATENDIMENTO PROGRAMADO.....	15
POP 08 – VISITA DOMICILIAR	16
POP 09 – PRÉ CONSULTA.....	18
POP 10 – AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	19
POP 11 – VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA	21
POP 12 – VERIFICAÇÃO DE FERQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	23
POP 13 – TEMPERATURA CORPORAL.....	25
POP 14 – GLICEMIA CAPILAR.....	27
POP 15 – MEDIDA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL.....	29
POP 16 – MEDIDA DA ESTATURA.....	30
POP 17 – MEDIDA DO PESO CORPORAL.....	32
POP 18 – REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA.....	34
POP 19 – MEDIDA DO PERÍMETRO ENCEFÁLICO	37
POP 20 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INALATÓRIA	38
POP 21 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRADÉRMICA.....	40
POP 22 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO OCULAR	42
POP 23 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO ORAL.....	44
POP 24 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO SUBCUTÂNEA.....	46
POP 25 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR.....	48
POP 26 – TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL	51
POP 27 – SONDAGEM NASOENTERAL.....	52
POP 28 – SONDAGEM NASOGÁSTRICA.....	54

POP 29 – CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	57
POP 30 – CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	60
POP 31 – COLPOSCOPIA ONCÓTICA.....	63
POP 32 – OXIGENOTERAPIA	66
POP 33 – SALA DE CURATIVO	68
POP 34 – CURATIVO.....	69
POP 35 – RETIRADA DE PONTOS.....	72
POP 36 – TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA	74
POP 37 – COLETA DE TESTE DO PEZINHO	76



POP 01 – NORMAS INSTITUCIONAIS

<i>Conceito:</i>		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
16/10/2017		POP 01
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	09/10/2017	01
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Greyce Oenning Baggio	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Manter os princípios éticos e favorecer um ambiente agradável de trabalho.	Diariamente.	Todos os profissionais da equipe de saúde.
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none">1. Apresentar-se no horário estabelecido no contrato de trabalho.2. Comunicar e justificar ausências.3. Respeitar clientes internos e externos à instituição: superiores, colegas de trabalho, clientes, visitantes e outros.4. Adotar postura profissional compatível com as regras institucionais:		
<i>Considerações</i>		
<ul style="list-style-type: none">– falar em tom baixo.– evitar gargalhadas.– evitar diálogos desnecessários com clientes, sem que seja questionado previamente.– não fumar e não guardar ou consumir alimentos e bebidas nos postos de trabalho (BRASIL, 2005), exceto áreas reservadas para esse fim.		
<i>Referências</i>		
<p>Trindade, Cristiano S. A Importância do Acolhimento no processo de trabalho das equipes saúde da família, Nescon 2010.</p> <p>SAUDE, Ministério. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Edição 2ª. Brasília, 2010.</p> <p>SAUDE, Ministério. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004. Pública, Escola de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor da Atenção Primária em saúde: Oficina 5.</p>		

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

<i>Conceito:</i>		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
16/10/2017		POP 02
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	09/10/2017	01
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Greyce Oenning Baggio	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Garantir a higienização pessoal, o bem estar do profissional, evitando a transmissão de infecções.	Diariamente.	Todos os profissionais da equipe de saúde.
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<p>1. Higiene pessoal Deve a todos os trabalhadores da área de saúde manter a higiene corporal, que está diretamente ligada à aparência pessoal.</p> <p>2. Cuidados com os cabelos: Os cabelos devem estar limpos e, presos, se compridos. A touca, que consta do uniforme, deverá cobrir todo o cabelo pois seu objetivo é a proteção dos cabelos.</p> <p>3. Cuidado com as unhas: As unhas devem estar sempre aparadas para evitar que a sujidade fique depositada entre as unhas e a pele dos dedos.</p> <p>4. Cuidados com o uniforme: Deve mantê-lo limpo, passado, sem manchas e com a identificação profissional.</p> <p>5. Cuidados com os sapatos: Devem ser fechados e impermeáveis, para proteger os pés.</p>		
<i>Considerações</i>		
<i>Referências</i>		
<p>ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Cliente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília</p>		

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

<i>Conceito:</i>		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
16/10/2017		POP 03
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	09/10/2017	01
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Greyce Oenning Baggio	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções e evitando acidentes de trabalho.	Diariamente.	Todos os profissionais da equipe de saúde.
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sempre que iniciar qualquer atividade verificar a necessidade do uso de EPI's; 2. Luvas devem ser usadas sempre quando houver risco de transmissão de patologias tanto para o profissional quanto para o cliente, e qualquer situação que for manipular ambientes que possuam depósitos de secreção, sangue, e outras matérias orgânicas; 3. Máscaras devem utilizadas 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; 4. Óculos devem ser utilizados quando o procedimento oferece risco de respingo à mucosa ocular; 5. Touca deve ser utilizada quando se realizara um procedimento que necessite de técnicas assépticas, evitando queda de cabelo ou células epiteliais; 6. Botas devem ser utilizadas quando os sapatos não são capazes de reter secreções e água; 7. Avental utilizado para evitar que o uniforme não seja contaminado ao contato com respingos de secreções e evitar vinculação de microorganismo patogênicos fora do ambiente de trabalho, devendo ser retirados sempre após término do expediente; 8. Lavar as mãos ou usar soluções antissépticas antes e depois de qualquer procedimento; 9. Desprezar agulhas e instrumentos cortantes em recipientes rígidos e nunca reencapar agulhas. 		
<i>Considerações</i>		
<i>Referências</i>		
<p>ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Cliente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010</p> <p>PORTARIA N.º37, DE 06 DE DEZEMBRO DE 2002</p> <p>MINISTÉRIO DO TRABALHO. Norma Regulamentadora 32, de 16 de Novembro de 2005</p>		

POP 04 – TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS

<i>Conceito:</i>		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
16/10/2017		POP 04
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	09/10/2017	02
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Greyce Oenning Baggio	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Garantir a higienização das mãos, evitando a transmissão de infecções.	Diariamente.	Todos os profissionais da equipe de saúde.
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<p>1- Lavar as mãos com água e sabão líquido friccionando por 30 segundos;</p> <p>2- Retirar relógios, jóias e anéis das mãos e braços (sob tais objetos acumulam-se bactérias que não são removidas mesmo com a lavagem das mãos);</p> <p>3- Abrir a torneira com a mão dominante, quando na ausência de dispensador de pedal, não encostar na pia para não contaminar a roupa;</p> <p>4- Molhar as mãos;</p> <p>5- Colocar em torno de 3 a 5 ml de sabão líquido nas mãos;</p> <p>6- Ensaboar as mãos (proporcionar espuma), através de fricção por aproximadamente 30 segundos em todas as faces (palma e dorso das mãos), espaços interdigitais, articulações;</p>		
<i>Considerações</i>		
<p>Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais. Ao iniciar o turno de trabalho.</p> <ul style="list-style-type: none">• Após ir ao banheiro.• Antes e depois das refeições.• Antes de preparo de alimentos.• Antes de preparo e manipulação de medicamentos.• Nas situações descritas a seguir para preparação alcoólica. <p>Higienizar as mãos com preparação alcoólica quando estas não estiverem visivelmente sujas, em todas as situações descritas a seguir:</p> <ul style="list-style-type: none">• Antes de contato com o cliente• Após contato com o cliente• Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos• Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico• Após risco de exposição a fluidos corporais• Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao cliente• Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao cliente• Antes e após remoção de luvas (sem talco)		
<i>Referências</i>		

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde; ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Versão Teste 1 2006/07.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. SEGURANÇA DO CLIENTE: Higienização das mãos. Editora ANVISA. www.anvisa.gov.br
Acessado: 21/08/2013 (http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.htm)



POP 05 – UTILIZAÇÃO DE LUVAS LÁTEX, ESTÉRIL E BORRACHA

<i>Conceito:</i>		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
16/10/2017		POP 05
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	09/10/2017	02
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Greyce Oenning Baggio	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Garantir a eliminação do risco de infecção pessoal e cruzada através das mãos.	Diariamente.	Todos os profissionais da equipe de saúde.
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
Procedimento:		
<ol style="list-style-type: none">1. Utilize-as antes de entrar em contato com sangue, líquidos corporais, membrana mucosa, pele não intacta e outros materiais potencialmente infectantes.2. Troque de luvas sempre que entrar em contato com outro cliente3. Troque também durante o contato com o cliente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, ou quando esta estiver danificada.4. Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas.5. A luva estéril deve ser utilizada somente para procedimentos que necessitam de ambiente totalmente estéril como uma aspiração traqueal, cateterismos6. Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos7. Lembre-se: A luva é um equipamento de proteção individual, o uso de luvas não substitui a higienização das mãos!		
Remoção de luvas de látex e estéril:		
<ol style="list-style-type: none">1. Pegue um par de luva próximo ao seu punho em direção à ponta dos seus dedos até que a luva se dobre;2. Pegue cuidadosamente a dobra e puxe em direção às pontas dos seus dedos. À medida que puxar você estará colocando a luva ao avesso;3. Continue puxando a dobra até que a luva esteja quase que totalmente removida;4. A fim de evitar contaminação do ambiente, continue a segurar a luva removida. A seguir, remova sua mão da luva completamente;5. Escorregue o dedo indicador da mão sem luva por baixo da luva que permanece. Continue a inserir seu dedo em direção à sua ponta até que quase metade do dedo esteja sob a luva;6. Gire o seu dedo a 180º e puxe a luva ao avesso e em direção à ponta dos seus dedos. À medida que fazer isso a primeira luva será contida dentro da segunda luva. O lado interno da segunda luva também será virada ao avesso;		
<i>Considerações</i>		
<i>Referências</i>		

www.anvisa.gov.br

Acessado:21/08/2013(http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.htm)

www.fiocruz.br

Acessado:21/08/2013(http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/luvas.html)

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



POP 06 – ACOLHIMENTO

<i>Conceito:</i>		
A prática do acolhimento fundamenta-se no trabalho integrado, no comprometimento de toda a equipe de saúde, não apenas de um grupo de profissionais, inserindo-se no processo de trabalho. O acolhimento tem como propósito identificar a população residente no território de abrangência da unidade de atenção básica de saúde, reconhecer e responsabilizar-se pelos problemas de saúde, organizar a porta de entrada e viabilizar o primeiro contato através da equipe de saúde, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do cliente.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
16/10/2017		POP 06
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	09/10/2017	01
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Greyce Oenning Baggio	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Tem como objetivo receber, escutar e oferecer uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética aos cidadãos.	Diariamente.	Todos os profissionais da equipe de saúde.
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none">1. Atender o cliente em um ambiente privativo, com ambiência, permitindo o diálogo e a resolutividade do problema;2. Durante a escuta quanto ao motivo da procura ao serviço deve-se levar em consideração o contexto em que o usuário está inserido;3. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação;4. Comunicar ao enfermeiro ou médico quando o motivo for uma queixa, sinal ou sintoma para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas;5. O cliente que apresentar queixas clínicas deve ser avaliado pela enfermeira e/ou médico6. O responsável pela avaliação clínica deve atender a resolutividade, agendando consultas ou retornos;7. Responder às demandas de vigilância à saúde e encaminhar queixas ou denúncias de cunho ambiental/social às instâncias pertinentes. <p>Cabe ao enfermeiro:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Supervisionar o acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem; Receber os clientes que procuram o serviço com queixa, sinal ou sintoma, realizar Acolhimento e, quando necessário, consulta de enfermagem, assim como proceder os Encaminhamentos necessários.		
<i>Considerações</i>		
<i>Referências</i>		
<p>Trindade, Cristiano S. A Importância do Acolhimento no processo de trabalho das equipes saúde da família, Nescon 2010.</p> <p>SAUDE, Ministério. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Edição 2ª. Brasília, 2010.</p> <p>SAUDE, Ministério. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.</p> <p>Pública, Escola de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor da Atenção Primária em saúde: oficina 5.</p>		

POP 07 – ATENDIMENTO PROGRAMADO

Conceito: A atenção programada abrange todos os ciclos de vida dos indivíduos/ famílias – desde o nascimento à velhice – estruturados a partir das linhas - guias e operacionalizados por redes integradas de atenção. O atendimento programado tende a abordar também os problemas crônicos e/ou condições crônicas.		
Data de implantação: 16/10/2017	Edição:	Codificação: POP 01
Validade: 04 anos	Revisão: 09/10/2017	Página: 01
Elaborado por: Jamile Martins Costa	Revisado por: Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Aprovado por: Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos Acompanhamento dos clientes da área de abrangência da ESF; Organização da agenda médica.	Aplicação Dependerá da rotina de cada Unidade Básica de Saúde.	Executante Todos os profissionais da equipe de saúde.
Descrição do Procedimento/Técnica 1. Abrir a unidade no horário determinado; 2. Realizar a marcação de consultas médicas nas datas e horários determinados para cada seguimento de programa (Saúde da Mulher, Pré-natal e puerpério, hipertensos, diabéticos, Saúde do Idoso, Saúde da criança...); 3. As marcações devem seguir de acordo com o plano diretor, agenda aberta mensal; 4. Na data da consulta o cliente deve levar o cartão do SUS municipal e nacional; 5. O cliente deverá chegar no horário agendado; após o horário a sua vaga será liberada para demanda espontânea; 6. Deverá haver a verificação de pressão arterial, peso e estatura de todos os clientes como uma pré-consulta; POP 7. Após as consultas o cliente terá toda informação necessária, como marcação de exames, encaminhamentos e participação em grupos operativos.		
Considerações Deve-se evitar o acúmulo das pessoas nos mesmos horários e os longos períodos de espera.		
Referências SAUDE, Ministério. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização . Brasília, 2004. SAUDE, Ministério. Acolhimento nas práticas de produção de saúde . Edição 2ª. Brasília, 2010.		

POP 08 – VISITA DOMICILIAR

Conceito: A visita domiciliar é uma “forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo, à família ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando a maior equidade da assistência em saúde”.		
Data de implantação: 16/10/2017	Edição:	Codificação: POP 08
Validade: 04 anos	Revisão: 09/10/2017	Página: 02
Elaborado por: Jamile Martins Costa	Revisado por: Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Aprovado por: Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos Proporcionar vigilância, assistência e promoção à saúde no domicílio, dentro dos princípios do SUS, em uma área geográfica adscrita (ESF ou PACS).	Aplicação •acamados •Puérpera; •Recém nascido; •Portadores de doenças infecto contagiosas; •Portadores de doença crônica, idosos, dificuldade de locomoção.	Executante Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Médico.
Material •Prontuário do cliente; •esfigmomanômetro; •Esteto; •Termometro; •Glicosímetro; •Lancetas; •Algodão; •Luvas de procedimentos; •Palhetas reativas; •Receituários; •Caneta;		
Descrição do Procedimento/Técnica 1. Registro de VD solicitada pela comunidade ou indicada por membros da equipe; 2. Discussão entre membros disponíveis da equipe da ESF sobre as solicitações da visita, e programação do agendamento para a semana seguinte, conforme situação de risco ou vulneráveis; 3. Primeira visita: traçar o pré-plano de assistência para clientes não visitados; 4. Cliente já visitado anteriormente, revisar plano de assistência e responsabilidades de cada componente da equipe; 5. Reservar carro para o deslocamento da equipe até o domicílio; 6. Execução da visita com registro de dados mediante prontuário do cliente; 7. Avaliar, orientar e adotar procedimentos terapêuticos ao cliente, conforme plano terapêutico traçado pela equipe; 8. Realizar verificação de sinais vitais conforme (POP Camila)		

9. Avaliar a condição ambiental do domicílio, e construir proposta de adequação dentro da realidade familiar e do domicílio;
10. Trabalhar as relações familiares na busca pela harmonia, otimizando ações para um ambiente familiar terapêutico, que promova qualidade de vida para o cliente, cuidador e sua família de maneira a construir uma rede de apoio;
11. Orientar a familiar sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotadas;
12. Registrar os dados no prontuário do cliente;
13. Oferecer a equipe o retorno sobre o atendimento realizado;

Considerações

- Compreender o indivíduo como sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde, e visualizá-lo como agente responsável pelo processo de equilíbrio entre a relação saúde-doença;
- Estar disponível para fornecer esclarecimentos e orientações à família sempre que solicitado;
- Monitorar o estado de saúde do cliente facilitando a comunicação entre família e equipe;
- Otimizar a realização do plano terapêutico estabelecido para cada pessoa;

Referências

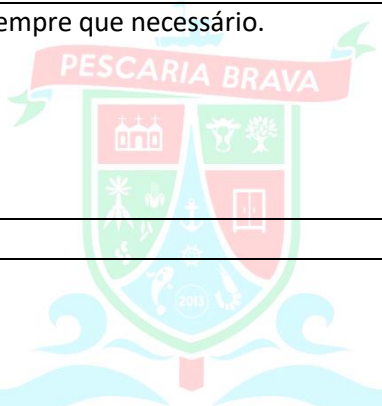
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (2 volumes).



POP 09 – PRÉ CONSULTA

Conceito:		
É um conjunto de ações de sucessão ordenada, para conhecer a situação de saúde da clientela e tomar decisões quanto à assistência a ser prestada.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 09
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	01
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Camila M. Policarpo	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Observar as características gerais do cliente, conhecer o seu perfil, realizar orientações e criar vínculo cliente/profissional.	Sempre que necessário.	Enfermeiro, Técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none">• Esfigmomanômetro e estetoscópio,• Glicosímetro e fita glicêmica;• Termômetro;• Balança antropométrica;• Algodão com álcool 70%;• Prontuário da família;• Ficha de produção mensal.		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none">1. Lavar as mãos (POP 02);2. Orientar o usuário quanto ao procedimento;3. Questionar o motivo porque procurou a UBS;4. Registrar no prontuário os dados de aferição de: peso e estatura, pulso e respiração, temperatura corporal, pressão arterial, além de outros dados que estejam programados para o caso (POP 10, 11, 12, 13, 15 e 17);5. Encaminhar o usuário para aguardar o atendimento;6. Manter a sala em ordem e guardar o material.		
Considerações		
Realizar acolhimento dos clientes, explicando e retirando suas dúvidas.		
Referências		
Trindade, Cristiano S. A Importância do Acolhimento no processo de trabalho das equipes saúde da família , Nescon 2010.		

POP 10 – AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Conceito:		
Procedimento para avaliar o nível de pressão arterial dos indivíduos.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 10
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	02
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Camila M. Policarpo	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Detectar precocemente desvios de normalidade; Indicar variações individuais de níveis pressóricos.	Sempre que necessário. 	Enfermeiro, Técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none">• Algodão• Álcool 70%• Estetoscópio• Esfignomanômetro		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none">1. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;2. Colocar o cliente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração, apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido;3. Identificar o manguito adequado (com largura correspondente a 40% da circunferência do braço), realizar assepsia das olivas e campânula do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%;4. Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;5. Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito enquanto continua palpar a artéria. Anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece.		
Considerações		
<p>Orientar para que o cliente descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento;</p> <p>Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o cliente sentado e em pé, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti hipertensiva;</p> <p>Certificar-se de que o cliente não esteja com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da aferição;</p> <p>O esfignomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6</p>		

meses ou sempre que apresentar sinais de descalibração.

Referências

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO;

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

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

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

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



POP 11 – VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA

Conceito:		
Determinar a resposta cardíaca expressa pelo batimento de uma artéria pressionada sobre uma saliência óssea. Envolve os critérios de frequência, volume e ritmo avaliados por 1 (um) minuto.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 11
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	02
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Camila M. Policarpo	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Verificar o estado geral da saúde cardiovascular e a resposta ao organismo a outros desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas; Avaliar estado geral do cliente; Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações.	Sempre que necessário.	Enfermeiro, Técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> • Relógio com marcador de segundos; • Estetoscópio se necessário. 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material; 2. Higienizar as mãos (POP 02); 3. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 4. Manter o cliente em posição confortável; 5. Posicionar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, (radial, braquial, carotídea, poplítea, femural e pediosa) pressionando levemente contra saliência óssea; 6. Enumerar as pulsações por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto a volume, ritmo e frequência); 7. Higienizar as mãos (POP 02); 8. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado; 9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário. 		
Considerações		
<p>Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração;</p> <p>Considerar se o cliente realiza atividade física regular, neste caso, a frequência padrão pode ser inferior.</p> <p>Observar valores de referência: Recém nascido: 120 à 140 bpm;</p>		

Lactente 100 à 120 bpm;
Infância e adolescência 80 à 100 bpm;
Adulto 60 à 80 bpm.

Referências

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

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

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

Secretaria de Saúde Pública. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. **Manual de Procedimentos**, 2010.

ARCHER, E. et al;. **Procedimentos e Protocolos; revisão técnica** Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
<http://www.enfermagemnovidade.com.br/2014/07/sinais-vitais.html>.



POP 12 – VERIFICAÇÃO DE FERQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Conceito:		
Determinar a resposta pulmonar expressa pelos movimentos respiratórios que envolve os critérios de frequência, amplitude/profundidade, ritmo e simetria que devem ser avaliados por 1 (um) minuto.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 12
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	02
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Camila M. Policarpo	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas. Avaliar estado geral do cliente/cliente, auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações. Acompanhar a evolução da doença.	Sempre que necessário.	Enfermeiro, Técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> • Relógio com marcador de segundos; • Estetoscópio se necessário. 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos (POP 02); 2. Reunir o material e levá-lo para próximo do cliente; 3. Apresentar-se e explicar o procedimento ao cliente e/ou acompanhante; 4. Manter o cliente em posição confortável; 5. Colocar a mão no pulso do cliente simulando a verificação do pulso; 6. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório; 7. Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos; 8. Higienizar as mãos (POP 02); 9. Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%; 10. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário. 		
Considerações		
<p>Observar os padrões de frequência respiratória; Valores de referência: Recém nascido: 30 à 40 mrpm (movimentos respiratórios por minuto); Adulto: 14 à 20 mrpm.</p>		
Referências		

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

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Saúde Pública. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. **Manual de Procedimentos, 2010.**

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

ARCHER, E et al;. **Procedimentos e Protocolos; revisão técnica** Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
<http://www.enfermagemnovidade.com.br/2014/07/sinais-vitais.html>



POP 13 – TEMPERATURA CORPORAL

Conceito:		
Determinar a temperatura corpórea (da superfície da pele).		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 13
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	02
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Camila M. Policarpo	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas; Avaliar estado geral do cliente; Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações; Acompanhar a evolução da doença.	Sempre que necessário.	Enfermeiro, Técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> • Algodão; • Álcool a 70%; • Termômetro digital. 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material; 2. Higienizar as mãos (POP 02); 3. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 4. Manter o cliente em posição confortável; 5. Realizar desinfecção do termômetro zerando a temperatura armazenada anteriormente; 6. Selecionar local apropriado, livre de lesões (preferencialmente região axilar); 7. Aguardar até a emissão de sinal sonoro (termômetro digital); 8. Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%; 9. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados; 10. Higienizar as mãos (POP 02); 11. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário. 		
Considerações		
Em crianças observar se a vestimenta está adequada à estação do ano ou temperatura ambiente ou fatores externos que possam alterar a temperatura.		

Valores de Referência: Temperatura oral: 37 °C
Temperatura axilar: 36,4 °C
Temperatura retal: 37,6 °C
alizer acolhimento dos clientes, explicando e retirando suas dúvidas.

Referências

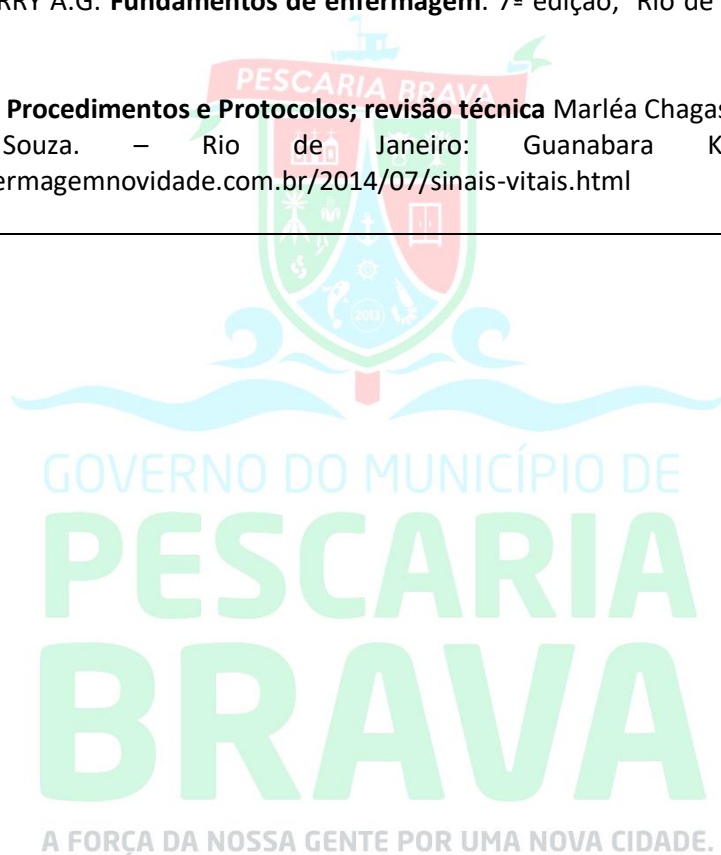
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

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

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Saúde Pública. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. **Manual de Procedimentos**, 2010.

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

ARCHER, E et al;. **Procedimentos e Protocolos; revisão técnica** Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
<http://www.enfermagemnovidade.com.br/2014/07/sinais-vitais.html>



POP 14 – GLICEMIA CAPILAR

Conceito:		
Método para obtenção do nível de glicemia capilar dos indivíduos.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 14
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	02
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Camila M. Policarpo	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital.	Sempre que necessário.	Enfermeiro, Técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none">• Bandeja• Algodão• Álcool a 70%• Luvas de procedimento• Lanceta• Glicosímetro• Fitas reagentes		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none">1. Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;2. Higienizar as mãos (POP 02);3. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;4. Calçar as luvas de procedimento (POP 05);5. Conectar a fita reagente ao glicosímetro;6. Orientar o cliente a lavar as mãos com água e sabão, enxaguar e secar. Fazer antisepsia com algodão embebido no álcool a 70% e secar completamente;7. Posicionar o dedo do cliente para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local;8. Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção;9. Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado;10. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;11. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 05 e 02);12. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário,13. Registrar o procedimento em planilha de produção. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.		
Considerações		
Seguir as instruções dos fabricantes dos glicosímetros, checando recomendações específicas;		

Evitar locais frios, cianóticos ou edemaciados para a punção para assegurar uma amostra de sangue adequada;
Verificar a validade das fitas;
Verificar a compatibilidade entre o número do “chip” /código com o número do lote da fita utilizada;
Comunicar resultado ao enfermeiro, caso esteja alterado;
Cumprir rodízio dos locais de punção;
Amostras de sangue escorridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas

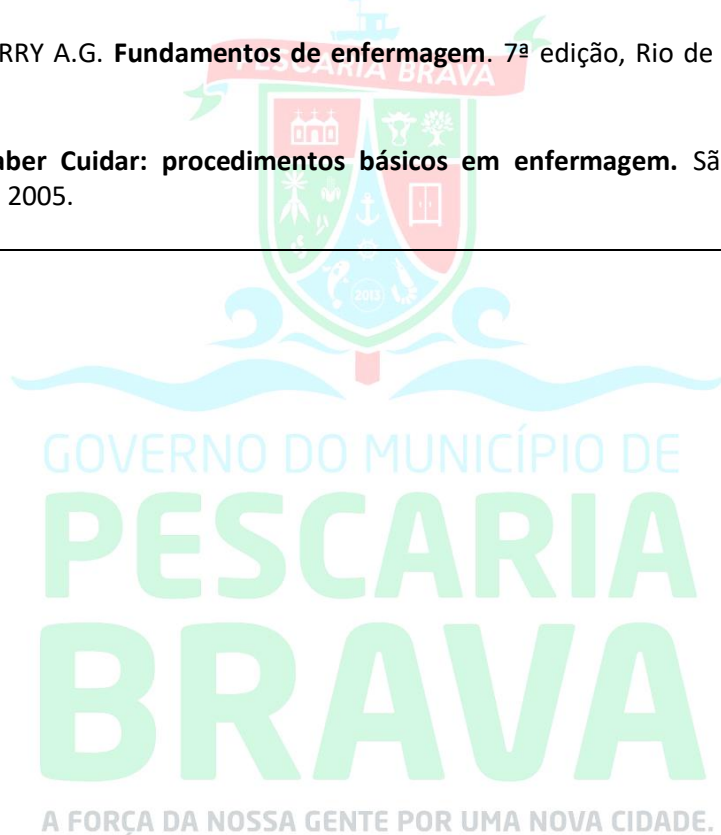
Referências

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

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

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

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



POP 15 – MEDIDA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

Conceito:		
Técnica para avaliar aproximadamente a massa de gordura intra-abdominal e da gordura total do corpo.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 15
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	01
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Silvia T. K. Santos	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Avaliar a distribuição de gordura nos indivíduos, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal.	Em todos os usuários das Unidades Básica de Saúde de Pescaria Brava.	Enfermeiro, Técnico de enfermagem e médicos.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> Fita métrica não extensível/inelástica. 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> Reunir o material; Higienizar as mãos (POP 02); Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; Solicitar ao cliente que fique em pé, ereto, abdomen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas; Afastar a roupa do cliente de forma que a região da cintura fique despida; Posicionar-se lateralmente ao cliente e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca; Segurar o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre o ponto médio localizado; Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura; não deve ficar larga, nem apertada; Pedir ao cliente que inspire e, em seguida, que expire totalmente. Realizar a leitura antes que a pessoa inspire novamente; Higienizar as mãos (POP 02); Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; Registrar o procedimento em planilha de produção. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado. 		
Considerações		
A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.		
Referências		
BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde. Brasília/DF, 2011.		

POP 16 – MEDIDA DA ESTATURA

Conceito:		
Técnica para obtenção da altura dos indivíduos.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 16
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	02
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Silvia T. K. Santos	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Obter o valor preciso da altura dos indivíduos para avaliação antropométrica.	Em todos os usuários das Unidades Básica de Saúde de Pescaria Brava.	Enfermeiro, Técnico de enfermagem e médicos;
Material		
• Antropômetro		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none">1. Reunir o material;2. Higienizar as mãos (POP 02);3. Apresentar-se ao cliente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;4. Crianças menores de 2 anos:5. Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços;6. Manter, com a ajuda da mãe/ responsável:<ul style="list-style-type: none">- a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;- os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro;- os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro;7. Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam;8. Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;9. Retirar a criança;10. Higienizar as mãos (POP 02);11. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;12. Registrar o procedimento em planilha de produção;13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.		
Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:		
<ol style="list-style-type: none">1. Posicionar o cliente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento;2. Solicitar ao cliente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;3. Solicitar ao cliente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/ parede;4. Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;		

5. Solicitar ao cliente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;
6. Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;
7. Higienizar as mãos (POP 02);
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
9. Registrar o procedimento em planilha de produção;
10. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Considerações

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

Referências

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



POP 17 – MEDIDA DO PESO CORPORAL

<i>Conceito:</i>		
Método para obtenção da medida do peso corporal dos indivíduos.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
16/10/2017		POP 17
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	09/10/2017	02
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Silvia T. K. Santos	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Avaliar a evolução pondero-estatural do indivíduo.	Em todos os usuários das Unidades Básicas de Saúde de Pescaria Brava.	Enfermeiro, Técnico de enfermagem e médicos;
<i>Material</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Balança mecânica ou digital; • Papel toalha. 		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material; Evitar erros e facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; 2. Higienizar as mãos (POP 02); 3. Apresentar-se ao cliente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 4. Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços; 5. Manter, com a ajuda da mãe/ responsável: Garantir o posicionamento correto da criança; <ul style="list-style-type: none"> - a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito; - os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro; - os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro; 6. Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam; 7. Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada; 8. Retirar a criança; 9. Higienizar as mãos (POP 02); 10. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento. 11. Registrar o procedimento em planilha de produção; 12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado. 		
Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar o cliente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento; Solicitar ao cliente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos; Garantir o posicionamento correto do cliente; 2. Solicitar ao cliente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o 		

- antropômetro/ parede;
3. Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;
 4. Solicitar ao cliente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;
 5. Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;
 6. Higienizar as mãos (POP 02);
 7. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento.
 8. Registrar o procedimento em planilha de produção;
 9. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Considerações

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

Referências

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



POP 18 – REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA

Conceito:		
Registro gráfico de alterações em potencial elétrico da atividade cardíaca, cujo produto final resulta no eletrocardiograma.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 18
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	03
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Silvia T. K. Santos	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Obter registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica.	Conforme prescrição médica	Enfermeiro e médicos;
Material		
<ul style="list-style-type: none"> • Eletrocardiógrafo; • Papel milimetrado; • Cardioclip; • Eletrodo descartável ou eletrodo de sucção; • Álcool a 70%; • Algodão seco ou gaze; • Gel condutor; • Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário); • Lençol. 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Checar a prescrição; 2. Reunir o material; 3. Higienizar as mãos (POP 02); 4. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 5. Promover a privacidade do cliente (utilizar o biombo se necessário); 6. Checar o funcionamento do eletrocardiográfico; 7. Checar a integridade do cabo de força, fio terra e cabo do cliente; 8. Solicitar a retirada e/ou retirar objetos metálicos e/ou eletrônicos; 9. Solicitar e/ou posicionar o cliente em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacente, relaxados; 10. Solicitar e/ou expor tornozelos, punhos e tórax; 11. Cobrir o cliente, com o auxílio do lençol, para que o mesmo não fique totalmente exposto; 12. Conectar o eletrocardiógrafo à rede de energia, atentando-se à voltagem da tomada. Seguir as orientações de utilização, segundo o fabricante; 13. Ligar o eletrocardiógrafo; 14. Inserir papel milimetrado no local indicado. 		

15. Solicitar ao cliente que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado;
16. Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool a 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);
17. Colocar cardioclip em membros superiores e membros inferiores, usando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante), para obtenção dos registros das derivações monopolares e bipolares, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do cliente:
 - a) Cabo vermelho (RA) em membro superior direito;
 - b) Cabo amarelo (LA) em membro superior esquerdo;
 - c) Cabo preto (RL) em membro inferior direito;
 - d) Cabo verde (LL) em membro inferior esquerdo.
18. Colocar os eletrodos de sucção (preferencialmente), ou eletrodos descartáveis no tórax, utilizando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante) para os primeiros, para obtenção dos registros das derivações precordiais, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do cliente:
 - a) Cabo vermelho (V1) em 4º espaço intercostal, à direita do esterno;
 - b) Cabo amarelo (V2) em 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno;
 - c) Cabo verde (V3) em 5º espaço intercostal, diagonalmente entre V2 e V4;
 - d) Cabo marrom (V4) em 5º espaço intercostal, na linha média clavicular;
 - e) Cabo preto (V5) em 5º espaço intercostal, na linha axilar anterior;
 - f) Cabo roxo (V6) em 5º espaço intercostal, na linha axilar média.
19. Verificar os Leds de alerta para: pilha/bateria, memória, saturação, ruído, eletrodo, filtro, ganho, velocidade, modo de operação, up/down, calibração e derivações e, caneta e haste de plotagem. Corrigir problemas que forem detectados;
20. Apertar o botão “segue”;
21. Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
22. Aguardar o sinal sonoro, que indica o término da aquisição dos potenciais elétricos;
23. Retirar eletrodos e cardioclips;
24. Realizar limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores, principalmente quando utilizado o gel condutor;
25. Retirar e/ou destacar folha do ECG;
26. Identificar o ECG com: nome completo do cliente, idade, data de nascimento, data e hora da realização, carimbo e assinatura do profissional, nome da instituição;
27. Deixar o cliente confortável;
28. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
29. Higienizar as mãos (POP 02);
30. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário ;
31. Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
32. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado .

Considerações

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

modo automático e derivação D2 (II);

- É possível alteração na disposição das derivações precordiais quando as mesmas estiverem voltadas para a direita (V1R, V2R, V3R, V4R, V5R, V6R) e com derivações posteriores à esquerda (V7, V8, V9, V10, V11, V12). Nos referidos casos, deve-se identificar as novas derivações no ECG;
- Em situações que o cardioclip não pode ser utilizado nos membros devido a amputações, imobilizações e/ou traumas, deve ser utilizado eletrodos descartáveis nas porções proximais dos membros;
- É registrado em um programa do TELEMEDICINA, e analisado por um cardiologista.

Referências

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

VASCONCELOS, C. C. C. S. Eletrocardiograma. Natal, 2010. FISCHBACH, F. T. **Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

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

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



POP 19 – MEDIDA DO PERÍMETRO ENCEFÁLICO

<i>Conceito:</i>		
Medida da circunferência fronte-occipital, correspondendo ao perímetro cefálico máximo.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
16/10/2017		POP 19
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	09/10/2017	01
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Silvia T. K. Santos	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Avaliar o desenvolvimento cerebral e detectar precocemente anomalias.	Em todas as crianças ate 01 ano de vida das Unidades Básica de Saúde de Pescaria Brava.	Enfermeiro, Técnico de enfermagem e médicos;
<i>Material</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Fita métrica não extensível/inelástica. 		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none"> Reunir o material; Higienizar as mãos (POP 02); Apresentar-se ao cliente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal; Garantir o posicionamento correto do cliente; Passar a fita métrica por baixo da cabeça da criança posicionando-a sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima; Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça; Realizar a leitura; Higienizar as mãos (POP 02); Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; Registrar o procedimento em planilha de produção; Manter ambiente de trabalho limpo e organizado 		
<i>Considerações</i> A FORÇA DA NOSSA GENTE POR UMA NOVA CIDADE.		
<ul style="list-style-type: none"> Não incluir pavilhão auricular; Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior. 		
<i>Referências</i>		
<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.</p> <p>POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.</p>		

POP 20 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INALATÓRIA

Conceito:		
Inaloterapia é uma modalidade de tratamento na qual há a administração de medicações ou soluções por via inalatória, isto é diretamente nas vias aéreas.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 20
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	02
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Greyce Oenning Baggio	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Umidificar a via aérea, dilatar os brônquios e eliminar secreções.	Sempre que necessário.	Enfermeiro e/ou Técnico de Enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none">• Copo nebulizador.• Máscara.• Medicação prescrita.• Soro Fisiológico.• Seringa.		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos (POP 02).2. Observar prescrição médica.3. Preparar o material.4. Colocar a quantidade prescrita de soro fisiológico e medicamentos no copo de inalação.5. Fechar o copo de inalação.6. Colocar a máscara de inalação de acordo com o tamanho do cliente.7. Conectar a extensão ao copo de inalação e a outra extensão ao inalador.8. Orientar o cliente a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento.9. Pedir ao cliente para segurar o copo de colocar a máscara entre a boca e nariz.10. Ligar o inalador.11. Manter a inalação durante o tempo indicado e observar o cliente e possíveis alterações.12. Interromper a inalação se ocorrer reações ao medicamento.13. Desligar o inalador.14. Oferecer papel toalha para o cliente secar a umidade do rosto.15. Levantar o material desacoplado, para lavagem e desinfecção.16. Higienizar as mãos (POP 02).17. Anotar o procedimento e observações no prontuário do cliente.		
Considerações		
Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos; <ul style="list-style-type: none">• Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;		

- Preparar o medicamento a ser administrado na presença do cliente;
- Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec) deve-se solicitar ao cliente ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada;
- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do Farmacêutico;
- Caso a solução para diluição esteja em um frasco que será fracionado para vários procedimentos, identificar frasco com data e horário de abertura e validade;
- Deve-se fazer a inalação com o cliente sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração.

Referências

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

VIANA, D. L. **Manual de Procedimentos em Pediatria.** Yendis Editora. São Caetano do Sul. São Paulo, 2006.



POP 21 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRADÉRMICA

Conceito:		
O medicamento é aplicado entre a derme e a epiderme e sofre pouca absorção sistêmica. Por esta via é utilizado pequenos volumes (0,5 ml ou menos), para processos que envolvem reações imunológicas (exemplo: testes de sensibilidade ou alergia e tuberculose), aplicação de vacinas e anestésico local.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 21
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	02
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Greyce Oenning Baggio	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Administrar testes e vacinas pela via intradérmica.	Sempre que necessário.	Enfermeiro.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja. • Medicamento. • Recipiente de material perfuro-cortante. • Bolas de algodão ou gazes. • Seringa 1 ml. • Agulha 13X4,5mm 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos (POP 02) 2. Verificar a prescrição. 3. Explicar o procedimento ao cliente ou familiares. 4. Escolher o local de aplicação preferencialmente no antebraço 3 a 4 dedos da fossa anticubital e 5 dedos acima do punho, que não seja pigmentado ou tenha muitos pelos. 5. Apoiar o braço sobre superfície plana. 6. Verificar se o local escolhido está limpo. 7. Proceder limpeza com soro fisiológico. 8. Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios de assepsia. 9. Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola. 10. Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto. 11. Usar a mão não dominante para esticar as dobras da pele no local da injeção. 12. Colocar a agulha formando com a pele um ângulo de 15°. 13. Injetar o líquido lentamente, ao mesmo tempo em que observa o surgimento de uma bolha. 14. Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção. 15. Não reencapar a agulha. 16. Descartar a seringa na caixa de perfuro-cortante. 17. Permanecer com o cliente e observar reação alérgica. 		

18. Higienizar as mãos (POP 02)
19. Anotar o procedimento e observações no prontuário do cliente.

Considerações

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

Referências

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

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



POP 22 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO OCULAR

Conceito:		
Técnica para instilar colírios ou pomadas oftálmicas na bolsa conjuntival.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 22
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	02
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Greyce Oenning Baggio	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Obter uma resposta farmacológica adequada através da via indicada.	Sempre que necessário.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none">• Bandeja (se necessário).• Medicamento.• Luva de procedimento.• Gaze estéril.• Soro fisiológico 0,9% 10 ml.		
Descrição do Procedimento/Técnica		
GOTA		
<ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos conforme (POP 02)2. Colocar luvas de procedimento. POP3. Pedir ao cliente para deitar em decúbito dorsal ou sentar-se em uma cadeira com a cabeça ligeiramente hiperestendida.4. Limpar as pálpebras do cliente com gaze embebida em SF0,9% (canto interno para o externo).5. Descartar a gaze e usar uma para cada limpeza.6. Com a mão dominante repousando sobre a fronte do cliente, segure o frasco da solução oftalmológica aproximadamente 1 a 2 cm acima do saco conjuntival.7. Expor o saco conjuntivo inferior e segurar a pálpebra superior bem aberta com a mão não dominante, solicitar ao cliente para olhar para o teto.8. Instilar a medicação.9. Oferecer gaze ao cliente para limpar o excesso.10. Higienizar as mãos. POP11. Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente.		
POMADA		
<ol style="list-style-type: none">1. Segure o aplicador acima da pálpebra inferior, aplique uma camada fina de pomada de maneira uniforme ao longo da borda interna da pálpebra inferior sobre a conjuntiva, desde o canto interno para o externo;2. Peça ao cliente para que feche os olhos e esfregue ligeiramente a pálpebra em movimentos circulares com a gaze, quando o atrito não for contraindicado.3. Desprezar materiais utilizados, observando especificidade de cada um.4. Higienizar as mãos (POP 02).5. Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente.		

Considerações

- Usar o medicamento apenas no olho afetado.
- Observar sinais de reação alérgica e efeitos colaterais a medicação administrada.

Referências

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

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



POP 23 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO ORAL

Conceito:		
Via oral, VO, uso interno, enteral ou ainda per os (do latim, pela boca), em farmacologia é uma forma de administração de fármacos, caracterizada pela ingestão pela boca.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 23
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	02
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Greyce Oenning Baggio	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Obter uma resposta farmacológica adequada, de ação sistêmica lenta ou quando outras vias não são indicadas.	Sempre que necessário.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none">• Terapia medicamentosa prescrita.• Copo descartável para medicações.• Água.• Bandeja.		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none">1. Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e o horário.2. Higienizar as mãos (POP 02).3. Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data de validade.4. Colocar o medicamento no copo descartável sem toca-lo. Usar seringa ou medidor para medicamentos líquidos.5. Oferecer a medicação ao cliente em uma bandeja.6. Oferecer água para ajudar na deglutição.7. Permanecer ao lado do cliente até que este degluta todo o medicamento.8. Higienizar as mãos (POP 02).9. Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente.		
Considerações		
<ul style="list-style-type: none">• Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;• Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;• Preparar o medicamento a ser administrado na presença do cliente;		
Referências		
POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem . Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.		
FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem . Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.		

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

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



POP 24 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO SUBCUTÂNEA

Conceito:		
Na administração subcutânea (SC), é injetada pequena quantidade de medicamento líquido (0,5 a 2,0 ml) no tecido subcutâneo abaixo da pele do cliente. Indicada para administrar anticoagulantes (heparina, clexane), hipoglicemiantes (insulina) e vacinas (anti-rábica e anti-sarampo). O medicamento é absorvido lentamente para dentro dos capilares próximos, conferindo efeito prolongado do medicamento.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 24
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	02
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Greyce Oenning Baggio	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Obter uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica moderada ou quando outras vias não são indicadas.	Sempre que necessário.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none">• Bandeja;• Luvas de procedimento;• Algodão;• Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;• Agulha para aplicação (13x4,5 ou 8x4,5); ☐ Seringa de 1 ml;• Medicamento prescrito.		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none">1. Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração do cliente;2. Realizar a higienização das mãos (POP 02)3. Preparar o medicamento utilizando a agulha de aspiração e a seringa de 1ml;4. Retirar a agulha de aspiração e inserir a agulha 13 x 4,5 mm na seringa;5. Colar o rótulo de identificação no medicamento;6. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;7. Reunir o material a ser utilizado na bandeja;8. Levar a bandeja até a unidade do cliente;9. Informar e explicar o procedimento ao cliente;10. Conferir o rótulo com os dados do cliente;11. Realizar a higienização das mãos (POP 02)12. Posicionar o cliente de forma adequada ao procedimento;13. Calçar as luvas de procedimento (POP 05);14. Fazer a anti-sepsia do local;		

15. Pinçar com os dedos a pele do local de administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão dominante. O profissional deve segurar a seringa como se fosse um dardo, deixando a palma da mão para cima);
16. Inserir em um único movimento a seringa com a agulha 13 x 4,5 mm no tecido subcutâneo em um ângulo de 90°;
17. Injetar lentamente o medicamento com a mão oposta que segura a seringa (soltar a prega do tecido);
18. Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;
19. Aplicar leve compressão ao local com gaze;
20. Recolher o material utilizado, deixando a unidade do cliente em ordem;
21. Desprezar os resíduos;
22. Descartar o material perfuro-cortante no Descarpax® (sem desconectar a agulha da seringa e sem reencapá-la);
23. Retirar a luva de procedimento;
24. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
25. Realizar a higienização das mãos (POP 02)
26. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
27. Fazer anotação de enfermagem se houver intercorrências.

Considerações

- Na administração de insulina não realizar massagem após aplicação, para evitar a absorção rápida.
- Locais de aplicação:
 - Região deltóide no terço proximal.
 - Face superior externa do braço.
 - Face anterior da coxa.
 - Face anterior do antebraço.
 - Região umbilical.
 - Região da mama

Referências

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

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

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

POP 25 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR

Conceito:		
Na via intramuscular a medicação e vacina são introduzidas dentro do tecido muscular.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 25
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	03
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Greyce Oenning Baggio	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Utilizar o tecido muscular como via de administração de medicamentos, beneficiando-se da rápida absorção de substâncias por esse tecido.	Sempre que necessário.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none">• Terapia medicamentosa prescrita.• Medicamento.• Luva de procedimento.• Agulha.• Seringa.• Algodão embebido em álcool 70%.• Algodão seco.• Bandeja.		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none">1. Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e horário.2. Higienizar as mãos (POP 02)3. Ler o rótulo da dosagem do medicamento, verificando a data de validade.4. Preparar o medicamento e os materiais necessários na bandeja.5. Esclarecer ao cliente sobre a medicação que irá receber.6. Calçar as luvas de procedimento (POP 05)7. Escolher o local para administração do medicamento (Dorso Glúteo, Ventroglútea-Hostheter, Deltóide ou Vasto lateral da coxa).8. Posicionar o cliente de modo que auxilie no relaxamento do músculo, evitando o extravasamento e minimizando a dor.9. Fazer anti-sepsia do local com algodão embebido em álcool 70%.10. Introduzir a agulha num ângulo de 90º a pele. (conforme região para aplicação).11. Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento no músculo, para certificar de que nenhum vaso sanguíneo foi atingido.12. Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo.		

13. Retirar o conjunto agulha e seringa em movimento único.
14. Utilizar bola de algodão para tamponar, evitando que o medicamento extravase.
15. Descartar seringa/agulha em recipientes perfuro-cortante.
16. Retirar luvas.
17. Higienizar as mãos (POP 02)
18. Anotar no prontuário do cliente o procedimento, as observações e intercorrências

Considerações

Locais de aplicação:

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

- Distância em relação a vasos e nervos importantes;
- Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;
- Espessura do tecido adiposo;
- Idade do cliente;
- Irritabilidade da droga;
- Atividade do cliente.

Dorso glúteo (DG):

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

Ventroglútea (VG) hostheter:

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

Face Vasto Lateral da Coxa:

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

Deltóide:

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

Escolha correta do ângulo:

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

Escolha correta da agulha:

- Faixa etária, via solução (aquosa, oleosa ou suspensão)

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

Referências

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

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

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

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

POP 26 – TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

Conceito:		
Terapia realizada através da administração de sais de reidratação oral para repor líquidos e eletrólitos.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 26
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	01
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Jamile Martins Costa	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Corrigir o desequilíbrio hidroeletrólítico pela reidratação oral, prevenindo a desidratação e seus agravos.	Sempre que necessário.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none">• Envelope de Soro de Reidratação Oral – SRO;• Água filtrada ou fervida (fria);• Jarra de 01 litro (vidro ou plástico com tampa);• Copo descartável.		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none">1. Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;2. Higienizar as mãos (POP 02);3. Apresentar-se ao cliente, sanando todas as suas dúvidas antes de iniciar a execução;4. Diluir um envelope de SRO em 01 litro de água;5. Ofertar ao cliente em curtos intervalos toda vez que ele desejar;6. Solicitar reavaliação do cliente após o término da terapia;7. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;8. Higienizar as mãos (POP 02);9. Registrar procedimento no prontuário do cliente, carimbar e assinar.		
Considerações		
<ul style="list-style-type: none">• Crianças poderão receber o SRO no volume de 50 a 100 ml/kg de peso, por um período máximo de 4 a 6 horas;• Não apresentando melhora do quadro, solicitar a avaliação médica.		
Referências		
POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de Enfermagem . 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.		
Portal da Saúde – Ministério da Saúde – www.saude.gov.br . :http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/doenca-diarreica-aguda-dda		

POP 27 – SONDAGEM NASOENTERAL

Conceito:		
Assistência ao cliente com sonda nasoenteral.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 27
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	02
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Anderson da Silva Laureano	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Permitir a administração de dietas e medicamentos de maneira mais segura, principalmente nos clientes idosos, acamados, com reflexos diminuídos, inconscientes e/ou com dificuldade de deglutição.	Em clientes com aplicação de sonda enteral.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none">• EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos);• Bandeja;• Gaze não estéril;• Seringa de 20 ml;• Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico;• Estetoscópio;• Soro fisiológico 0,9%;• Toalha ou papel toalha;		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none">1. Reunir o material;2. Higienizar as mãos (POP 02);3. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;4. Promover a privacidade do cliente5. Posicionar o cliente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contra-indicação.6. Paramentar-se com os EPIs;7. Testar o posicionamento, injetando 20 ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico; A ausculta do fluxo de ar ao entrar no estômago é indicador da correta posição da sonda;8. A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;9. Evitar pressão excessiva sobre a narina e que a sonda migre para além da distância desejada;10. Deixar o cliente confortável;		

11. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
12. Higienizar as mãos (POP 02);
13. Encaminhar o cliente para controle radiológico, caso haja dúvida sobre o posicionamento correto da sonda;
14. Enviar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado e identificado, para repassar a sonda se necessário;
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento;
16. Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
17. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Considerações

- No sistema de sondagem nasoenteral, o RX é considerado padrão ouro para verificar localização da sonda e segurança no procedimento, pelas Sociedades Americana, Européia e Brasileira de Terapia Nutricional (ASPEN, ESPEN, SBNPE). C;
- Checar a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;
- Realizar higiene oral a cada 6h;
- Manter o cliente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contra-indicação;
- Lavar a sonda com 20 ml de água antes e após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;
- Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;
- Higienizar as narinas do cliente pelo menos uma vez ao dia;

Referências

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

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

POP 28 – SONDAGEM NASOGÁSTRICA

Conceito:		
Introdução de uma sonda maleável através da narina até o estômago.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 28
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	03
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Anderson da Silva Laureano	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Drenar conteúdo gástrico para descompressão, realizar lavagem gástrica e administração de medicação/alimento.	Conforme prescrição médica.	Enfermeiro.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> • EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos); • Bandeja; • Sonda nasogástrica; • Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante); • Gaze não estéril; • Seringa de 20 ml; • Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico; • Estetoscópio; • Toalha ou papel toalha; • Coletor de secreção (se necessário); • Biombo (se necessário). 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Checar a prescrição; 2. Reunir o material; 3. Higienizar as mãos (POP 02); 4. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 5. Promover a privacidade do cliente (utilizar o biombo se necessário); 6. Posicionar o cliente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contra-indicação; Caso o cliente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente; 7. Paramentar-se com os EPIs; 8. Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo; 9. Inserir a sonda na narina não comprometida; 10. Inspeccionar a condição da cavidade oral do cliente e o uso de prótese dentária; 11. Verificar necessidade de higiene da cavidade oral após a inserção da sonda; 12. Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do cliente; 13. Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário; 		

14. Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide adicionando dois dedos, marcando com fita adesiva;
15. Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;
16. Introduzir a sonda na narina do cliente até sentir uma pequena resistência, nesse ponto, peça ao cliente para fletir ligeiramente a cabeça; A resistência indica que a sonda atingiu a nasofaringe e ao fletir a cabeça ocorre o fechamento de traquéia e abertura do esôfago;
17. Quando possível, solicitar a colaboração do cliente, pedindo para que faça movimentos de deglutição ;
18. Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do cliente até o ponto pré- marcado;
19. Suspender a progressão da sonda caso o cliente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia ou cianose;
20. Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico; A ausculta do fluxo de ar ao entrar no estômago é indicador da correta posição da sonda;
21. A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;
22. Acoplar a sonda ao coletor caso sonda tenha como objetivo a drenagem de conteúdo gástrico. Manter coletor abaixo do nível da cintura do cliente;
23. Deixar o cliente confortável;
24. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
25. Higienizar as mãos (POP 02);
26. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário
27. Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
28. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Considerações

- Em clientes com suspeita de TCE (traumatismo crânio encefálico), é recomendado a sondagem orogástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;
- Em clientes com suspeita de trauma raquimedular, não elevar o decúbito;
- Checar sempre a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;
- Realizar higiene oral a cada 6h;
- Manter o cliente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contra-indicação;
- -Sempre lavar a sonda com 20 ml de água antes e após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;
- Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;
- Higienizar as narinas do cliente pelo menos uma vez ao dia;
- Deixar toalhas próximas, pois, durante a passagem da sonda, o cliente pode sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o cliente, retomando o procedimento mediante avaliação;
- Em caso de perda ou deslocamento da sonda em clientes de pós operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada nem mesmo reintroduzida sem avaliação médica.

Referências

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

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

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

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



POP 29 – CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

Conceito:		
É a introdução de uma sonda/cateter estéril da uretra até a bexiga com finalidade diagnóstica ou terapêutica.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 29
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	03
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Anderson da Silva Laureano	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
<ul style="list-style-type: none"> • Colher material para exame. • Possibilitar a eliminação da urina em clientes imobilizados. • Inconscientes ou com obstrução. • Esvaziar a bexiga em caso de retenção urinária. • Mensurar débito urinário. 	Conforme necessidade.	Enfermeiro.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> • EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção e luva estéril); • Biombo; • Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antissepsia, cuba, redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado); • Sonda uretral de alívio; • Seringa de 20 ml; • Lidocaína gel 2%; • Gaze estéril se necessário; • Solução de PVPI tópico; • Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão). 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Checar a prescrição, se houver; 2. Reunir o material; 3. Higienizar as mãos (POP 02); 4. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 5. Promover a privacidade do cliente (utilizar o biombo se necessário); 6. Posicionar o cliente adequadamente: 		

- Sexo feminino: decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados, pés sobre o leito.
 - Sexo masculino: decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas.
7. Paramentar-se com os EPIs;
 8. Colocar o recipiente para descarte próximo ao cliente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;
 9. Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do cliente, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo;
 10. Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa e gaze estéril) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;
 11. Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
 12. Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.
 - Sexo feminino: colocar a solução sobre a gaze estéril.
 - Sexo masculino: após calçar as luvas estéreis solicitar ajuda para colocar o gel dentro de uma seringa de 20 ml;
 13. Calçar luvas estéreis;
 14. Com auxílio da pinça, proceder anti-sepsia da região genital, contaminando apenas a mão não dominante: A visualização total do meato uretral e a retração total da glândula previne a contaminação do meato uretral durante a limpeza.
 15. Sexo masculino: A limpeza reduz o número de microrganismos no meato uretral.
 - a) retraindo o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glândula. Manter a mão não dominante na posição durante todo o procedimento. A anti-sepsia evita contaminação do sistema urinário.
 - b) com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glândula. Repetir o procedimento três vezes.
 16. Sexo feminino:
 - a) com a mão não dominante, retraindo os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento.
 - b) usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas. solução anti-séptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos lábios e grandes lábios;
 17. Colocar o Campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto; Manter técnica asséptica;
 18. Lubrificar a sonda com xilocaína.
 19. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml; Reduzir a fricção e a possível irritação quando da inserção da sonda;
 20. Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina; O pênis devidamente posicionado facilita a inserção do cateter;
 21. Drenar a diurese na cuba rim, quando for realizar coleta de exames, colocar a urina no coletor próprio e após drenar a urina na cuba rim;
 22. Retirar a sonda e o campo fenestrado;
 23. Desprezar a urina no vaso sanitário;
 24. Deixar o cliente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
 25. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
 26. Higienizar as mãos (POP 02);
 27. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
 28. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Considerações

Contra-indicação:

- Obstrução mecânica do canal uretral.

- Uretrite.
- Hipertrofia prostática (relativa – necessário avaliação médica).
- Respeitar a privacidade do cliente, mesmo que este esteja inconsciente;
- Escolher sonda que sejam adequadas ao diâmetro da uretra do cliente.

Referências

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer n° 036/2012. Realização de sondagem vesical intermitente por cuidador, 2012.

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

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



POP 30 – CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Conceito:		
É a introdução de uma sonda/cateter estéril e permanente da uretra até a bexiga com finalidade diagnóstica ou terapêutica.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 30
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	03
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Anderson da Silva Laureano	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Controlar o volume urinário; Possibilitar a eliminação da urina em clientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução.	Conforme prescrição médica.	Enfermeiro.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> • EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luva estéril); • Biombo; • Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para anti-sepsia, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado); • Sonda de Foley de calibre adequado; • Sistema fechado de drenagem urinária estéril; • Ampola de água destilada (quantidade para encher o balonete conforme discriminado na sonda); • Agulha para aspiração; • Seringa de 20 ml sem luerlock; • Lidocaína gel 2%; • Fita adesiva (espáradrapo ou adesivo hipoalergênico); • Gaze estéril se necessário; • Solução de PVPI tópico; • Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão). 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material; 2. Higienizar as mãos (POP 02); 3. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; 4. Posicionar o cliente adequadamente: <ul style="list-style-type: none"> • Sexo feminino: decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os pés sobre o leito. • Sexo masculino: decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas. 5. Paramentar-se com os EPIs; 		

6. Colocar o recipiente para descarte próximo ao cliente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;
7. Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do cliente, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo;
8. Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;
9. Abrir a ampola de água destilada sobre a mesa de cabeceira do cliente;
10. Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
11. Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.
 - Sexo feminino: colocar a solução sobre a gaze estéril.
 - Sexo masculino: após calçar as luvas estéreis solicitar ajuda para colocar o gel dentro de uma seringa de 20 ml;
12. Calçar luvas estéreis
13. Com auxílio de uma seringa de 20 ml e uma agulha de aspiração, sem contaminar as mãos, aspirar água destilada necessária para insuflar o balonete conforme descrito na sonda de Foley e testá-lo, retirando a água após o teste e reservar a seringa com água no campo estéril;
14. Adaptar a sonda de Foley na bolsa coletora (sistema fechado de drenagem esterilizado);
15. Realizar a anti-sepsia da região genital, com auxílio da pinça, contaminando apenas a mão não dominante:
 - Sexo masculino:
 - a) retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glândula. Manter a mão não dominante na posição durante todo procedimento;
 - b) com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glândula. Repetir o procedimento três vezes.
 - Sexo feminino:
 - a) com a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento;
 - b) usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas com solução anti-séptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos e grandes lábios;
16. Colocar o campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto;
17. Lubrificar a sonda com lidocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;
18. Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina.
 - Quando cliente do sexo masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do cliente e introduzir a sonda até a bifurcação.
 - Quando cliente do sexo feminino introduzir aproximadamente mais 10 centímetros;
19. Insuflar o balonete com água destilada, observando o volume marcado na sonda;
20. Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;
21. Retirar o campo fenestrado sem desconectar o sistema fechado de drenagem;
22. Fixar sonda na parte interna da coxa (sexo feminino) e área supra púbica (sexo masculino);
23. Prender o coletor na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do funcionário;
24. Deixar o cliente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
25. Desprezar os materiais perfuro-cortantes em recipiente adequado.
26. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
27. Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 02);
28. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário

29. Registrar o procedimento em planilha de produção.

30. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

Considerações

- Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica;
- Recomenda-se intervalo para a troca da sonda no prazo de 30 dias
- Respeitar a privacidade do cliente, mesmo que este esteja inconsciente;
- Manter o sistema de drenagem fechado, a não ser em situações específicas, como nas irrigações urinárias;
- Escolher sondas de menor calibre (12 a 16F) em adultos. Utilizar sondas de maior calibre (20 a 24 F) quando for passível a formação de coágulo;
- Trocar todo sistema de drenagem fechado quando ocorrer obstrução do cateter ou do tubo coletor, suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna do cateter, violação ou contaminação do cateter e/ou do sistema de drenagem e febre sem outra causa conhecida;
- Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e orientar o cliente a mantê-la nesta posição;
- Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga;
- Alternar os locais da fixação e trocar a fita adesiva a cada 24 horas;
- Manter o ponto distal de drenagem do coletor de urina suspenso, ou seja, sem que este encoste no solo.
- Realizar higiene íntima com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos duas vezes ao dia;
- Perguntar ao cliente se este apresenta alergia a látex, PVPI e/ou fita adesiva (micropore ou esparadrapo).
- Em caso de urgência, (bexigoma, infecções de urina, entre outras) a troca do CVD poderá ser delegada a profissional técnico de enfermagem devidamente capacitado.

Referências

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer n° 036/2012. Realização de sondagem vesical intermitente por cuidador, 2012.

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

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

A FORÇA DA NOSSA GENTE POR UMA NOVA CIDADE.

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

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

POP 31 – COLPOSCOPIA ONCÓTICA

Conceito:		
O exame de prevenção pela técnica de Papanicolau ou citologia oncológica, consiste na coleta e análise de material celular da cérvix uterina que permite a detecção de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas, vem sendo utilizado largamente, desde sua descoberta, em 1943. É um exame bastante aceito pela comunidade científica e de relevância para a Saúde Pública, por ser de baixo custo e fácil realização.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 31
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	03
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Silvia T. K. Santos	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
<ul style="list-style-type: none"> Realizar coleta de citologia oncológica para rastreamento e diagnóstico de patologias cervicais e prevenção do câncer de colo uterino. Coletar material cervical (endocérvice e ectocérvice) de colo uterino. 	Segundo a OMS, mulheres entre 24 a 65 anos, porém estendem-se as mulheres com vida sexual ativa ou quando necessário.	Enfermeiro ou médico.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> EPIs: óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos; Espéculo inoxidável estéril ou Espéculo descartável; Lâmina de vidro com uma extremidade fosca para identificação; Espátula de Ayres; Escova cervical; Solução de fixação apropriada; Recipiente para acondicionamento das lâminas; Gaze; Pinça Cheron; Formulário de Requisição do exame e de remessa de exames; Livro de registro; Lápis para identificação da lâmina; Camisola/Avental; Lençol. 		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none"> Recepcionar o cliente com atenção de forma acolhedora; Realizar anamnese e registrar em prontuário (DUM-data da ultima menstruação, data 		

- última coleta, idade, dentre outros);
3. Orientar a cliente quanto ao procedimento, apresentando os materiais que serão utilizados;
 4. Preencher formulário de solicitação do exame;
 5. Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite (iniciais do nome e código do prontuário), colocando na mesa auxiliar, para receber o material coletado;
 6. Oferecer camisola/avental à cliente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando-a que retire toda a roupa, vista o avental com a abertura para frente e esvazie a bexiga;
 7. Higienizar as mãos (POP 02)
 8. Solicitar à cliente que se deite sobre a mesa ginecológica, cobrindo-a com o lençol;
 9. Expor as mamas e realizar exame clínico das mamas, sempre explicando o procedimento;
 10. Em seguida, auxiliar a cliente a se posicionar na mesa ginecológica adequadamente, para a coleta do exame citopatológico;
 11. Calçar as luvas de procedimento;
 12. Realizar o exame da região vulvar;
 13. Escolher o espéculo adequado (vide observações);
 14. Introduzir o espéculo, na posição vertical, ligeiramente inclinado (15°), fazendo uma rotação de 90° mantendo-o em posição transversa de modo que a fenda do espéculo fique na posição horizontal;
 15. Abrir o espéculo lentamente e com delicadeza;
 16. Se ao visualizar o colo uterino houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça Cheron, sem esfregar, para não perder a qualidade da amostra;
 17. Coleta ectocervical
 18. Encaixar a ponta mais longa da espátula de Ayres no orifício do colo, apoiando-a com firmeza, e com movimento rotativo de 360° ao redor de todo o orifício. Caso a amostra não tenha sido representativa repetir o movimento;
 19. Estender o material ectocervical, dispendo-o no sentido vertical ou horizontal, ocupando 2/3 iniciais da parte transparente da lâmina, com movimento de cima para baixo, utilizando as duas laterais da espátula;
 20. Coleta endocervical
 21. Utilize a escova de coleta endocervical, introduzindo-a delicadamente no canal cervical realizando movimento circular em 360°;
 22. Estender o material ocupando o 1/3 restante, rolando a escova de cima para baixo, em sentido único;
 23. Fixar o esfregaço imediatamente após a coleta.
 24. São três as formas de fixação. O uso de Polietilenoglicol é a mais recomendada.

Considerações

Observar sangramento vaginal expressivo e/ou menstruação.
Gestantes não coletar material da endocérvice.

Em condições normais deve ser realizado anualmente em mulheres de 25 a 64 anos (Ministério da Saúde).

Os procedimentos de acondicionamento, conferência, preenchimento de lâminas, preenchimento de guia de remessa e envio ao Laboratório de Citologia podem ser realizados pelos Técnicos de Enfermagem, tendo os seguintes cuidados:

- a) As lâminas devem ser acondicionadas no recipiente próprio (caixa de madeira ou plástico) para transporte;
- b) Conferir cada lâmina com o formulário de solicitação do exame;
- c) Preencher a relação de remessa na mesma sequência das lâminas e das requisições;

d) Enviar as lâminas ao Laboratório de Citologia conforme rotina do serviço;

Tamanho de espéculo

Tamanho	Indicação
Pequeno	Mulheres jovens, sem parto vaginal, magras ou menopausadas;
Médio	Mulheres com IMC normal;
Grande	Multíparas, Obesas.

- Caso a visualização do colo não seja possível solicitar que a cliente tussa ou faça pequena força com o períneo.
- Não coletar de mulheres menstruadas: aguardar o 5º dia após término da menstruação.
- Não usar creme vaginal, ducha vaginal, ou ter relação sexual ou submeter-se a exames intravaginais (ex. ultrassom) dois dias antes do exame.
- Evitar lubrificar o espéculo com agente oleoso.
- Em mulheres idosas, com vagina ressecada recomenda-se molhar o espéculo com solução salina (SF 0,9%).
- Em cliente gestante ou com suspeita de gravidez realizar apenas coleta de material ectocervical.
- Realizar coleta em mulheres histerectomizadas desde que o colo uterino tenha sido preservado, caso não, realizar coleta do fundo de saco apenas.

Referências

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

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

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

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

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

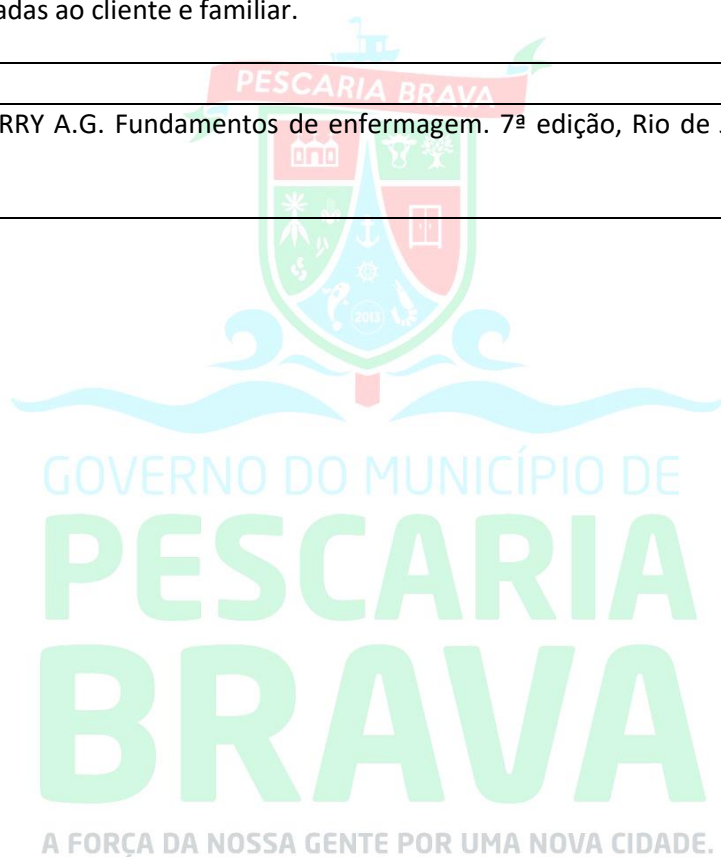
POP 32 – OXIGENOTERAPIA

Conceito:		
É a administração de oxigênio medicinal em concentrações maiores àquelas do ar ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 32
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	02
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Anderson da Silva Laureano	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Melhorar a oxigenação, a perfusão tecidual e corrigir a acidose respiratória.	Conforme necessidade.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none">• EPI (luvas de procedimento)• Bandeja;• Kit cateter nasal e/ou kit máscara de nebulização;• Fonte de oxigênio;• Água bidestilada;• Fluxômetro.		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none">1. Reunir o material;2. Higienizar as mãos (POP 02);3. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;4. Paramentar-se com o EPI5. Quando cateter<ol style="list-style-type: none">a. Preencher o umidificador com água bidestilada até o nível recomendado pelo fabricante; Prevenir desidratação das mucosas;b. Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;c. Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;6. Quando máscara de nebulização<ol style="list-style-type: none">a. Preencher o umidificador com água bidestilada até o nível recomendado pelo fabricante;b. Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;c. Conectar a traqueia da máscara umidificador de oxigênio;7. Retirar o EPI e higienizar as mãos (POP 02);8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;9. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.		
Considerações		
<ul style="list-style-type: none">• Não há contra-indicação absoluta para realização deste procedimento.		

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

Referências

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



POP 33 – SALA DE CURATIVO

<i>Conceito:</i>		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
16/10/2017		POP 33
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	09/10/2017	01
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Anderson da Silva Laureano	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de curativo.	Salas de curativo.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
<i>Material</i>		
<ul style="list-style-type: none">• Materiais de limpeza conforme estabelecida por vigilância sanitária.		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none">1. Organizar a sala;2. Solicitar a auxiliar de serviços gerais que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;3. Trocar as almotolias semanalmente colocando novas soluções, previamente limpas, identificadas e datadas. Verificar a data de validade de materiais esterilizados;4. Repor materiais necessários, conforme a rotina da unidade;5. Realizar os curativos conforme prescrição médica e/ ou do enfermeiro. Após a realização de curativos contaminados solicitar a auxiliar de serviços gerais a limpeza concorrente e descontaminação se necessário;6. Desprezar o resíduo do curativo em lixo infectante.		
<i>Considerações</i>		
<ul style="list-style-type: none">• Realizar procedimento diariamente.		
<i>Referências</i> A FORÇA DA NOSSA GENTE POR UMA NOVA CIDADE.		
Prefeitura de Colombo. Procedimento Operacional Padrão, 2012.		

POP 34 – CURATIVO

Conceito:		
Curativo é o procedimento que compreende o processo de limpeza, desbridamento, seleção e aplicação da cobertura e/ou tratamento tópico da lesão proporcionando um meio adequado ao processo de cicatrização.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 34
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	03
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Anderson da Silva Laureano	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Promover a cicatrização, manter a ferida limpa, prevenir infecções e traumas físicos, aliviar a dor, promover isolamento térmico, promover conforto físico e psicológico, permitir trocas sem traumas a lesão, manter a umidade da ferida em lesões abertas, absorver/controlar o excesso de exsudato.	Conforme necessidade.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none"> • Mesa auxiliar ou bandeja • Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly; • Cabo e lâmina de bisturi (se necessário); • Tesoura; • Pacote de gazes esterilizadas; • Atadura de rayon estéril; • Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente; • Agulha 25 x 1.2 ou 40x1.2; • Álcool 70%; • Luvas de procedimento e/ou estéril; • Micropore (R)/Esparadrapo; • Atadura de crepe; • Espátula; • Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão; • EPI (óculos, avental e máscara), se necessário; • Papel Toalha. 		

Descrição do Procedimento/Técnica

1. Conferir a prescrição;
2. Higienizar as mãos (POP 02);
3. Reunir todo o material, conforme o ambiente (UBS/domicílio);
4. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas, antes de iniciar a execução;
5. Colocar o cliente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
6. Higienizar novamente as mãos (POP 02);
7. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários (POP 05);
8. Observar o curativo anterior antes da remoção; Avaliar extravazamento do exsudato e características gerais do curativo anterior;
9. Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada do micropore e desprendimento da cobertura;
10. Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor;
11. Documentar a evolução da ferida e para subsidiar a avaliação do produto prescrito;
12. Se necessário proceder a limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periferida com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha;
13. Retirar luvas e higienizar as mãos (POP 02);
14. Abrir o pacote de curativo utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças; Obedecer os princípios de assepsia;
15. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários (POP 05);
16. Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%;
17. Com o auxílio das pinças limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida de SF 0,9%
18. Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%; Remover detritos, bactérias, exsudatos, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos da superfície da ferida;
19. Na presença de tecido desvitalizado solto ou não, solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/desbridamento; Remover tecidos inviáveis;
20. Secar a pele peri-lesão com gaze .
21. Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível semanal/quinzenal;
22. Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo enfermeiro/médico e ocluir o curativo conforme necessidade (gazes, rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);
23. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
24. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
25. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário,
26. Registrar o procedimento em planilha de produção;
27. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Considerações

- Todos curativos crônicos devem passar por uma primeira avaliação do Enfermeiro, que realizará a sistematização da assistência de enfermagem que poderá delegar aos profissionais de nível médio, a execução do procedimento, com a prescrição do cuidado e material a ser utilizado, mantendo a avaliação periódica e evolução da ferida.
- Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do cliente e local da realização do curativo.
- A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.
- O desbridamento só pode ser realizado por enfermeiros e médicos.
- A indicação dos produtos/coberturas deve ser feita considerando o momento evolutivo

da lesão, tipo de tecido, patologia, adesão ao tratamento, recursos disponíveis, materiais padronizados e protocolo de uso da Secretaria Municipal de Saúde

Referências

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

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

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

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



POP 35 – RETIRADA DE PONTOS

Conceito:		
Retirada de fios colocados para aproximar as bordas de uma lesão (sutura).		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 35
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	02
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Camila M. Policarpo	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
Facilitar a cicatrização.	Conforme prescrição médica ou avaliação do enfermeiro.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none">• EPIs: luvas de procedimentos;• Pacote de retirada de pontos: Lâmina de bisturi, Tesoura de Íris, pinça Kelly, pinça anatômica, dente de rato ou Kocher;• Soro Fisiológico 0,9%;• Gazes (estéreis);		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none">1. Reunir o material;2. Higienizar as mãos (POP 02);3. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;4. Paramentar-se com os EPIs;5. Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar limpeza local com soro fisiológico;6. Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, próximo a pele com a tesoura de Íris ou lâmina de bisturi;7. Colocar os pontos retirados sobre uma gaze;8. Realizar contagem dos pontos antes e após a retirada;9. Cobrir a ferida se houver necessidade;10. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;11. Retirar os EPIs e realizar o descarte;12. Higienizar as mãos (POP 02);13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário.		
Considerações		
<ul style="list-style-type: none">• Certificar-se do tipo de fio utilizado na sutura. Em geral, suturas com fios absorvíveis não precisam ser retiradas; Nos casos em que houver sinais de processos inflamatórios ou infecciosos, solicitar avaliação do enfermeiro/ médico.• Na ausência de prescrição médica a avaliação do enfermeiro para retirada de pontos deverá considerar a data de realização do procedimento.		

Referências

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

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



POP 36 – TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA

Conceito:		
Higienização e troca da bolsa coletora de efluentes intestinais ou urinários em clientes portadores de colostomia, ileostomia ou urostomia.		
Data de implantação:	Edição:	Codificação:
16/10/2017		POP 36
Validade:	Revisão:	Página:
04 anos	09/10/2017	02
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Jamile Martins Costa	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
Objetivos	Aplicação	Executante
<ul style="list-style-type: none">• Reter/coletar os efluentes;• Manter a higienização do estoma;• Proporcionar o conforto e bem estar ao cliente;• Prevenir possíveis infecções e lesões de pele.	Clientes portadores de colostomia, ileostomia ou urostomia.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
Material		
<ul style="list-style-type: none">• EPIS (luvas de procedimento, máscara cirúrgica);• Comadre;• Tesoura curva;• Soro fisiológico 0,9%;• Gaze ou papel higiênico;• Sabão de uso habitual;• Bolsa de estomia indicada ao cliente;• Escala de medida do estoma;• Placa da bolsa se houver (dispositivo de duas peças);• Protetor de pele (se necessário);• Pasta de resina sintética (se necessário).		
Descrição do Procedimento/Técnica		
<ol style="list-style-type: none">1. Reunir o material;2. Higienizar as mãos (POP 02);3. Apresentar-se ao cliente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;4. Promover a privacidade do cliente expondo somente a área do estoma, colocando em decúbito dorsal;5. Paramentar-se com EPIS;6. Esvaziar a bolsa coletora, observando o aspecto do material coletado (cor, consistência, quantidade, odor) e desprezar na comadre ou no vaso sanitário;7. Umedecer a região do adesivo da bolsa ou da placa com gaze embebida em SF 0,9%		

- aquecido e remover cuidadosamente da pele;
8. Limpar o estoma e região periestomal com gaze, água e sabão ou SF 0,9%, observando as condições da pele e mantendo-a seca para aplicação do dispositivo. Utilizar gaze sobre o mesmo para evitar drenagem de urina ou fezes enquanto prepara a nova bolsa coletora;
 9. Medir o estoma com escala de medidas, traçar molde no verso da bolsa, deixando área de segurança de 1mm e recortar. Estoma irregular, preparar molde sob medida;
 10. Colocar a pasta de resina sintética (se necessário), preenchendo os espaços vazios na região do periestoma. Aplicar pó protetor na pele periestoma em caso de sinais de irritação local;
 11. Retirar o papel protetor da base adesiva da bolsa ou da placa;
 12. Adaptar a nova bolsa coletora, ajustando sua abertura ao estoma, pressionando suavemente contra a parede abdominal. Colocar o clamp/presilha no dispositivo e fechar. A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes;
 13. Em caso de dispositivo com duas peças (placa mais bolsa coletora), traçar o molde no verso da placa e recortar conforme medida. Após adaptar a placa à abertura do estoma deve-se pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa;
 14. Deixar o cliente confortável;
 15. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
 16. Retirar os EPIS, desprezar em local adequado e higienizar as mãos (POP 02);
 17. Realizar evolução no prontuário do cliente, carimbar e assinar a mesma;

Considerações

- Existem estomias intestinais e urológicas, assim deve ser utilizada bolsa coletora específica para cada caso.
- As bolsas coletoras podem ser de peça única (na mesma peça está a bolsa coletora e a barreira protetora de pele/placa separadas).
- As bolsas coletoras podem ser abertas (reutilizáveis) ou fechadas (uso único). A bolsa aberta é drenável e deve ser lavada com água e sabão e mantida enquanto houver boa aderência à pele.
- Remover o sistema de bolsas se o cliente reclamar de queimação ou coceira sob ele ou se houver drenagem purulenta ao redor do estoma.
- Se o dispositivo for de duas peças, conectar a bolsa à base de modo que facilite o esvaziamento, levando-se em conta a preferência do cliente.
- Usar apenas SF ou água e sabão na pele ao redor do estoma para realizar limpeza.
- Reservar o clamp/presilha para ser reutilizado após limpeza.
- A bolsa coletora deve ser esvaziada sempre que o fluente atingir um terço ou, no máximo, metade da sua capacidade, a fim de evitar vazamento ou desprendimento da bolsa.
- O esvaziamento e a higienização regular da bolsa coletora aumentam sua durabilidade, o conforto e evita constrangimento ao cliente.
- Orientar o cliente para eliminar o gás através da abertura do clamp.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Orientações sobre ostomias**, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ostomias.pdf>. Último acesso: 28/08/2017.

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

PORTAL OSTOMIZADOS. Disponível em: <http://www.ostomizados.com/index.hym1>. Último acesso: 28/08/2017.

POP 37 – COLETA DE TESTE DO PEZINHO

<i>Conceito:</i>		
Exame laboratorial que detecta precocemente doenças metabólicas, genéticas e infecciosas, que poderão causar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê.		
<i>Data de implantação:</i>	<i>Edição:</i>	<i>Codificação:</i>
16/10/2017		POP 36
<i>Validade:</i>	<i>Revisão:</i>	<i>Página:</i>
04 anos	09/10/2017	03
<i>Elaborado por:</i>	<i>Revisado por:</i>	<i>Aprovado por:</i>
Jamile Martins Costa	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<i>Objetivos</i>	<i>Aplicação</i>	<i>Executante</i>
Detectar e tratar precocemente diversas patologias, dentre elas: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística.	O teste é realizado no 5º dia de vida da criança (porém o teste também pode ser realizado entre o 5º e 7º dia de vida. Se o 5º dia por sábado ou feriado a coleta deverá ser realizada no 4º dia de vida.	Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
<i>Material</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Luvas de procedimento (1 par); • Álcool a 70%; • Gaze estéril; • Algodão; • Lanceta com ponta triangular estéril; • Cartão específico para a coleta (papel filtro); • Envelope para papel filtro; • Livro de registro; • Esparadrapo microporoso; • Caixa para descartê de material perfurocortante. 		
<i>Descrição do Procedimento/Técnica</i>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepcionar a família, orientado-a sobre o exame; 2. Preencher os formulários, livros de registros e cartão de coleta, checando todas as informações com a família; 3. Solicitar a mãe que permaneça em pé e segure a criança na posição vertical de costas para o coletor que deve permanecer sentado; 4. Higienizar as mãos conforme (POP 02); 5. Segure o pezinho com uma das mãos para imobilizar e facilitar a punção; 6. Envolver o pé e o tornozelo da criança com o dedo indicador e o polegar, mantendo-o fletido, deixando exposto apenas o calcanhar; 7. Massagear o calcanhar de bebê suavemente; 8. Fazer anti-sepsia no local, com algodão levemente umedecido com álcool a 70%; 		

9. Espere o álcool secar antes de iniciar a coleta;
10. Posicionar o calcanhar sempre abaixo do nível do coração, puncionar em uma das laterais da região plantar o local, com movimento firme e contínuo (sentido quase perpendicular à superfície da pele);
11. Desprezar a primeira gota, limpando-a com algodão ou gaze seca, utilizar a 2ª gota para a coleta. Evite o sangramento abundante que resulta em camada excessiva de sangue no papel (mal colhido). Se isso acontecer, estanque o sangue com algodão seco e aguarde o sangramento lento e contínuo;
12. Encostar levemente o verso do papel de filtro, na direção do círculo, a partir da segunda gota, fazendo leves movimentos circulares com o papel. Não deixar coagular o sangue no pezinho e nem no papel durante a coleta;
13. Deixe formar a gota de sangue espontaneamente, sem espremer ou ordenhar o local da punção para extrair o sangue. A ordenha libera plasma do tecido, diluindo o material colhido. A camada de sangue deve ser fina e homogênea, sem excesso ou manchas. Permitir que o sangue preencha a superfície do círculo completamente;
14. Repetir o procedimento até preencher os cinco círculos;
15. Ao término da coleta deitar a criança no colo ou na maca, comprimir o local com algodão ou gaze;
16. Comunicar a equipe em caso de intercorrência;
17. Aplique um curativo na punção;
18. Desprezar a lanceta no lixo para perfuro cortante;
19. Colocar a amostra para a secagem por 2 horas em posição horizontal, evitando o contato do sangue com qualquer superfície, nunca os expondo ao sol.
20. Retirar as luvas de procedimento;
21. Higienizar as mãos conforme (POP 02);
22. Manter o recém nascido confortável;
23. Anotar os dados no prontuário e em formulários próprios;
24. Preencher papel filtro com caneta e preencher todos os campos de forma legível sem abreviaturas dos dados;
25. Assinar e carimbar registro;
26. Deixe o local organizado;
27. Depois de completamente secos colocar o papel filtro dentro do envelope (Não dobrar). Nunca expor o papel filtro depois de colhido o exame, ao calor ou a umidade. Colocar o envelope dentro de um saco plástico bem vedado na geladeira (geladeira própria), evitando assim o ressecamento das amostras, o que é prejudicial aos testes;
28. As amostras deverão ser enviadas ao laboratório o mais rápido possível.

Considerações

- Não realizar coleta em salas frias e/ou com ar refrigerado;
- Não há necessidade de jejum da criança;
- Iniciar coleta somente após checar se todos os dados foram preenchidos corretamente;
- A punção é exclusivamente nas laterais da região plantar, no calcanhar, para não correr o risco de atingir o osso;
- Evitar tocar nos círculos do papel filtro antes ou após a coleta para prevenir contaminação da amostra ou intercorrência na camada de papel;
- Caso não obtenha uma mancha adequada de sangue, faça uma nova punção para obter a quantidade necessária;
- A amostra depois de seca deve ficar de cor amarronzada;
- Após secas as amostras devem ser acondicionadas em um único envelope, e estes colocados na geladeira (dentro de saco plástico), onde devem permanecer por no máximo 03 dias até serem enviadas ao laboratório de triagem neonatal;

- Nunca retenha as amostras nos serviços por um tempo maior que o estritamente necessário (não deixe acumular) exames para somente depois enviar ao laboratório, pois isso estará atrasando a realização do exame e liberação do resultado, o que poderá prejudicar uma criança portadora de patologias congênitas, causando nela seqüelas irreparáveis;
- Abaixo segue alguns exemplos pelos quais o material deverá ser considerado mal colhido. Nestes casos a criança deverá ser chamada para a nova coleta o mais breve possível para que o exame possa ser realizado ainda na fase de prevenção de seqüelas para a criança:
 - **Adequada:** sangue não homogêneo papel amassado ou raspado;
 - **Insuficiente:** os círculos não estão totalmente preenchidos de sangue;
 - **Concentrado:** aspecto escurecido, papel duro e retorcido, indicando excesso de sangue.

Referências

Manual Técnico de Coleta para o “Teste do Pezinho”. Fundação Ecumênica de proteção ao Excepcional – FEPE, 2013. Disponível: <http://www.fepe.org.br>.

MARTON DA SILVA, M.B.G.; DOMINGOS, M. T.; WITTIG, E.O. Manual de Normas Técnicas para a Coleta de Sangue no “Teste do Pezinho”. Programa desenvolvido e executado pela Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional para a Secretaria de Estado da Saúde e Ministério da Saúde. 2004

