



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) E MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA ATENÇÃO BÁSICA

Colaboradores na elaboração:

Enf^a Aila Graziela Pereira Alves – ESF/SMSA
Enf^a Andreliissa Tomazeli Ferreira- UBS/ SMSA
Enf^a Aline Biondo Alcantara – VE/SMSA
Enf^a Ana Carolina A. F. Pinto-UBS/ SMSA
Enf^o Denival Carlos da Silva – VE/SMSA
Enf^a Hermania Dourado M. M. Cardoso- ESF/ SMSA
Enf^a Janayna Aparecida Martines –SMSA
Enf^a Luciana Alves Ferreira- ESF/ SMSA
Enf^a Thaina Cristina Menegon Bernardo- UBS/SMSA

Colaboradores nas correções e validações:

Enf^o Ana Carolina A. F. Pinto-UBS/SMSA
Enf^a Janayna Aparecida Martines –SMSA
Enf^a Hermania Dourado M. M. Cardoso- ESF/ SMSA
Enf^a Thaina Cristina Menegon Bernardo- UBS/SMSA
Enf^o Marcos Abelbeck de Oliveira – VISA/SMSA

Coordenadora da Atenção Básica:

Daiane Teodoro – Departamento de Atenção Básica/SMSA

Secretário Municipal da Saúde de Assis

Almir Martines Moreno

Atualizado em Agosto/2024

Assis (SP)



SUMÁRIO

Introdução	5
Anotação de enfermagem	6
Aferição da pressão arterial	8
Aferição da glicemia capilar	10
Administração de medicamento via oral	12
Administração de medicamento via subcutânea	13
Administração de medicamento via intramuscular	15
Administração de medicamento via endovenosa	19
Administração de medicamento via intradérmica	22
Administração de medicamento via ocular	24
Procedimento operacional padrão aspiração de traqueostomia	26
Curativo de traqueostomia e troca de cadarço	28
Cateterismo vesical de alívio	30
Cateterismo vesical de demora	33
Coleta de exame citopatológico cérvico vaginal	37
11 certos na administração de medicações	40
Coleta de exame de escarro (BK)	42
Coleta de secreção nasofaríngea	44
Coleta de sorologia e outros exames	46
Curativo	49
Higiene e lavagem das mãos	52
Inaloterapia	55
Medida da estatura	57
Medida do perímetro cefálico	59
Medida do perímetro torácico	61
Medida do peso corporal	62
Prova do laço	64
Sondagem nasogástrica/nasoenteral	65
Teste do pezinho (PKU)	69
Teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C	78
Troca de bolsa de estoma	80
Verificação da frequência cardíaca	82
Verificação da frequência respiratória	84
Verificação da temperatura corpórea	86
Anafilaxia pós administração de medicação/vacina	88
Teste rápido de dengue	91
Teste rápido covid 19	93
Contraceptivo subdérmico	95
Acolhimento	100
Acolhimento com classificação de risco	102



Atendimento em grupo	103
Visita domiciliar	105
Orientações básicas de higiene aos profissionais de saúde	107
Precaução padrão de uso de EPI	108
Utilização de luva de látex	109
Utilização de luva estéril	111
Utilização de luva de nitrila	113
Limpeza da unidade	115
Técnica de varredura úmida	123
Limpeza concorrente	125
Limpeza terminal	127
Técnica de limpeza de tetos e paredes	128
Técnica de limpeza de janelas e portas	130
Técnica de limpeza e desinfecção de bebedouro	132
Técnica de limpeza de sanitários	134
Desinfecção de matéria orgânica	137
Técnica de limpeza e desinfecção de superfícies	138
Limpeza de equipamentos, desinfecção e esterilização	139
Esterilização	144
Indicador biológico	146
Cuidados no armazenamento e utilização dos materiais e produtos de limpeza	148
Acondicionamento de resíduos	150
Recolhimento, coleta e transporte de resíduos	152
Manutenção e limpeza do ar condicionado	154
Dedetização e desratização	155
Solicitação mensal de material e medicação	156



INTRODUÇÃO

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

Tendo em vista as divergências das ações e dos serviços prestados pelos profissionais nos setores de Atenção Básica do Município de Assis (SP) e a necessidade de se garantir a qualidade e segurança dessas ações e serviços, foram elaborados os Protocolos Operacionais Padrão com o objetivo de manter o processo de trabalho e técnicas em funcionamento, através da padronização e minimização de ocorrência de desvios na execução da atividade além de, facilitar o planejamento e a execução do trabalho dos profissionais que compõe o serviço.

Os POPs possuem informações para que os colaboradores possam utilizá-lo como guia, assim como, em caso de dúvidas tenham onde buscar mais informações ou a quem recorrer.

Os Procedimentos deverão ser sistematicamente revisados pelos enfermeiros das unidades de Saúde da Atenção Básica (UBS e ESF), de forma a garantir a atualização e adequação de seus processos e disponibilizados a toda equipe de enfermagem da Atenção Básica.

As Normas e Rotinas estão relacionados ao processo de trabalho e devem ser seguidas em cada unidade de saúde.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 01	PÁGINA: 1/2
	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	REVISÃO: 05/08/2024	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: Diariamente.			
Execução: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.			
Definição: Anotação de Enfermagem é o registro sistematizado de todas as informações, observações, avaliações e ações relativas ao cuidado do paciente/cliente.			
Objetivo: Fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre a equipe de saúde e garantir a continuidade do cuidado.			
Contraindicação: Não há contraindicação para realização deste procedimento.			
Materiais: Prontuário Eletrônico (PEC) Computador com internet e acesso aos ESUS, Caso sistema esteja inoperante utilizar : Caneta esferográfica preferencialmente azul ou preta; Carimbo pessoal (com nome do profissional, categoria e número registro no conselho de classe) e folha sulfite A4			
Procedimento: Registrar todo e qualquer procedimento realizado no paciente sobre sua responsabilidade, garantindo o respaldo legal dos profissionais e garantia da continuidade da assistência prestada (segurança do paciente e do profissional de Enfermagem).			
Observações Importantes: <ul style="list-style-type: none">• Nunca registrar procedimento ou cuidado feito por terceiros;• Registrar de forma completa, clara, legível, pontual, cronológica e objetiva, observando ortografia, caligrafia e redação;• Anotações que forem realizadas fora do (PEC) , em caso de indisponibilidade do sistema devem ser precedidas do nome completo do paciente, da data e hora e assinadas ao final. O uso do carimbo faz parte da assinatura;• Após normalização do sistema, deve ser inserido as informações no CDS do PEC e em registro tardio.• Registrar cuidados prestados, observações efetuadas e sinais/sintomas referidos pelo paciente sem usar termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.).• A Anotação de Enfermagem embasa a Sistematização de Enfermagem realizada pelo Enfermeiro, deve conter nela as respostas frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro;• Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;• O conteúdo da anotação deve ser descritiva e não interpretativa;• Em caso de erro na anotação ou troca de usuário, retificar e justificar em um novo atendimento;• O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos.			

Referência:

1. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 441/2013. Dispõe sobre participação do Enfermeiro na supervisão de atividade prática e estágio supervisionado de estudantes dos diferentes níveis da formação profissional de Enfermagem, 2013.
2. SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem. Anotações de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-deenfermagem-coren-sp.pdf>>. Último acesso: 27.11.2015. São Paulo, 2009.
3. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, 2012.
4. SANTOS, V. E. P. e VIANA, D. L. Fundamentos e Práticas para Estágio em Enfermagem, 3º ed. Editora Yendis. São Caetano do Sul (SP), 2008.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 02	PÁGINA: 1/2
	AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	REVISÃO: 05/08/2024	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: sempre que necessário.			
Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.			
Definição: Procedimento para avaliar o nível de pressão arterial dos indivíduos.			
Objetivos: Detectar precocemente desvios de normalidade; Indicar variações individuais de níveis pressóricos.			
Contraindicação: Aferir em membros com trombose venosa profunda, acessos venosos, lesões ou do lado em que foi realizada mastectomia e em membros com fistulas.			
Materiais: Esfigmomanômetro -> manguito de tamanho adequado ao braço do usuário - com aferidor. Este não deve passar de 2/3 da circunferência do braço; Estetoscópio; Algodão e Álcool a 70%;			
Procedimento: Recomendações e cuidados antes de iniciar o procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Repouso de pelo menos 5 minutos em lugar calmo;2. Esvaziar a bexiga;3. Não praticou exercício há pelo menos 60 minutos antes da aferição;4. Evitar a ingestão de café ou álcool antes da aferição;5. Evitar o fumo 30 minutos antes da aferição;6. Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.7. Reunir o material;8. Higienizar as mãos;9. Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;10. Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração, apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido;11. 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%;12. Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;			



15. Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pera e insuflar o manguito enquanto continua palpar a artéria, o manguito precisa estar inflado a uma pressão acima do ponto em que o pulso não pode ser mais sentido e anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece (estimativa da pressão sistólica);
16. Desinsuflar o manguito rapidamente;
17. Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente (tempo necessário para diminuição da congestão venosa);
18. Colocar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;
19. Manter o estetoscópio firme sobre o pulso braquial, sem pressão excessiva, e insuflar o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20- 30 mmHg acima desta pressão;
20. Esvaziar lentamente o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg., identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);
21. Desinsuflar totalmente o manguito;
22. Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos;
23. Retirar o manguito do braço do paciente;
24. Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
25. Higienizar as mãos;
26. Realizar anotação de enfermagem no prontuário, conforme decisão do COREN- SP;
27. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico – ESUS;
28. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Pressão arterial inicial (mmHg)		Classificação	Seguimento
Sistólica	Diastólica		
<120	<80	Ótima	
< 130	< 85	Normal	Reavaliar em 1 ano
130 - 139	85 - 89	Limítrofe	Reavaliar em 6 meses
140 - 159	90 - 99	Hipertensão estágio 1	Confirmar em 2 meses
160 - 179	100 - 109	Hipertensão estágio 2	Confirmar em 1 mês
≥ 180	≥ 110	Hipertensão estágio 3	Intervenção imediata ou reavaliar em 1 semana

Fonte: (SBC;SBH;SBN,2010)

Referência:

1. 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.
2. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. POTTER, P.A. & PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem, p.729, 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 03	PÁGINA: 1/2
	AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR	REVISÃO: 05/08/2024	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: Sempre que necessário.			
Execução: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem.			
Definição: Método para obtenção do nível de glicemia capilar dos indivíduos.			
Objetivo: Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital, verificada em aparelhos próprios para esse fim.			
Contraindicação: Pacientes com distúrbios de coagulação sanguínea.			
Materiais: <ol style="list-style-type: none">1. Bandeja;2. Algodão;3. Luvas de procedimento;4. Lanceta;5. Glicôsimetro;6. Fitas reagentes.			
Procedimento: <ul style="list-style-type: none">• Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;• Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;• Higienizar as mãos (POP 22);• Calçar as luvas de procedimento;• Conectar a fita reagente ao glicosímetro;• Orientar o paciente a lavar as mãos com água e sabão, enxaguar e secar.• Posicionar o dedo do paciente para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local;• Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção;• Comprimir o local com algodão seco;• Aguardar o resultado pelo glicosímetro;			



- Desprezar lanceta em caixa de perfuro-cortante.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados: lixo contaminado “lixo branco” e lixo comum “lixo preto”;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar e registrar as anotação de enfermagem em PEC (POP 01);
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Seguir as instruções dos fabricantes dos glicosímetros, checando recomendações específicas;
Evitar locais frios, cianóticos ou edemaciados para a punção para assegurar uma amostra de sangue adequada;

Verificar a validade das fitas;

Comunicar resultado ao enfermeiro, caso esteja alterado;

Cumprir rodízio dos locais de punção;

Amostras de sangue escorridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas.

Valores de referência:

- Hipoglicemia: inferior a 70 mg/dl;
- Hipoglicemia grave: <54mg/dl;
- Hiperglicemia: >140 mg/dl.

Quadro 1 - Objetivos glicemicos para pacientes **sem** diabetes mellitus nos diferentes momentos do dia.

Glicemia	Sem diabetes (mg/dl)
Jejum ou pré-prandial	<100
Pós- prandial (2 horas)	<140

Quadro 2 - Objetivos glicemicos para pacientes **com** diabetes mellitus nos diferentes momentos do dia.

Glicemia	Com diabetes (mg/dl)
Jejum ou pré-prandial	<130
Pós- prandial (2 horas)	<180

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022-2023.

Referência:

1. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo (SP), 2015.
2. POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
3. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Medico- Cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2010.
4. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2022-2023. São Paulo. Disponível em: <<https://www.diretriz.diabetes.org.br>>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 04	PÁGINA: 1/1
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ORAL	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Obter uma resposta farmacológica adequada, de ação sistêmica lenta ou quando outras vias não são indicadas.			
Definição: Os medicamentos administrados por via oral são engolidos da mesma forma que os alimentos, para que as substâncias neles presentes, à semelhança do que acontece com os nutrientes, passem para o tubo digestivo e sejam absorvidas através da mucosa gástrica e sobretudo, do intestino, de modo a chegarem à circulação.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Terapia medicamentosa prescrita;2. Copo descartável para medicações;3. Água;4. Bandeja.			
Descrição do procedimento: <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;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. Ofertar água para ajudar na deglutição;7. Permanecer ao lado do usuário até que este degluta todo o medicamento;8. Higienizar as mãos (POP 22);9. Registrar o procedimento em prontuário (POP 01).			
Referências Bibliográficas: <ol style="list-style-type: none">1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.2. FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.3. AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEA	CÓDIGO: POP 05	PÁGINA: 1/2
		REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Obter uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica moderada ou quando outras vias não são indicadas.			
Definição: A medicação é introduzida na região subcutânea, ou seja, no tecido subcutâneo ou hipoderme e possui uma absorção lenta, através dos capilares, de forma contínua e segura. É utilizada para administração de vacinas, como por exemplo, a antirrábica e Sarampo Caxumba e Rubéola, Dengue, anticoagulantes como heparina e também para insulina. A via subcutânea é apropriada para a administração de soluções não irritantes, em um volume máximo de 1,5 ml, que necessitam ser absorvidas lentamente, assegurando uma ação contínua, como é o caso das vacinas contra o sarampo, a tríplice viral, a febre amarela e a rubéola.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Terapia medicamentosa prescrita;2. Medicamento;3. Luva de procedimento;4. Agulha;5. Seringa;6. Algodão embebido em álcool 70%;7. Algodão seco;8. Bandeja.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Certificar-se da prescrição médica, observando à medicação, a via de administração, a dosagem e horário;2. Higienizar as mãos;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;7. Escolher o local para administração do medicamento;8. Fazer antisepsia de local com algodão embebido em álcool 70% exceto em caso de vacinas;			



09. Introduzir a agulha num ângulo de 30° a pele;
10. Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo;
11. Retirar o conjunto agulha e seringa em movimento único;
12. Utilizar bola de algodão para tamponar, evitando que o medicamento extravase;
13. Descartar seringa/agulha em recipientes perfuro-cortante;
14. Retirar luvas;
15. Higienizar as mãos (POP 22);
16. Anotar no prontuário o procedimento, as observações e intercorrências (POP 01).

OBSERVAÇÕES:

1. Na administração de insulina não realizar massagem após aplicação, para evitar a absorção rápida.
2. Locais de aplicação:
 - Face posterior lateral de braço;
 - Região abdominal (insulina, anticoagulantes);
 - Região de coxa interna (insulina e anticoagulantes);

Referências Bibliográficas:

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



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 06	PÁGINA: 1/3
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRAMUSCULAR	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Obter uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica moderada ou quando outras vias não são indicadas.			
Definição: Na via intramuscular a medicação é introduzida dentro do tecido muscular. Essa via é muito utilizada porque possui uma rápida absorção. A musculatura deve ser bem desenvolvida, pois assim teremos mais facilidade de acesso, não há risco de atingir vasos de grande calibre e a inervação não é superficial. É uma via apropriada para a administração de soluções irritantes, como por exemplo, soluções aquosas ou oleosas em volumes superiores a 1,5 ml até, no máximo, 5 ml. A escolha da injeção intramuscular também é feita quando há necessidade de o produto ser absorvido rapidamente, ou quando é preciso obter efeitos mais imediatos.			
Condições necessárias: Terapia medicamentosa prescrita; Medicamento; Luva de procedimento; Agulha; Seringa; Algodão embebido em álcool 70%; Algodão seco; Bandeja.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Certificar-se de acordo com os “11 certos” garantindo a segurança da prescrição no uso e na administração de medicamentos2. Higienizar as mãos (POP 22) ;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;7. Escolher o local para administração do medicamento (glúteo, deltoide, ventroglúteo 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 antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%;
10. Introduzir a agulha num ângulo de 90° a pele;
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 22);
18. Anotar no prontuário do usuário o procedimento e as observações e ou intercorrências.

OBSERVAÇÕES:

Locais de aplicação:

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

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

Dorso glúteo (DG):

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



Ventroglútea (VG);

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

Face Vasto Lateral da Coxa:

- Colocar o paciente 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.

Deltoide:

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

Quadro 1: Modelo e indicação de agulhas para injeção

Modelos Disponíveis	Comprimento (cm) X Calibre Agulha (mm)	Via de Administração	Região de Aplicação	Cor do Canhão	Características do Usuário
20 x 0,55	2,0 X 0,55	IM	Vasto lateral coxa		• Crianças
25 X 0,6	2,5 X 0,6	IM	Vasto lateral coxa		• Crianças (a avaliação clínica da musculatura é imprescindível)
			Deltoide		• Adultos magros
25 X 0,7	2,5 X 0,7	IM	Vasto lateral coxa Deltoide EV		• Homens • Mulheres peso menor 90 Kg
30 x 0,7	3,0 X 0,7	IM	Ventroglúteo Dorsoglúteo		• Homens com peso corpóreo entre 60- 118Kg; • Mulheres com peso corpóreo entre 60- 90 Kg)
25 X 0,8	2,5 X 0,8	IM (em adultos)	Vasto lateral coxa Deltoide EV		• Homens com peso corpóreo entre 60- 118Kg; • Mulheres com peso corpóreo entre 60- 90 Kg)
30 x 0,8	3,0 X 0,8	IM (em adultos)	Ventroglúteo Dorsoglúteo		• Homens com peso maior 118 kg • Mulheres com peso até 90 Kg
40 x 0,8	4,0 X 0,8	IM adultas obesos	Deltoide; Vasto lateral coxa		• Mulheres com peso maior de 90 Kg • Homens com peso maior 118 kg
40 X 1,2	4,0 X 1,2	—	Aspiração; Preparação de medicamentos / . Uso veterinário		—



Referências Bibliográficas:

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



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 07	PÁGINA: 1/3
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ENDOVENOSA	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: <ol style="list-style-type: none">1. Permitir absorção rápida do medicamento;2. Aplicar medicamentos a clientes impossibilitados de utilizar outra via;3. Administrar doses elevadas de medicamentos e soros;4. Manter / reestabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico.			
Definição: Método de administração de medicamentos ou soluções através de uma veia.			
Material: <ol style="list-style-type: none">1. Bandeja;2. Luva de procedimento;3. Algodão;4. Garrote;5. Etiqueta para identificar o medicamento;6. Seringa descartável com dispositivo de segurança;7. Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;8. Medicamento/solução prescrita;9. Solução prescrita para diluição do medicamento;10. Equipos micro ou macrogotas (se necessário);11. Cateter intravenoso periférico – Abocath ou dispositivo de infusão intravenoso – Scalp com número adequado para quantidade e velocidade de infusão;12. Esparadrapo ou micropore.			
Descrição do procedimento <ol style="list-style-type: none">1. Checar os “11 certos”2. Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;3. Conferir o prescritor (nome e nº registro no órgão de classe) e a instituição procedente;4. Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamentos.5. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, e outras quesitos;6. Reunir o material;			



5. Higienizar as mãos (POP 22);
6. Apresenta-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
7. Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento a ser administrado;
8. Calçar luvas de procedimento;
9. Verificar o local onde será realizada a punção venosa, atentar para possíveis restrições de local (mastectomia, distúrbios de coagulação, cateterismo e fístulas);
10. Realizar antisepsia da pele;
11. Garrotear aproximadamente 10 cm acima do local escolhido para a realização da punção venosa, solicitar ao paciente a realização do movimento de abrir e fechar das mãos;
12. Utilizar o dispositivo mais adequado para infusão do medicamento conforme as indicações a seguir:

Punção com Scalp:

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

Punção com cateter intravenoso periférico (Abocath):

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

Após a finalização da administração medicamentosa:

1. Retirar o dispositivo escolhido para punção e pressionar o local com algodão;
2. Desprezar os materiais perfuro- cortantes em recipiente adequado;
3. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
4. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;



5. Realizar anotação de enfermagem,
6. Registrar o procedimento em planilha de produção;
7. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Referências Bibliográficas:

1. NÉRI, E.D.R., *et al.* Protocolos de preparo e administração de medicamentos: Pulsoterapia e Hospital Dia. Universidade Federal do Ceará, Hospital Walter Cantídio. Fortaleza/CE, 2008.
2. SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer nº 14/2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos, 2010.
3. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 08	PÁGINA: 1/2
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRADERMICA	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Administrar testes e vacinas pela via Intradermica.			
Definição: Essa é uma via muito restrita usada para pequenos volumes, sendo a solução introduzida na camada superficial da pele, chamada derme. A via intradermica é uma via de absorção muito lenta.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Bandeja.2. Medicamento.3. Recipiente de material perfuro-cortante.4. Bolas de algodão ou gazes.5. Seringa 1ml.6. Agulha 13X4, 5mm.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos (POP 22).2. Conferir os 11 certos da segurança do paciente.3. Explicar o procedimento ao cliente ou familiares.4. Apoiar o braço sobre superfície plana.5. Verificar se o local escolhido está limpo.6. Proceder à limpeza com álcool 70%.7. Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios de assepsia.8. Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola.9. Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto.10. Usar a mão não dominante para esticar as dobras da pele no local da injeção.11. Colocar a agulha formando com a pele um ângulo de 15°.12. Injetar o líquido lentamente, ao mesmo tempo em que observa o surgimento de uma bolha.13. Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção.14. Não reencapar a agulha.15. Descartar a seringa na caixa de perfuro cortante.16. Permanecer com o paciente e observar reação alérgica.			



18. Higienizar as mãos (POP 22).

19. Anotar o procedimento e observações no prontuário e-SUS do cliente (POP 01).

Referências Bibliográficas:

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



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 09	PÁGINA: 1/2
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA OCULAR	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Obter uma resposta farmacológica adequada através da via indicada.			
Definição: Os medicamentos de uso oftálmico ou ocular podem ser usados para fins diagnósticos ou terapêuticos e se apresentam sob a forma de pomada ou colírio.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Bandeja S/N.2. Medicamento.3. Luva de procedimento.4. Gaze estéril.5. SF 0,9% 10 ml.			
‘1			
Descrição do procedimento:			
GOTA <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos (POP 22);2. Colocar luvas de procedimento;3. Pedir ao cliente para deitar em decúbito dorsal ou sentar-se em uma cadeira com a cabeça ligeiramente hiperestendida;4. Limpar as pálpebras do cliente com gaze embebida em SF0,9% (canto interno para o externo);5. Descartar a gaze e usar uma para cada limpeza;6. Com a mão dominante repousando sobre a fronte do cliente, segure o frasco da solução oftalmológica aproximadamente 1 a 2 cm acima do saco conjuntival;7. Expor o saco conjuntivo inferior e segurar a pálpebra superior bem aberta com a mão não dominante, solicitar ao cliente para olhar para o teto;8. Aplicar a medicação;9. Oferecer gaze ao cliente para limpar o excesso;10. Higienizar as mãos.11. Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente, conforme (POP 01).			



POMADA

1. Segure o aplicador acima da pálpebra inferior, aplique uma camada fina de pomada de maneira uniforme ao longo da borda interna da pálpebra inferior sobre a conjuntiva, desde o canto interno para o externo;
2. Solicitar que o cliente feche os olhos e faça movimentos giratórios do globo ocular após aplicação da pomada;
3. Retirar o excesso de pomada com gaze ou hastes flexíveis com algodão nas pontas, do ângulo interno para o ângulo externo do olho;
4. Desprezar materiais utilizados, observando especificidade de cada um.
5. Higienizar as mãos (POP 22).
6. Registrar o procedimento e observações no prontuário (POP 01).

Referências Bibliográficas:

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.
2. FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 10	PÁGINA: 1/2
	ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Enfermeiro.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Retirar secreções do trato respiratório; promover a permeabilidade das vias aéreas; prevenir e auxiliar no tratamento das infecções respiratórias; aumentar a eficácia respiratória.			
Definição: Técnica de aspiração traqueal consiste na remoção de secreções das vias aéreas superiores (naso e orofaringe) com a utilização de um cateter. A aspiração traqueal é realizada com objetivo de manter as vias aéreas do paciente, intubado ou traqueostomizado, permeáveis e livres de secreções.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos (POP 22);2. Observar o cliente avaliando necessidade de aspiração;3. Preparar o material;4. Solicitar o auxílio para realização do procedimento;5. Interromper temporariamente a dieta.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Bandeja;2. Sonda de aspiração traqueal estéril – nº 12, 14 ou 16 (adulto), nº 8 ou 10 (criança);3. Compressa gaze estéril;4. Pares de luvas estéreis;5. Pares de luvas procedimento;6. Solução fisiológica 10 ml;7. Aspirador;8. Frasco de aspiração;9. Máscara cirúrgica;10. Óculos de proteção.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Higienize as mãos (POP 22);2. Reúna o material na bandeja;3. Explique o procedimento ao paciente;			



4. Coloque o paciente em posição de Semi-Fowler;
5. Conecte o aspirador ao frasco coletor;
6. Calçar luva de procedimento na mão não dominante e luva estéril na mão dominante;
7. Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante;
8. Com a mão não dominante clampar a extensão de látex e introduzir a sonda com a mão dominante até encontrar resistência ou ocorrer tosse por estimulação;
9. Desclampar a extensão para que ocorra a aspiração da secreção;
10. Retirar lentamente a sonda, realizando movimentos circulares. Esta etapa não deve exceder a 10s;
11. Retirar as luvas;
12. Lavar as mãos (POP 22);
13. Registrar o procedimento no prontuário (POP 01).

Referências Bibliográficas:

1. SANTOS F.N.Q. A Influência da Aspiração Endotraqueal Sobre a Pressão Intracraniana no Traumatismo Cranio - Encefálico Grave. Rio de Janeiro, 2008.
2. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Manual de Procedimentos de Enfermagem. Brasília/ DF, 2012.
3. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 11	PÁGINA: 1/2
	CURATIVO DE TRAQUEOSTOMIA E TROCA DE CADARÇO	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivos: Proteger de forma asséptica o ostoma da Traqueostomia para prevenção de contaminação.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Pacote de curativo estéril contendo as pinças dente de rato, anatômica e de Kelly;2. Gazes estéreis;3. Tira de cadarço de aproximadamente 40 cm ou fita com fecho de contato (Velcro) apropriado;4. Soro Fisiológico 0,9%;5. Lâmina de Bisturi;6. Cuba rim;7. Um par de Luvas estéreis;8. EPIs;9. Saco de lixo impermeável.			
Descrição do Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Explicar o procedimento ao cliente;2. Colocar o cliente em decúbito elevado no mínimo em 45°, proteger o tórax e a maca com forro. Se for feito em domicílio, proteger a cama;3. Colocar máscara e os óculos;4. Higienizar as mãos (POP 22);5. Abrir pacote de curativo, colocar as pinças com cabos voltados para a borda e gazes em quantidade suficiente no campo estéril;6. Remover o curativo anterior com o auxílio da pinça dente de rato e descartar no saco;7. Montar gaze na pinça Kelly com auxílio da pinça anatômica. Umedecer a gaze com o soro fisiológico 0,9%;8. Limpar ao redor e por baixo da parte externa da cânula. Com outra gaze úmida, limpar ao redor da ostomia. Secar a área com gaze seca;9. Dobrar duas gazes ao meio e colocá-las ao redor do estoma, protegendo o pescoço do contato com a cânula;10. Trocar o cadarço, amarrando-o na lateral do pescoço. Segurar a cânula durante este procedimento;11. Retirar o forro do tórax do cliente;			



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

12. Higienizar as mãos (POP 22);
13. Anotar a troca de curativo e os aspectos do estoma traqueal no prontuário do cliente;
14. Orientar os familiares quanto à técnica de troca de curativo da traqueostomia para eles darem continuidade no domicílio.

Referências Bibliográficas:

1. ZUNIGA, Q.G.P., Ventilação Mecânica Básica para Enfermagem. São Paulo, Atheneu, 2003.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ASSIS/SP	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 12	PÁGINA: 1/3
	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Enfermeiro.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Realizar a técnica de cateterismo vesical de alívio de forma segura para o usuário, prevenindo infecção do trato urinário.			
Definição: É a introdução de uma sonda estéril através da uretra até a bexiga, com a finalidade de drenar a urina. Deve-se utilizar técnica asséptica no procedimento a fim de evitar uma infecção urinária no cliente.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Bandeja;2. Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba rim, cuba redonda, pinça, e campo fenestrado.);3. Sonda uretral estéril de calibre compatível (uma via);4. Solução antisséptica (PVPI tópico ou clorexedine degermante);5. Luva estéril;6. Lubrificante hidrossolúvel (Xilocaína gel);7. Saco plástico para lixo.			
Material para higiene externa pré-sondagem: <ol style="list-style-type: none">1. Sabão líquido;2. Recipiente com água morna;3. Toalha;4. Luvas de procedimento e luvas de banho.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos (POP 22);2. Reunir o material;3. Explicar ao usuário o procedimento;4. Preservar a privacidade do usuário, levando-o para uma sala fechada e individual. Caso seja feito em domicílio, realizar em um ambiente que preserve a privacidade;5. Colocar o usuário em posição ginecológica, expondo apenas os genitais (feminina); o cliente do sexo masculino deve ser posicionado em decúbito dorsal horizontal com as coxas ligeiramente abduzidas e realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário);6. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas do usuário, próximo aos			



- genitais;
7. Abrir o pacote aproximando o campo das nádegas da paciente, mantendo os princípios assépticos;
 8. Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a no campo estéril;
 9. Colocar a solução antisséptica na cuba redonda;
 10. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica;
 11. Fazer trouxinhas com a gaze e utilizar a pinça com a mão direita para pinçá-las;
 12. Assepsia do meato uretral, e região pelvica;

A – SEXO FEMININO

1. Posicionar a paciente confortavelmente.
2. Lavar as mãos (POP 22).
3. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica.
4. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.
5. Colocar o paciente em posição de decúbito dorsal, com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados.
6. Calçar as luvas estéreis.
7. Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado; mantendo-os afastados até que o cateterismo termine.
8. Realizar antisepsia da região perineal com movimentos únicos.
9. Evitar contaminar a superfície da sonda.
10. Administrar lidocaina gel em extremidade de sonda.
11. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.
12. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
13. Secar a área, tornar o paciente confortável.

B – SEXO MASCULINO

1. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
2. Realizar a assepsia em movimentos únicos da base do pênis até o púbis, e após da base do pênis até raiz da coxa, bilateralmente. Após, da glande até a base, e por último em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.
3. Usar as luvas estéreis, introduzir a sonda dentro da uretra até que a urina flua.
4. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.
5. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
6. Secar a área, tornar o paciente confortável.
7. Lavar as mãos (POP 22).
8. Realizar anotação de enfermagem no prontuário (POP 01);
9. Manter ambiente de trabalho em ordem.



INTRODUÇÃO DA SONDA

A – FEMININA

- a) Pedir à usuária que faça força para baixo, como se fosse urinar, e introduzir lentamente a sonda através do meato uretral;
- b) Avançar a sonda por um total de 5 a 7,5 cm no adulto ou até que a urina flua para fora da extremidade da sonda. Quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5 cm.

B - MASCULINO

- a) Levantar o pênis, para posicionar perpendicularmente ao corpo do cliente, e aplicar uma tração suave.
- b) Pedir ao usuário que faça força para baixo, como se fosse urinar, e introduzir lentamente a sonda através do meato uretral.
- c) Avançar a sonda por 17 a 22,5 cm no adulto ou até que a urina flua na extremidade da sonda. Quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5 cm.

OBSERVAÇÃO:

- ✓ Verificar a saída de diurese pelo cateter, deixando-a cair na cuba rim;
- ✓ Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da diurese;
- ✓ Após a saída completa da diurese, clampar o cateter com a pinça e removê-lo da uretra.
- ✓ Desprezar todo material;
- ✓ Higienizar as mãos (POP 22);
- ✓ Anotar no prontuário do procedimento, a quantidade de diurese eliminada e observações (POP 01).

Referências

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



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 13	PÁGINA: 1/4
	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Enfermeiro.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Realizar a técnica de cateterismo vesical de demora de forma segura para o usuário, prevenindo infecção do trato urinário.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Bandeja;2. Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba rim, cuba redonda, pinça e campo fenestrado);3. Sonda Vesical Foley (duas vias) ou cateter vesical de irrigação (três vias);4. Solução antisséptica (PVPI tópico e ou clorexedine degermante);5. Bolsa coletora (sistema fechado);6. Esparadrapo e micropore;7. Luva estéril;8. Seringa de 20 ml9. Água destilada 10- 30 ml.10. Lubrificante hidrossolúvel (Xilocaína gel);11. Saco plástico para lixo;12. Material para higiene externa pré-sondagem: sabão líquido, jarro com água, comadre, toalha, impermeável, luvas de procedimento e luvas de banho.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos (POP 22);2. Reunir o material;3. Explicar ao usuário o procedimento;4. Preservar a privacidade do cliente, levando-o para uma sala fechada e individual. Caso seja feito em domicílio, realizar em um ambiente que preserve a privacidade;5. Colocar o usuário em posição ginecológica, expondo apenas os genitais (feminina); o cliente do sexo masculino deve ser posicionado em decúbito dorsal horizontal com as coxas ligeiramente abduzidas e realizar higiene íntima com água e sabão (quando necessário)6. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas do usuário, próximo aos genitais7. Abrir o pacote aproximando o campo das nádegas, mantendo os princípios assépticos8. Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a no campo estéril9. Colocar a solução antisséptica na cuba redonda;			



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

A – SEXO FEMININO

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

B – SEXO MASCULINO

- a) Quando o usuário não é circuncidado, retirar o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis pela diáfise, exatamente abaixo da glande. Retrair o meato uretral entre o polegar e o indicador. Manter a mão não dominante nessa posição durante todo o procedimento;
- b) Fazer a limpeza da glande com movimentos circulares de cima para baixo (da glande para o corpo e a base do pênis) repetir o procedimento 3 vezes;
- c) Colocar a pinça sobre o campo;
- d) Colocar o campo fenestrado com a mão dominante;
- e) Manter a mão não dominante na genitália;
- f) Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta da sonda na cuba rim;
- g) Aplicar xilocaína ou soro fisiológico na ponta da sonda;
- h) Avisar ao cliente sobre da introdução da sonda, e pedir para ele relaxar a musculatura do quadril.

INTRODUÇÃO DA SONDA:

A – FEMININA

- a) Pedir à usuária que faça força para baixo, como se fosse urinar, e introduzir lentamente a sonda através do meato uretral.
- b) Avançar a sonda por um total de 5 a 7,5 cm no adulto ou até que a urina flua para fora da extremidade da sonda. Quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5 cm. Não forçar em caso de resistência.
- c) Liberar os grandes lábios e segurar firmemente e o cateter com a mão não dominante. Insuflar o balonete.



B – MASCULINO

- a) Levantar o pênis, para posicionar perpendicularmente ao corpo do cliente, e aplicar uma tração suave.
- b) Pedir ao usuário que faça força para baixo, como se fosse urinar, e introduzir lentamente a sonda através do meato uretral.
- c) Avançar a sonda por 17 a 22,5 cm no adulto ou até que a urina flua na extremidade da sonda, quando a urina aparecer, a partir daí avançar a sonda por mais 2,5 a 5 cm. Em caso de resistência não forçar.
- d) Abaixar o pênis e segurar firmemente a sonda com a mão não dominante. Insuflar o balonete e reduzir o prepúcio.

APÓS A INTODUZIR SONDA:

1. Insuflar o balonete e conectar a sonda na extensão da bolsa coletora;
2. Certificar se a sonda está na bexiga, tracionando-a delicadamente até notar resistência e descalçar as luvas;
3. Fixando a sonda:

A – FEMININA

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

B – MASCULINA

- a) Fixar a sonda no ápice da coxa ou na parte inferior do abdome, permitir uma folga na sonda para evitar tensão sobre a mesma.
 1. Desprezar se necessário, o volume urinário retido na bolsa coletora.
 2. Higienizar as mãos.
 3. Anotar no prontuário do cliente o procedimento e marcar o retorno para trocar a sonda (POP 01).

OBSERVAÇÃO:

- ✓ Pela Associação Paulista de Controle de Infecção Hospitalar - publicação sobre Prevenção de Infecção do Trato Urinário, “A manutenção de sistema de drenagem de urina fechado constitui uma das medidas mais importantes na prevenção de infecção associada à cateterização”
- ✓ Pela ANVISA não existe rotina preconizada para o tempo de permanência da sonda. O orientado é retirá-la o mais rápido possível. Haverá a necessidade de avaliação pelos membros da instituição para verificar a funcionalidade e a condição de troca (21 dias).
- ✓ Não há evidência definitiva na literatura sobre intervalo ótimo para troca da sonda vesical de demora (via uretral ou via supra púbica) nos pacientes que necessitam do uso da sonda por longo período. Por essa razão, não há recomendação para a troca com intervalo fixo. Entretanto a troca pode ser realizada nas seguintes situações:
- ✓ Quando indicado por alterações clínicas do paciente, como nos episódios de infecção, drenagem inadequada ou incrustações.
- ✓ Se o paciente tem um padrão de tempo entre a colocação da sonda e o surgimento de infecção ou



de obstrução da sonda, especialmente quando a obstrução é causada por incrustações. Nesses casos, a troca pode ser planejada com intervalos regulares, uma semana antes do provável início das manifestações clínicas.

Referências:

1. APECIH. Prevenção de Infecção do Trato Urinário. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2009.
2. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema de Perguntas e Respostas. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/faqdinamica/index.asp?Secao=Usuario&usersecoes=30&userassunto=52>
3. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
4. TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592,2007.
5. GENG, V. et al. Catheterisation Indwelling catheters in adults: Urethral and Suprapubic. Arnhem: European Association of Urology Nurses, 2012. Disponível em: <http://nurses.uroweb.org/guideline/catheterisation-indwelling-catheters-in-adults-urethral-and-suprapubic/>. Acesso em: 18 jan. 2018.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 14	PÁGINA 1/5
	COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO VAGINAL	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Enfermeiro.			
Quando: Conforme a agenda ou quando necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Rastreamento de avaliação ginecológica das mulheres em idade fértil.			
Definição: O teste de Papanicolau é um exame ginecológico de citologia cervical realizado como prevenção ao câncer do colo do útero.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Espéculo (tamanho pequeno, médio e grande);2. Lâmina com uma extremidade fosca;3. Espátula de Ayres;4. Escova cervical;5. Par de luvas para procedimento;6. Formulário de requisição do exame;7. Lápis n.º 2 (para identificação da lâmina);8. Máscara cirúrgica e óculos de proteção;9. Fixador apropriado;10. Recipiente para acondicionamento das lâminas;11. Lençol para cobrir a usuária;12. Avental;13. Foco de Luz.			
Descrição do procedimento:			
Orientações para a mulher antes da coleta do exame: <ul style="list-style-type: none">- Não estar menstruada. Preferencialmente, aguardar o 5º dia após o término de menstruação. A presença de pequeno sangramento de origem não menstrual, não é impeditivo para a coleta, principalmente nas mulheres na pós-menopausa.- Não usar creme vaginal nem submeter-se a exames endovaginal (ultrassonografia) pôr 3 dias antes do exame.- Preferencialmente: não manter relações sexuais 48 horas antes da coleta. É impossível realizar análise de amostra que contenha grande quantidade de sangue ou esteja contaminada por creme vaginal, vaselina e outros.			



❖ ANTES DE INICIAR A COLETA – REALIZAR ANAMNESE

1. Verificar primeiramente se a paciente é virgem, caso seja virgem, encaminhar para avaliação do profissional médico;
2. Caso já tenha iniciado vida sexual, perguntar se está grávida ou suspeita estar. Caso afirmativo não colher material endocervical;
3. Identificar a lâmina, na extremidade fosca, com lápis n.º 2, com as iniciais do nome da mulher, CNES do estabelecimento de saúde e o número de identificação do usuário no serviço de saúde.
4. Preencher o formulário completo, com letra legível e sem rasura;
5. Realizar a Consulta de Enfermagem.

❖ COLETA:

1. Crie um ambiente acolhedor, comportar-se com cortesia e respeitar a privacidade da mulher;
2. Orientar a cliente sobre o desenvolvimento do exame, procurando deixá-la menos ansiosa;
3. Solicite à cliente que esvazie a bexiga e em seguida que ela retire a parte inferior da roupa, dando-lhe o avental ou um lençol para que se cubra, indicando o banheiro ou outro local reservado;
4. Solicite que ela deite na mesa, auxiliando-a a posicionar-se adequadamente para o exame;
5. Cubra-a com o lençol;
6. Inicie a primeira fase do exame, expondo somente a região a ser examinada, verificando:
 - A. VULVA - se há lesões esbranquiçadas ou hiperocrômicas, nódulos, verrugas e/ou feridas;
 - B. A VAGINA - o aspecto, a existência de lesões, pólipos, verrugas e corrimentos.

❖ COLOCAÇÃO DO ESPÉCULO:

- a) Escolha o espéculo mais adequado ao tamanho da vagina da paciente. A dificuldade em localizar o colo pode estar na escolha errada do tamanho do espéculo. O espéculo de tamanho pequeno deve ser utilizado em mulheres que não tiveram parto vaginal (normal) ou muitos jovens, menopausadas e em mulheres muito magras. O espéculo de tamanho grande pode ser o indicado para as mulheres multíparas e para as obesas. Condições intermediárias ou em caso de dúvida, use o de tamanho médio.
- b) Introduza o espéculo, procedendo da seguinte forma:
 - Não lubrifique o espéculo com soro fisiológico 0,9% ou gel base de água;
 - No caso de pessoas idosas com vaginas extremamente ressecadas, recomenda-se molhar o espéculo com soro fisiológico ou solução salina;
 - Introduza-o em posição vertical e ligeiramente inclinado;
 - Iniciada a introdução faça uma rotação de 90.º, deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal;
 - Uma vez introduzido totalmente na vagina, abra-o lentamente e com delicadeza. Se houver dificuldade para visualizar o colo, sugira que a cliente tussa, não surtindo efeito tente manobra de manipulação delicada com os dedos para afastar a parede vaginal;
 - Se ao visualizar o colo houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente



com uma gaze montada em uma pinça, sem esfregar, para não perder a qualidade do material a ser colhido.

❖ COLETA DA ECTOCÉRVICE:

- a) Utilize a espátula de madeira tipo Ayres, do lado que apresenta reentrância;
- b) Encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360.º, em torno de todo o orifício, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra. Caso considere que a coleta não tenha sido representativa, faça mais uma vez o movimento de rotação;
- c) Estenda o material ectocervical na lâmina dispendo-o no sentido horizontal, ocupando 2/3 da parte transparente da lâmina, esfregando a espátula com suave pressão, garantindo uma amostra uniforme.

❖ COLETA DO CANAL CERVICAL:

- a) Utilize a escova de coleta endocervical.
- b) Recolha o material introduzindo a escova delicadamente no canal cervical, girando-a 360.º.
- c) Ocupando 1/3 restante da lâmina, estenda o material rolando a escova de cima para baixo.

❖ FIXAÇÃO DO MATERIAL:

1. A fixação do esfregaço deve ser procedida imediatamente após a coleta, sem nenhuma espera;
2. Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20 cm;
3. Deixar a lâmina em um superfície plana, por 5 minutos para secar e fixar.
4. Após secagem da lâmina, armazena-la na caixa específica para colocação de lâmina.

❖ APÓS FIXAÇÃO DO MATERIAL:

1. Retirar o espéculo suavemente;
2. Colocar a mulher em posição confortável e pedir para se trocar;
3. Retirar as luvas e lavar as mãos (POP 22);
4. Anotar o procedimento, a inspeção clínica e as intervenções no prontuário da cliente (POP 01);
5. Orientá-la quanto ao tempo que levará para a chegada do resultado do exame.

Referências:

1. LABPAC. Anatomia Patológica e Citopatologia. Manual de Coleta de Citologia Cervico Vaginal. Disponível em: http://www.labpac.com.br/labpac/var/arquivos/docs/MANUAL_DE_COLETA.pdf
2. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
3. TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592,2007.



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 15	PÁGINA: 1/3
	11 CERTOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES	REVISÃO: 05/08/2024	

Responsável: Equipe de enfermagem

Quando: Antes e após cada procedimento de administração de medicamentos/ vacinas.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo: Administrar medicações e os imunobiológicos de forma segura e correta.

PACIENTE CERTO	Confirmar se é o paciente certo, observando o nome na carteira de vacinação; no documento de identidade/ou certidão de nascimento e no sistema
MEDICAÇÃO CERTA	Confirmar se é a vacina/medicação certa, lendo o rótulo e não se baseando pela cor dos frascos
DOSE CERTA	Observar se é a dosagem em ml certa para aquele imunobiológico/medicamento específico
VIA CERTA	Verificar se é a via correta conforme especificação do imunobiológico/ medicação
DATA/HORÁRIO	Confirmar se a data e horário para a aplicação da vacina/ medicação está correta
APRAZAMENTO CERTO	Aprazar corretamente, não se baseando apenas pelo aprazamento do sistema
VALIDADE CERTA	Confirmar se o imunobiológico/ medicamento e o material descartável está dentro da validade, observar também o prazo de validade após a abertura do frasco.
ORIENTAÇÃO CERTA	Orientar corretamente conforme requisito do acolhimento.
REGISTRO CERTO	Registrar corretamente tanto na carteira de vacinação, quanto no sistema.
INDICAÇÃO CERTA	Verificar se é a vacina/ medicação indicada para o momento conferindo a prescrição e indicação conforme calendário vacinal/ prescrição médica.
ARMAZENAMENTO CERTO	Observar se o imunobiológico/ medicamento está armazenado dentro da temperatura adequada (2°C a 8°C).



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

Referência:

1 -COREN. Uso seguro de medicamentos: Guia de preparo, administração, monitoramento. São Paulo, Conselho Regional de Enfermagem-SP 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Usos-seguro-de-medicamentos-Handout-29.11.2017-web.pdf>

2-CURITIBA. Divisão de imunobiológicos de Curitiba. Prefeitura Municipal de Curitiba, 06 de dezembro de 2023. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/POP%20-%20Divis%C3%A3o%20de%20imunobiol%C3%B3gicos%20-%20VERS%C3%83O%2006%2012%202023.pdf>



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 16	PÁGINA: 1/3
	COLETA DE EXAME DE ESCARRO (BK)	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e/ou Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Coletar o escarro de maneira adequada é essencial para identificar rapidamente os casos bacilíferos de Tuberculose Pulmonar, permitindo o início precoce do tratamento e a interrupção da transmissão da doença.			
Definição: O exame de escarro BK é realizado para detectar o Bacilo de Koch, o agente causador da tuberculose (TB). O termo "BK" refere-se ao bacilo álcool-ácido resistente, que é o agente causador da tuberculose. No contexto do exame de escarro, o teste de pesquisa de BAAR (Bacilo Álcool Ácido Resistente) ou teste de baciloscopia de escarro é usado para identificar a presença do Mycobacterium tuberculosis nos espécimes coletados.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Qualidade e quantidade da amostra- o doente deve fazer estímulo de tosse para que a amostra seja satisfatória, e o volume ideal é de 5 a 10 ml;2. Recipiente plástico estéril com boca larga, transparente com tampa de rosca (35 a 50ml);3. Requisição do exame o recipiente com a amostra deverá ser acompanhado por uma requisição de exame preenchida pelo funcionário da unidade de saúde, contendo dados do paciente e da amostra, assim como do requisitante.4. Local de coleta devem ser realizados em local aberto, de preferência ao ar livre;5. Momento da coleta e número de amostras devem ser coletados uma ou duas amostras, quando duas amostras, a primeira deve ser coletada já nesta consulta, para aproveitar o doente e a segunda no dia seguinte ao despertar;6. Orientação ao paciente ofertar orientações claras e objetivas;7. Radiografia de tórax para avaliação inicial da TB pulmonar;			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Entregar o recipiente ao paciente, verificando se a tampa do pote fecha bem e se já está devidamente identificado (nome do paciente; data da coleta; número da amostra no corpo do pote);2. Orientar o paciente quanto ao procedimento de coleta: ao despertar pela manhã, lavar bem a boca, inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse. Repetir essa operação até obter três eliminações de escarro, evitando que ele escorra pela parede externa do pote.3. Informar que o pote deve ser tampado e colocado em um saco plástico com a tampa para cima, cuidando para que permaneça nessa posição durante o transporte até a unidade de saúde;4. Orientar o paciente a lavar as mãos após o procedimento;5. Preencher a requisição de exames diagnósticos para tuberculose com todos os dados pessoais do paciente, e informações sobre diagnóstico, controle de tratamento, 1ª ou 2ª amostra;6. Informar a VE/ SMSA para retirada do material, que deve ser conservada em geladeira comum específica na unidade de saúde;7. Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente, conforme POP 01;			



Informações importantes:

- ❖ Se resultado do exame de escarro (BK) for positivo para Tuberculose (bacilífero), convocar o paciente para início imediato do tratamento e notificações necessárias, assim como testes rápidos para IST's (POP 29), solicitar também ao doente os contatos próximos residenciais para que sejam convocados a unidade de saúde e realizados as solicitações de PPD ou IGRA, conforme necessidade;
- ❖ Orientar, conscientizar e fornecer ao doente máscara cirúrgica, reforçando sobre a importância do uso desta na unidade de saúde e em ambiente com aglomeração de pessoas, bem como priorizar o atendimento desta população, que deve aguardar na área externa da unidade após o acolhimento;
- ❖ Garantir acompanhamento médico e de enfermagem mensal e encaminhamentos caso necessário;
- ❖ Encaminhar a notificação dos casos novos, juntamente com a receita médica a VE/SMSA e ao CAF (Centro de Distribuição Farmacêutica);
- ❖ Os doentes bacilíferos devem realizar coleta de BK mensalmente durante o tratamento (1º ao 6º mês), e quando necessário radiografias de tórax para acompanhamento;
- ❖ Realizar busca ativa dos Sintomáticos respiratórios quando houver necessidade e solicitação da VE/SMSA.
- ❖ Preencher todos os dados da Ficha de acompanhamento dos pacientes com diagnóstico de Tuberculose (recebida da VE/SMSA), e solicitar medicações dos doentes já em acompanhamento de TB, encaminhar à VE/SMSA via email, mensalmente, conforme rotina;
- ❖ Encaminhar receita das medicações dos doentes já em acompanhamento de TB ao CAF via email, sendo necessário a prescrição da primeira fase e segunda fase de tratamento, conforme rotina;

Referências:

1. BRASIL. Manual de Normas Técnicas de Tuberculose para Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde, 2011.
2. BRASIL. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde, 2019.



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 17	PÁGINA: 1/3
	COLETA DE SECREÇÃO NASOFARÍNGEA	REVISÃO: 05/08/2024	

Responsável: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e/ou Auxiliar de Enfermagem.

Quando: Sempre que necessário.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo: O objetivo do exame é para confirmar, estabelecer ou complementar o diagnóstico clínico.

Definição: A coqueluche é uma doença infecciosa aguda do trato respiratório inferior, de distribuição universal, altamente contagiosa, caracteriza-se por paroxismos de tosse não produtiva. A doença ocorre sob as formas endêmica e epidêmica, acometendo pessoas de qualquer faixa etária. Em lactentes, pode resultar em número elevado de complicações e até em morte (3,6).

A coleta deve ser realizada antes do início dos antimicrobianos ou no máximo após 3 dias de sua instituição.

Material necessário:

- 1- Swab e meio de cultura específicos e refrigerados fornecidos pelo Instituto Adolfo Lutz, por meio da Vigilância Epidemiológica Municipal/SMSA;
- 2- Equipamentos de Proteção Individual (EPI): luvas, máscaras, óculos, gorros e aventais. O funcionário deverá estar de sapatos fechados.
- 3- Etiqueta para identificação dos tubos;
- 4- Ficha de investigação e SINAN para Coqueluche, com todos os campos devidamente preenchidos.

FIGURA 1- Meio de transporte Regan Lowe (RL) semi sólido



Procedimento de coleta:

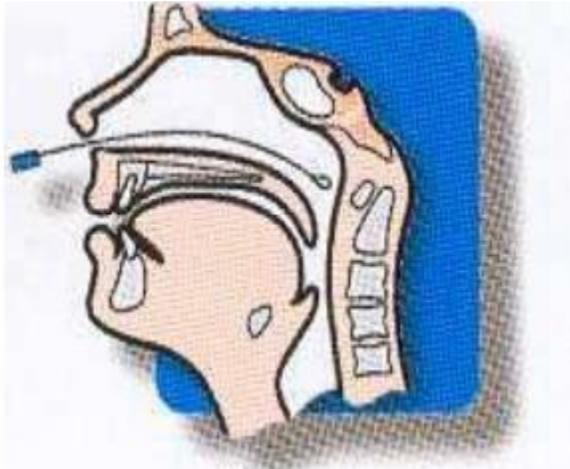
- 1- Identificar o tubo com o meio de cultura para Coqueluche, com os dados do paciente;
- 2- Introduzir o swab em uma das narinas, até encontrar resistência na parede posterior da nasofaringe realizando movimentos rotatórios, não é necessário coleta bilateral;
- 3- Retirar o swab realizando movimentos rotatórios;
- 4- Após a coleta, estriar o swab e introduzir no interior do tubo. Deverá permanecer dentro do respectivo tubo;
- 5- Acondicionar em caixa específica;
- 6- Providenciar junto a requisição de SINAN para Coqueluche preenchida a requisição no sistema



GAL;

- 7- Avisar a Vigilância Epidemiológica Municipal/SMSA, para encaminhamento ao laboratório de referência (Instituto Adolfo Lutz);
- 8- Após procedimento, deverá ser realizada a limpeza e desinfecção do ambiente;

FIGURA 2- coleta em nasofaringe



Informações Importantes:

- O período mais indicado para coleta é a fase catarral (início dos sintomas), preferencialmente antes do uso de antibióticos ou no máximo com até 3 dias de uso.
- Antes do uso o meio de transporte RL deve ser conservado em geladeira entre 2 e 8 °C;
- Após a coleta o material deverá ser encaminhado ao laboratório de referência da região, abrigado da luz, a temperatura ambiente, e preferencialmente no período máximo de até seis horas após a coleta;

Referências:

1. Governo do Estado de São Paulo; Secretaria de Estado da Saúde; Coordenadoria de Controle de Doenças; Instituto Adolfo Lutz; Centro de Bacteriologia. Protocolo: Diagnóstico Laboratorial da Coqueluche.
2. Centro de vigilância epidemiológica de São Paulo. http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/resp/pdf/coqueluche11_protocolo_coleta_transporte.pdf
3. CVE. Sobre a coqueluche. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coqueluche/coqueluche.htm>
4. Dados estatísticos. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/resp/coque_tab.htm.
5. IAL- Instituto Adolfo Lutz. Coqueluche. Disponível em: <http://www.ial.sp.gov.br/ial/exames/biologia-medica-exames>



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 18	PÁGINA: 1/6
	COLETA DE SOROLOGIA E OUTROS EXAMES	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e/ou Auxiliar de Enfermagem			
Quando: Sempre que necessário			
Monitoramento: Enfermeiro			
Objetivo: Confirmar, estabelecer ou complementar o diagnóstico clínico.			
Definição: Coleta de amostras sanguíneas para sorologias e outros exames diversos.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Luvas de procedimentos;2. Higienização das mãos;3. Algodão embebido em álcool 70%;4. Algodão seco;5. Tubo para sorologia;6. Etiqueta para identificação com dados do usuário (nome, data coleta, horário);7. Seringa de 10 ml;8. Agulha para coleta (30x7);9. Garrote;10. Bandeja.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Orientar o usuário sobre o procedimento, minimizando assim as dúvidas;2. Reunir todo material necessário na bandeja e identificar o tubo onde será armazenado o sangue;3. Realizar a higienização das mãos;4. Após uma inspeção para identificar o local mais adequado, aplicar o garrote acima de onde será realizado a coleta da amostra,5. Realizar antissepsia do local escolhido;6. Introduzir a agulha no local escolhido num ângulo de 10° a 30° com relação a pele, com bixel voltado para cima, puxar o embolo delicadamente para evitar danos as células sanguíneas;7. Soltar o garrote, retirar a gulha e pressionar levemente o local para evitar extravassamento de sangue e pedir ao usuário que continue pressionando;8. Transferir o sangue da seringa para o frasco deixando que o mesmo escorra pelas paredes do deste, e após movimentar o tubo lentamente de 6 a 8 vezes para homogenizar seu conteúdo;9. Descartar os insumos adequadamente;10. Informar a VE/SMSE sobre a coleta e acondicionar a amostra em local específico na unidade de saúde;11. Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente, conforme POP 01;			



Coleta em crianças:

1. A criança deve ser preparada psicologicamente para a coleta (criança maiores de 1 ano);
2. Crianças menores (meses) deverão ser colocadas em macas ou em mesa com um colchonete; deve ser usado um lençol que fará a imobilização do corpo da criança, ficando o braço escolhido para fora;
3. Um ajudante (pai, mãe ou outro profissional de saúde), deverá firmar o braço na altura do ombro e não mão, impedindo dessa forma contorções do braço que venham a prejudicar a coleta;
4. Colocar garrote (não muito apertado), apalpar a veia, fazer a antisepsia do local e puncionar a veia;
5. Caso não consiga acesso venoso, comunicar a enfermeira da Unidade de Saúde;
6. Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente, conforme POP 01;

Preparo e encaminhamentos das amostras sanguíneas:

1. As amostras deverão ficar em repouso por no mínimo 30 minutos e no máximo 02 horas;
2. As amostras sanguíneas de sorologia deverão ser centrifugadas;
3. Para centrifugar: acondicionar a amostra na centrífuga contrabalanceando com outro tubo seco, na mesma direção que o sangue, contendo água (para evitar desequilíbrio no momento da centrifugação);
4. O material deverá permanecer centrifugando em torno de 10 minutos para que haja total separação de hemácias e plasma (soro);
5. Posteriormente, avisar através do telefone, à VE – Secretaria Municipal da Saúde de Assis, para encaminhamentos aos laboratórios de referência;
6. Acondicionar o material em refrigerador específico para as coletas, juntos as requisições das mesmas, já conferidas.

Informações importantes:

As coletas são realizadas por profissional de saúde (auxiliar/enfermeiro) na unidade de referência, mediante preenchimento de impresso específico e SINAN (no caso de Hemograma para Dengue a liberação da via pelo SISREG e pedido do exame solicitado);

Orientar o paciente sobre todo o procedimento, e atentar, pois serão coletadas amostras para sorologias nos devidos prazos de início dos sintomas:

- ❖ Dengue: a partir do 6º dia do início dos sintomas e se NS1: até o 3º dia.
- ❖ Febre maculosa: 02 amostras com intervalo de 15 dias.
- ❖ Leptospirose: 02 amostras com intervalo de 15 dias.
- ❖ Hantavirose: 01 amostra
- ❖ Sarampo/Caxumba/Rubéola: 02 amostras sendo: 1ª coleta: até o 4º dia do início dos sintomas e a 2ª coleta: 15 dias após a 1ª;
- ❖ Rubéola: (gestante que engravidaram antes de 1 mês após terem recebido vacina coleta logo após a confirmação da gestação);
- ❖ Raiva: (pré-exposição): quando realizado em profissionais que tem risco de exposição ao vírus, deve ser realizado a partir do 10º dia da administração da última dose da vacina. A avaliação sorológica deve ser repetida semestralmente ou anualmente, de acordo com a intensidade e/ou gravidade de risco ao qual está exposto o profissional;



Orientações após a coleta:

1. Orientar o paciente sobre a retirada posteriormente dos resultados e agendamentos de consultas médicas, na recepção.

Referências:

1. GUIA DE VIGILÂNCIA PARA ERRADICAÇÃO DO SARAMPO, CONTROLE DA RUBÉOLA E DA SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA/SP/2002
www.cve.saude.sp.gov.br.
2. www.ial.sp.gov.br
3. CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 19	PÁGINA: 1/3
	CURATIVO	REVISÃO: 05/08/2024	

Monitoramento: Enfermeiro.

Quando: Sempre que necessário.

Execução: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

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

Objetivo: Realizar a técnica de curativo auxiliando o organismo a promover a cicatrização, eliminando os fatores desfavoráveis que retardam a cicatrização da lesão, diminuindo infecções cruzadas, através de técnicas e procedimentos adequados.

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

Materiais:

- 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;
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente;
- Agulha 25 x 1.2 ou 40 x 1.2;
- Álcool 70%;
- Luvas de procedimento e/ou estéril;
- Micropore/Esparadrapo;
- Atadura de crepe;
- Espátula;
- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;
- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário;



Procedimento

1. Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas, antes de iniciar a execução;
2. Conferir a prescrição médica ou de enfermagem;
3. Higienizar as mãos (POP 22);
4. Reunir todo o material, conforme o ambiente (UBS/Domicílio);
5. Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
6. Higienizar novamente as mãos;
7. Calçar luvas de procedimento e outros EPI's necessários;
8. Observar o curativo anterior antes da remoção;
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, documentando a evolução para subsidiar a avaliação do produto prescrito;
11. Se necessário proceder à limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha;
12. Retirar luvas e higienizar as mãos;
13. Abrir o pacote de curativo utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
14. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
15. Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%;
16. Com o auxílio das pinças limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida de SF 0,9%;
17. Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%, removendo detritos, bactérias, exsudatos, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos da superfície da ferida;
18. Na presença de tecido desvitalizado solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção /debridamento;
19. Secar a pele peri-lesional com gaze;
20. Realizar a mensuração da ferida com régua de papel ou registro fotográfico sempre que possível: semanalmente ou quinzenalmente;
21. Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo Médico e Enfermeiro e ocluir o curativo conforme necessidade;
22. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
23. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
24. Realizar anotação de enfermagem e registrar o procedimento no PEC(POP 01);
25. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.



Observações

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

Referência:

1. PREFEITURA DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2016.
2. POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 20	PÁGINA: 1/6
	HIGIENE E LAVAGEM DAS MÃOS	REVISÃO: 05/08/2024	

Responsável: Todos os profissionais da equipe.

Quando: Diariamente.

Monitoramento: Todos os profissionais e o coordenador da equipe.

Objetivo: Garantir a higienização das mãos, evitando a transmissão de infecções.

Definição: Ação de higienizar as mãos com água e sabonete líquido, com a finalidade de reduzir a microbiota transitória, prevenindo a transmissão de microrganismos e consequentemente, evitando que pacientes e profissionais de saúde adquiram infecções.

A OMS e a ANVISA orientam que a higienização das mãos deve ocorrer prioritariamente em 5 momentos:

- ❖ Antes de contato com o paciente;
- ❖ Antes da realização de procedimentos assépticos;
- ❖ Após risco de exposição a fluidos corporais;
- ❖ Após contato com o paciente;
- ❖ Após contato com as áreas próximas ao paciente.

Figura 1: Os cinco momentos para a Higienização das mãos Fonte: ANVISA, 2013

QUANDO? Seus 5 momentos para a higienização das mãos



Procedimento: Lavar as mãos com água e sabão líquido (de 40 a 60 segundos):

1. Abrir a torneira com a mão dominante, quando na ausência de dispensador de pedal, não encostar-se a pia para não contaminar a roupa;
2. Molhar as mãos;
3. Colocar em torno de 3 a 5 ml de sabão líquido nas mãos;
4. Ensaboar as mãos friccionando-as entre si, esfregue a palma da mão direita sobre o dorso da mão esquerda (e vice-versa), entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais, esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da outra (e vice-versa) segurando os dedos com movimentos de vai e vem, esfregue o polegar direito com a palma da mão esquerda utilizando movimento circular (e vice-versa), friccione as pontas dos dedos da mão direita na palma da mão esquerda, fechada em concha fazendo movimentos circulares (e vice-versa), esfregue os punhos em movimentos circular;
5. Com as mãos em nível baixo, enxaguá-las em água corrente, sem encostá-las na pia, retirando totalmente a espuma e os resíduos de sabão;
6. Enxugar as mãos com papel toalha descartável; em caso de torneira sem dispensador de pedal, fechar a torneira com o mesmo papel toalha;
7. Desprezar o papel toalha na lixeira;



Figura 2: Cartaz da ANVISA, mostrando a correta técnica de higienização:

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

Higienização Simples das Mãos



1. Abra a torneira e molhe as mãos, evitando encostar na pia.



2. Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



3. Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



4. Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos.



5. Entrelace os dedos e fricione os espaços interdigitais.



6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice-versa), segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem.



7. Esfregue o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.



8. Friccione as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha (e vice-versa), fazendo movimento circular.



9. Esfregue o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita (e vice-versa), utilizando movimento circular.



10. Enxágüe as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evite contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.



11. Seque as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos.

Para a técnica de Higienização Anti-séptica das mãos, seguir os mesmos passos e substituir o sabonete líquido comum por um associado a anti-séptico.



Procedimento: Higienizar as mãos com solução alcoólica (de 20 a 30 segundos):

1. Deve ser utilizado quando não há sujidade visível;
2. Aplique o álcool em uma mão que esteja em formato de concha;
3. Friccione as mãos entre si, esfregue a palma da mão direita sobre o dorso da mão esquerda (e vice-versa);
4. Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais;
5. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da outra (e vice-versa) segurando os dedos com movimentos de vai e vem;
6. Esfregue o polegar direito com a palma da mão esquerda utilizando movimento circular (e vice-versa);
7. Friccione as pontas dos dedos da mão direita na palma da mão esquerda, fechada em concha fazendo movimentos circulares (e vice-versa);
8. Esfregue os punhos em movimentos circular;
9. Espere secar.

Referências:

1. 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 12006/07.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. NOTA TÉCNICA N°01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: Orientações Gerais para Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. 2018, 16p.
3. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. SEGURANÇA DO PACIENTE: Higienização das mãos. Editora ANVISA. www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.htm.
4. SÃO PAULO - PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE M. S.; ANVISA; FIOCRUZ, 2013.
5. www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/lavagem_de_maos.html.



SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE ASSIS (SP)

PROCEDIMENTO
OPERACIONAL PADRÃO

CÓDIGO:
POP 21

PÁGINA: 1/2

NEBULIZAÇÃO

REVISÃO: 05/08/2024

Responsável: Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.

Quando: Sempre que necessário.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo: Administrar medicação nas vias aéreas superiores (VAS) por meio de dispositivos que liberam pequenas partículas de agentes farmacológicos no tecido epitelial mucoso do trato respiratório.

INALAÇÃO:

Definição: é o tratamento realizado para problemas respiratórios feitos através do uso de aparelho de inalação, soro e a medicação prescrita pelo médico, onde o paciente inala.

MATERIAIS:

1. Kit de nebulização;
2. Extensão (desinfetadas/esterilizadas);
3. 10 ml de Soro Fisiológico 0,9%;
4. Medicamento conforme prescrição médica;
5. Etiqueta (para identificação);
6. Luvas de procedimento;
7. Gaze esterilizada.

Descrição do procedimento:

- 1- Checar os “11 certos”;
- 2- Verificar a prescrição médica;
- 3- Explicar ao paciente o procedimento;
- 4- Testar o aparelho de inalação/nebulizador;
- 5- Abrir a embalagem da máscara de inalação e reservá-la;
- 6- Colocar o Soro Fisiológico 0,9% ou Água Destilada, conforme prescrição médica, no copinho, acrescentar o medicamento prescrito, fechar e conectar ao nebulizador (usar a extensão);
- 7- Identificar com etiqueta (data, horário de instalação);
- 8- Conectar a máscara no copinho, á extensão e ao nebulizador;
- 9- Ligar o nebulizador;
- 10- Aproximar a máscara do rosto do paciente e ajustá-la, entre o nariz e a boca, solicitando que respire com os lábios entreabertos;
- 11- Manter a nebulização junto ao rosto do paciente, durante o tempo prescrito, ou até terminar a solução (quando possível orientá-lo a fazer sozinho);
- 12- Desligar o nebulizador;



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

- 12- Retirar todo o sistema;
- 13- Deixar a unidade em ordem, lavar os materiais, proceder à desinfecção/esterilização dos mesmos e guardar;
- 14- O procedimento deverá ser anotado no prontuário.

Referências:

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



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 22	PÁGINA: 1/2
	MEDIDA DA ESTATURA	REVISÃO: 05/08/2024	

Monitoramento: Enfermeiro.

Quando: Sempre que necessário.

Execução: Equipe de enfermagem.

Definição: Técnica para obtenção da altura dos indivíduos.

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

Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Materiais: Antropômetro.

Procedimento:

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 20);
- Apresentar-se ao usuário ou responsável e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- ❖ **Para crianças menores de 2 anos:**
 - Deitar a criança no centro do Antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços;
 - Manter, com a ajuda do responsável:
 - ✓ a cabeça da criança: apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;
 - ✓ os ombros da criança: totalmente em contato com a superfície de apoio do Antropômetro;
 - ✓ os braços da criança: estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro;
 - ✓ os joelhos da criança: pressionados para baixo, cuidadosamente, com uma das mãos, mantendo-os estendidos;
 - ✓ os pés da criança: juntos, 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;
 - realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;
 - retirar a criança;
 - Anotar a medida na caderneta da criança;
 - higienizar as mãos (POP 20);
 - registrar no prontuário eSUS (POP 01);
 - manter ambiente de trabalho limpo e organizado;



❖ Para crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:

- posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento;
- solicitar ao usuário 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;
- solicitar ao usuário que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro ou parede;
- abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;
- solicitar ao usuário que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;
- realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;
- higienizar as mãos;
- registrar no prontuário eletrônico e-SUS conforme (POP 01);
- manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

▪ Observação:

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

Referências:

1. PORTO, CC. Exame clínico - Bases para a prática médica. Guanabara Koogan- 4ª ed; 2000.
2. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2015.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 23	PÁGINA: 1/2
	MEDIDA DO PERÍMETRO CEFÁLICO	REVISÃO: 05/08/2024	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: Nas consultas de puericultura e sempre que necessário.			
Execução: Equipe de Enfermagem.			
Definição: Medida da circunferência fronte-occipital, correspondendo ao perímetro cefálico máximo.			
Objetivo: Avaliar o desenvolvimento cerebral e detectar precocemente anomalias.			
Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.			
Materiais: Fita métrica não extensível/inelástica.			
<ul style="list-style-type: none">▪ Procedimento:<ul style="list-style-type: none">➤ Reunir o material;➤ Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;➤ Higienizar as mãos; (POP 20);➤ Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal;➤ 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;➤ Anotar a medida na caderneta da criança;➤ Higienizar as mãos; (POP 20);➤ Realizar anotação de enfermagem no prontuário e (POP 01);➤ Manter ambiente de trabalho limpo e organizado. ▪ Observação:<ul style="list-style-type: none">➤ Não incluir pavilhão auricular; Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior.			
<ul style="list-style-type: none">▪ Quadro Ilustrativo: Medidas do Perímetro Cefálico:			



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

PC -> RN a termo	Meninas Escore Z zero= 34,0cm Variação = 32,5 a 35,0 cm	Meninos Escore Z zero = 34,5 cm Variação= 33 a 35,5 cm
<1º ano = 12 cm	2 cm/mês (1º trim.) 1,5 cm/mês (2º trim.) 0,5 cm/mês (3º trim.)	} Evolução do PC esperada
Obs.: Pode ocorrer o processo de acavamento dos ossos do crânio que ocorre durante o parto vaginal voltando ao normal após 2 a 3 dias.		

Referências:

1. POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 24	PÁGINA: 1/1
	MEDIDA DO PERÍMETRO TORÁCICO	REVISÃO: 05/08/2024	

Monitoramento: Enfermeiro.

Quando: Nas consultas de puericultura e sempre que necessário.

Execução: Equipe de Enfermagem.

Definição: Medida da circunferência torácica obtida na altura dos mamilos.

Objetivo: Avaliar o desenvolvimento da criança comparando às outras medidas antropométricas.

Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Materiais: Fita métrica não extensível/inelástica.

▪ **Procedimento:**

- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos (POP 20);
- Colocar a criança deitada ou sentada caso já consiga permanecer nessa posição;
- Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos;
- Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax;
- Realizar a leitura;
- Anotar a medida na caderneta da criança;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem no prontuário; (POP 01);
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

▪ **Observação:**

- A medida não deve ser feita sobre a roupa.

Referência:

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



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 25	PÁGINA: 1/1
	MEDIDA DO PESO CORPORAL	REVISÃO: 05/08/2024	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: Sempre que necessário.			
Execução: Equipe de enfermagem.			
Definição: Método para obtenção da medida do peso corporal dos indivíduos.			
Objetivo: Avaliar a evolução pondero-estatural do indivíduo.			
Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.			
▪ Materiais: <ol style="list-style-type: none">1. Balança mecânica ou digital;2. Papel toalha.			
▪ Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Reunir o material;2. Chamar o usuário, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;3. Higienizar as mãos (POP 20);4. Forrar a base da balança com papel- toalha;5. Verificar as condições da balança destravá-la, tarar e travá-la (mecânica) ou ligá-la e verificar a tara (eletrônica);6. Pedir ao usuário para subir na balança após retirar os sapatos;7. Ler o valor obtido (balança eletrônica), ajustar os massores e verificar o peso (balança mecânica);8. Ajudar o usuário a descer da balança;9. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;10. Higienizar as mãos (POP 20);11. Realizar anotação de enfermagem e registrar no e-SUS (POP 01);12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.			



■ Observações:

- Certificar que as balanças estão apoiadas sobre uma superfície plana, lisa e firme;
- Pesar os pacientes com a menor quantidade possível de roupas;
- Em crianças menores de 15 kg, deve-se utilizar a balança infantil (de bandeja), colocando a criança deitada com todo o corpo sobre a bandeja, com a mão próxima para evitar quedas;
- Deve-se despir totalmente a criança (inclusive calçados e fraldas) para evitar alteração de resultado;
- Crianças impossibilitadas de ficar em pé sozinhas, devem ser pesadas no colo do responsável e descontar o peso do mesmo.

Referência:

1. CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 26	PÁGINA: 1/1
	PROVA DO LAÇO	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Equipe de enfermagem.			
Quando: Em casos onde há suspeita de Dengue.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Avaliar a fragilidade capilar que pode refletir a queda do número de plaquetas.			
Definição: A prova do laço positiva é uma manifestação frequente nos casos de dengue, principalmente nas formas graves e apesar de não ser específica, serve como alerta, devendo ser utilizada rotineiramente na prática clínica como um dos elementos de triagem na dengue, e na presença da mesma, alertar ao médico que o paciente necessita de um monitoramento clínico e laboratorial mais estreito. A prova do laço positiva também reforça (porém não exclui) o diagnóstico de dengue.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. A prova do laço deverá ser realizada obrigatoriamente em todos os casos suspeitos de dengue durante o exame físico;2. Desenhar um quadrado de 2,5cm no antebraço da pessoa e aferir a PA (sentada e em pé) de acordo com o (POP 02);3. Calcular o valor médio: $(PAS + PAD)/2$; por exemplo, PA de 100 x 60 mmHg, então $100+60=160$, $160/2=80$; então, a média de pressão arterial é de 80 mmHg. ;4. Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter por cinco minutos em adultos e três minutos em crianças;5. Contar o número de petéqueias no quadrado. A prova será positiva se houver mais de 20 petéqueias em adultos e 10 em crianças.			
Referências: <ol style="list-style-type: none">1. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_adulto_crianca_3ed.pdf2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue : diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 80 p. : il.			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 27	PÁGINA: 1/4
	SONDAGEM NASOGÁSTRICA/ NASOENTERAL	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Enfermeiro.			
Quando: De acordo com a prescrição médica ou sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Manter a nutrição e hidratação para pacientes impossibilitados de receber dieta por via oral.			
<p>Definição: Sondagem nasogástrica/nasoenteral é a inserção de uma sonda plástica ou de borracha flexível, podendo ser curta ou longa, pela boca ou nariz, para descomprimir o estômago e remover gás e líquidos; diagnosticar a motilidade intestinal; administrar medicamentos e alimentação enteral.</p>			
<p>▪ Materiais:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Bandeja;2. Sonda gástrica/ enteral;3. Seringa de 20 ml;4. Abaixador de língua;5. Lanterna;6. Cuba rim;7. Lubrificante: xilocaína gel a base de água;8. Gaze;9. Esparadrapo e micropore;10. Toalha;11. Estetoscópio;12. Luvas de procedimento;13. Saco plástico para lixo;14. EPI's.			
<p>▪ Descrição do procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos (POP 20);2. Explicar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;3. Realizar exame físico dirigido (SSVV, nível de consciência, seios paranasais, cavidade nasal e oral, tórax, abdômen, extremidades, pele), avaliando se o procedimento de sondagem poderá ser realizado a nível domiciliar;4. Colocar o paciente em Fowler (45°);			



5. Organizar o material e colocar na mesa de cabeceira;
6. Manter a privacidade do cliente;
7. Calçar as luvas de procedimento, a máscara e o óculos;
8. Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante sobre o procedimento a ser realizado, bem como sua indicação, finalidade e etapas do procedimento, proteger tórax do cliente com a toalha e remover óculos e próteses dentárias (caso o cliente use);
9. Instruir o cliente a relaxar e respirar normalmente. Selecionar a narina com maior fluxo de ar;
10. Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifoide, marcar com micropore. Evitar encostar a sonda na pele do usuário.
***Nasoenteral:** Adicionar mais 10 a 15 cm, pois deverá ficar localizada na primeira porção do duodeno
11. Lubrificar os primeiros 8 cm da extremidade da sonda com o lubrificante;
12. Avisar ao usuário que o procedimento irá começar;
13. Com o pescoço em posição neutra, iniciar a introdução da sonda na narina do usuário, após a introdução de aproximadamente 10 cm fletir pescoço do usuário. Quando possível solicitar a colaboração do usuário pedindo para que o mesmo faça movimentos de deglutição. Com a lanterna e o abaixador de língua verificar a presença da sonda na orofaringe;
14. Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do usuário até o ponto pré-marcado. Interromper e retirar a sonda caso o mesmo apresente: tosse, dificuldade respiratória, cianose e agitação. Atenção: pacientes com alteração do nível de consciência poderão não apresentar esses sinais, mesmo com a sonda posicionada no pulmão;
15. Recuar a sonda ligeiramente para trás caso ele continue tossindo;
- 16. Checar o posicionamento:**
 - Com a seringa injetar aproximadamente 20ml de ar na sonda e efetuar a auscultar com o estetoscópio na região epigástrica (som de WOOSHING), realizar dupla checagem (dois profissionais auscultam)
 - Utilizando a seringa, aspirar material pela sonda para obter o conteúdo gástrico, colocá-lo no copo plástico e verificar o valor do pH, conforme orientação do fabricante da tira. O pH deve estar entre 1 e 5.5;
17. Após confirmação do posicionamento adequado da sonda retirar o fio guia delicadamente;
18. Fixar a sonda. A sonda deverá ser fixada na face, do mesmo lado da narina utilizada, com micropore fino;
19. Inspecionar o nariz e a orofaringe para irritação depois da introdução;
20. Perguntar ao cliente se ele está confortável;
21. Observar para dificuldade respiratória ou vômito;
22. Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito, facilitando o posicionamento da sonda para o duodeno através dos movimentos peristálticos, se possível;
23. Reunir todo o material e deixar o usuário confortável;
22. Guardar o fio guia em embalagem limpa e mantê-lo junto aos pertences do usuário, caso a sonda atual precise ser repassada;
23. Desprezar o material em local apropriado e higienizar a bandeja;



24. Retirar as luvas para procedimento, os óculos de proteção e a máscara descartável

25. Higienizar as mãos;

26. Realizar anotação de enfermagem no prontuário (qual narina foi introduzida a sonda, testes de posicionamento, intercorrências);

27. O Enfermeiro pode solicitar exames complementares como o raio-x, para confirmação da inserção da sonda, encaminhar o usuário para controle radiológico conforme fluxo abaixo, após a passagem da sonda (Resolução Cofen nº 619/2019).

***Cuidados no uso das sondas**

1. Verificar o posicionamento da sonda;
2. Administrar a dieta em temperatura ambiente;
3. Acompanhar a administração da dieta, a fim de garantir a continuidade do gotejamento;
4. Não infundir a dieta rapidamente. Infundir em torno de 1 hora horas, conforme orientação médica ou nutricionista;
5. Manter o usuário em posição sentado ou semisentado durante e após (20 à 30 minutos) o processo de administração da dieta;
6. Ao infundir a dieta, observar seu aspecto, detectando alterações como: presença de elementos estranhos, integridade do frasco, data de fabricação / manipulação, volume, fórmula e horário confirmando estes dados na prescrição. A validade e manutenção da dieta deve seguir a orientação do fabricante;
7. Ficar atento à fixação da sonda, alternando o local para não lesar a pele das narinas;
8. Utilizar frascos de até 300 ml;
9. Os medicamentos devem ser em forma líquida. Macerá-los e administrá-los separadamente;
10. Lavar com 20 ml de água filtrada antes, entre e após as medicações;
11. Alterne a fixação da sonda na direção do lado interno e externo do nariz, para evitar pressão constante na mesma área nasal.

***Fluxo encaminhamento para RX:**

Para confirmação do posicionamento da SNE, os pacientes deverão ser encaminhados para unidade de Pronto Atendimento, após 1h hora da passagem da sonda, os usuários que não conseguem se locomover, poderão solicitar transporte sanitário;

Na unidade de pronto atendimento será realizado o RX, o médico plantonista analisará a posição da sonda, liberando para o uso se posicionada adequadamente.

Caso a sonda esteja posicionada inadequadamente deverá ser reposicionada pelo enfermeiro da unidade de pronto atendimento.

Referências:

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
2. TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592,2007.
3. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução COFEN nº 619/2019. Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica. Brasília, DF; 2019 Nov 4



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

[citado em 31 Jan 2022]. [contém anexo]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019_75874.html.

4. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Como realizar a confirmação do posicionamento da sonda nasoenteral (SNE) na APS? Porto Alegre; 31 Jan 2022 [citado em “dia, mês abreviado e ano”]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/como-realizar-a-confirmacao-do-posicionamento-da-sonda-nasoenteral-sne-na-aps/> .



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO TESTE DO PEZINHO (PKU)	CÓDIGO: POP 28	PÁGINA: 1/10
		REVISÃO: 05/08/2024	

Responsável: Equipe de enfermagem.

Quando: Sempre que necessário

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo: Realizar o exame de triagem neonatal que possibilita o diagnóstico de doenças genéticas, metabólicas, imunológicas e infecciosas, por meio da análise de gotas de sangue colhidas do calcanhar do bebê e absorvidas por um papel filtro.

Definição: O Teste do Pezinho é um exame laboratorial chamado também de “Triagem Neonatal”, que detecta precocemente doenças metabólicas, genéticas e infecciosas, que poderão causar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê. A maioria das doenças pesquisadas pode ser tratada com sucesso desde que diagnosticadas antes mesmo de manifestar os primeiros sintomas:

1. Hemoglobinopatias - são patologias que agredem a estrutura e a taxa de produção das hemoglobinas, contidas no glóbulo vermelho que fazem o transporte de oxigênio para os tecidos, no Brasil a mais frequente é a anemia falciforme.
2. Deficiência de Biotinidase - patologia genética caracterizada por uma falha parcial ou total da enzima de mesmo nome;
3. Fenilcetonúria - é um erro inato de metabolismo da enzima fenilalanina (FAL), é uma desordem autossômica recessiva, onde ocorre deficiência hepática da fenilalanina-hidroxilase, acarretando a diminuição da conversão de fenilalanina (FAL) em tirosina e como consequência seu aumento no sangue, que atinge o sistema nervoso central e causa retardo mental irreversível.
4. Fibrose Cística - doença genética que causa problemas respiratórios e gastrointestinais crônicos;
5. Hiperplasia Adrenal Congênita - doença genética caracterizada por uma deficiência nas glândulas adrenais ou suprarrenais;
6. Hipotiroidismo Congênito - é um distúrbio endócrino, que ocorre devido à deficiência dos hormônios tireoidianos, tiroxina (T4) e triiodotironina (T3). E tem papel no crescimento, maturação e organogênese do sistema nervoso central.

O exame ficou popularmente conhecido como “Teste do Pezinho” por ser realizado através da análise de amostras de sangue coletadas através do calcanhar do bebê.

A sala de coleta deve ser um local aconchegante e tranquilo, adequado à finalidade. O uso de ar refrigerado não é recomendado, pois o resfriamento dos pés do bebê irá dificultar a obtenção de sangue.

Materiais:

Antes de iniciar a coleta, o profissional deverá se assegurar de que todo o material necessário, citado abaixo, esteja disponível na bancada de trabalho que deve estar convenientemente limpa:

- Luvas de procedimento (não é necessário o uso de luvas cirúrgicas);
- Lanceta estéril descartável com ponta triangular de aproximadamente 2,0 mm;



- Recipiente com álcool a 70% para assepsia;
- Algodão e/ou gaze pequena esterilizada;
- Papel filtro.

Na bancada deverá estar disponível uma pequena prateleira ou outro dispositivo que permita a distribuição dos papéis filtros já coletados, até a secagem total das amostras;
Iniciar a coleta somente após todos os dados solicitados estarem preenchidos;

Esse exame é realizado em parte nas maternidades quando o bebê completa 48 horas de vida.

Antes disso, o teste pode sofrer influência do metabolismo da mãe.

O exame também é feito em laboratórios e principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's e ESF's);

O ideal é que o teste seja feito entre o 3º (terceiro) e o 5º (quinto) dia de vida;

Isto não invalida, entretanto, a sua realização em bebês com mais dias de vida. O que poderá ser prejudicada é a eficácia do tratamento, caso necessário.

▪ **Procedimento:**

- 1- Para dar início à coleta da amostra de cada criança, o profissional deve lavar as mãos antes de calçar as luvas de procedimento;

✓ **Posição da criança**

- 1- Para que haja uma boa circulação de sangue nos pés da criança, suficiente para a coleta, o calcanhar deve sempre estar abaixo do nível do coração;
- 2- A mãe, o pai ou o acompanhante da criança deverá ficar de pé, segurando a criança na posição de arto;
- 3- O profissional que vai executar a coleta deve estar sentado, ao lado da bancada, de frente para o adulto que está segurando a criança.

✓ **Assepsia**

- 1- Realizar a assepsia do calcanhar com algodão ou gaze levemente umedecida com álcool 70%. Massagear bem o local, ativando a circulação. Certificar-se de que o calcanhar esteja avermelhado;
- 2- Aguardar a secagem completa do álcool;
- 3- Nunca realizar a punção enquanto existir álcool, porque sua mistura com o sangue leva à diluição da amostra e rompimento dos glóbulos sanguíneos (hemólise);
- 4- Nunca utilizar álcool iodado ou antisséptico colorido, porque eles interferem nos resultados de algumas das análises.

✓ **Punção**

- 1- A escolha do local adequado da punção é muito importante. Um procedimento seguro que evita complicações;
- 2- A punção deve ser executada numa das laterais da região plantar do calcanhar, locais com pouca possibilidade de se atingir o osso, que caso fosse atingido, poderia levar às complicações mencionadas;



- 3- Evitar o uso de agulhas, pois elas podem atingir estruturas mais profundas do pé como ossos ou vasos de maior calibre, além de provocarem um sangramento abundante que dificulta a absorção pelo papel, sendo este outro motivo muito frequente de devolução de amostras por coleta inadequada;
- 4- É necessário que a punção seja realizada de forma segura e tranquila. Tenha em mente que um procedimento eficiente irá prevenir coleta por devolução de amostra inadequada e, consequentemente, evitar transtornos de localização da família para agendamento de nova coleta;
- 5- Segurar o pé e o tornozelo da criança, envolvendo com o dedo indicador e o polegar todo o calcanhar, de forma a imobilizar, mas não prender a circulação;
- 6- Após a assepsia e secagem do álcool, penetrar num único movimento rápido toda a ponta da lanceta (porção triangular ou lancetador automático específico) no local escolhido, fazendo em seguida um leve movimento da mão para a direita e esquerda, para garantir um corte suficiente para o sangramento necessário;
- 7- Poderá ocorrer necessidade de nova punção se houver coagulação sanguínea, tentar antes disso primeiro massagear com algodão seco;
 - 9- Uma punção superficial não produzirá sangramento suficiente para preencher todos os círculos necessários à realização dos testes. Material insuficiente é outra causa frequente de devolução de amostras.

✓ Coleta de Sangue

Coletas de repetição ou novas punções trazem mais dor e incômodo ao bebê e à família, do que o procedimento eficiente de uma única coleta;

Aguardar a formação de uma grande gota de sangue;

Retirar com algodão seco ou gaze esterilizada a primeira gota que se formou. Ela pode conter outros fluidos teciduais que podem interferir nos resultados dos testes;

Encostar o verso do papel filtro na nova gota que se forma na região demarcada para a coleta (círculos), encostar o papel filtro para coleta do sangue e retirar;

Deixar o sangue fluir naturalmente e de maneira homogênea no papel, evitando concentração de sangue;

Não permitir que ele coagule nem no papel nem no pezinho. Só desencoste o papel do pezinho quando coletar uma gota espessa (grande, volumosa), não sobrepondo jamais uma gota sobre a outra;

Não tocar com os dedos a superfície do papel na região dos círculos. Qualquer pressão poderá comprimir o papel, absorver menor quantidade de sangue e alterar os resultados dos testes. Encoste o outro círculo do papel novamente no local do sangramento;

Repetir o movimento até o preenchimento do novo círculo, conforme técnica especificada anteriormente. Repetir a mesma operação até que todos os círculos estejam totalmente preenchidos, com uma gota espessa. Jamais retorne um círculo já coletado no sangramento para completar áreas mal preenchidas (não sobrepor).

A sobreposição de camadas de sangue interfere nos resultados dos testes. Os movimentos circulares com o papel, enquanto o círculo está sendo preenchido, irão permitir a distribuição do sangue por toda a superfície do círculo; se houver interrupção no sangramento, aproveite o momento de troca de círculo para massagear novamente a região do calcanhar com algodão seco para ativar novamente a circulação;



8- Jamais vire o papel para fazer a coleta dos dois lados, é necessário que o sangue atravesse toda a camada do papel até que todo o círculo esteja preenchido com sangue de forma homogênea.

✓ **Curativo**

- 1- Após a coleta colocar a criança deitada, comprimir levemente o local da punção com algodão ou gaze até que o sangramento cesse;
- 2- Se desejar, utilize curativo próprio.

✓ **Doenças que o Teste do pezinho pode detectar precocemente**

1. Anemia Falciforme

É uma doença hereditária que causa a malformação das hemácias, que assumem forma semelhante a foices (de onde vem o nome da doença), com maior ou menor severidade de acordo com o caso, o que causa deficiência do transporte de oxigênio nos indivíduos acometidos pela doença.

2. Deficiência de Biotinidase

Doença genética caracterizada por uma falha parcial ou total da enzima de mesmo nome. A biotinidase exerce importante função na cadeia de reações químicas envolvidas na utilização e reutilização da vitamina no organismo. A enzima é responsável por separar e liberar a biotina das proteínas dos alimentos.

3. Fenilcetonúria

Distúrbio genético no qual um dos aminoácidos presentes no leite pode prejudicar a saúde do bebê causando retardo mental grave.

4. Fibrose Cística

Doença genética que causa problemas respiratórios e gastrointestinais crônicos.

5. Hiperplasia Adrenal Congênita

Doença genética caracterizada por uma deficiência nas glândulas adrenais (ou suprarrenais), localizadas logo acima dos rins. A pessoa com HAC não produz corretamente as enzimas necessárias ao funcionamento das glândulas, fazendo com que estas, por sua vez, produzam em menor quantidade os hormônios cortisol e aldosterona e em excesso os androgênicos (hormônios masculinos).



6. Hipotireoidismo

A falta do hormônio produzido na glândula tireoide causa deficiência mental e retardo de crescimento.

Prevenindo doenças graves

- 1- Para quem não sabe, o teste do pezinho é obrigatório por lei em todo o Brasil e a simples atitude de se realizar o exame faz com que doenças causadoras de sequelas irreparáveis no desenvolvimento mental e físico da criança sejam detectadas e tratadas mesmo antes do aparecimento dos sintomas;
- 2- O diagnóstico precoce oferece condições de um tratamento iniciado nas primeiras semanas de vida do bebê, evitando a deficiência mental. A deficiência, uma vez presente no corpo, já não pode ser curada;



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

Datas e horários de coleta nas UBS (s) e ESF (s)

UNIDADES DE SAÚDE	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO
UBS BONFIM	2ª a 5ª	13:30
UBS FIÚZA	2ª a 6ª	11:30
UBS JARDIM PARANÁ	2ª a 6ª	11:30
UBS MARIA ISABEL	2ª a 6ª	11:00 às 12:00
UBS VILA OPERÁRIA	2ª a 5ª	14:00
UBS VILA RIBEIRO	2ª a 6ª	11:00 às 12:00
ESF BELA VISTA	2ª a 6ª	9:00
ESF COHAB IV	2ª a 6ª	9:00 às 10:00/ 14:00 às 16:00
ESF COLINAS	2ª a 6ª	9:00 às 10:30
ESF ELDORADO	2ª a 6ª	15:00
ESF GLÓRIA	2ª a 6ª	13:30
ESF III AMÉRICAS	2ª	10:00
ESF PARQUE UNIVERSITÁRIO	2ª a 6ª	8:00 às 10:30
ESF PROGRESSO	2ª, 3ª e 6ª	8:00 às 10:30
ESF PRUDENCIANA	2ª a 6ª	A partir das 14:00
ESF VILA CLÁUDIA	2ª a 6ª/ TERÇA	14:00 às 15:00/ 11:00
ESF VITÓRIA	2ª a 6ª	10:00
ESF RURAL	2ª a 6ª	9:00
ESF SANTA CLARA	2ª a 6ª	9:30
ESF VILA BELLA	2ª A 6ª	9:00



▪ **OBSERVAÇÃO**

- Caso alguma Unidade de Saúde faça alterações nos horários de coleta, informar a Luciana do Projeto Germinar que comunicará as mães na Maternidade.

▪ **Coletas realizadas na Sexta-Feira**

- ✓ **Deixar secar por quatro horas, embalar com papel laminado (alumínio) e acondicionar na parte inferior da geladeira e enviar na segunda feira de manhã. Por alguma eventualidade pode ficar até 3 dias na geladeira.**

▪ **Responsabilidade da Unidade de Saúde**

- Orientar as gestantes/puérperas;
- Orientar a família antes e depois da coleta;
- Informar que o teste será encaminhado e realizado no SRTN (Serviço de Referência em Triagem Neonatal) UNICAMP/CIPOI;
- Questionar se a mãe tomou corticóide 15 (quinze) dias antes do parto (mães com asma, bronquite, lúpus e outros);
- Preencher todos os campos do cartão;
- Realizar a coleta;
- Enviar amostras no prazo determinado;
- Reconvocar para nova coleta.

▪ **Solicitação de materiais**

- 1- AR - Aviso de Recebimento – retirar direto pelo site do Correio;
- 2- Envelopes e Papel Alumínio - SMS – Almojarifado pelo pedido mensal;

❖ **OBSERVAÇÃO**

Em caso da falta destes materiais no Almojarifado, solicitar por Memorando compra à Coordenação das Unidades de Saúde;

- 3- Kit/Coleta (Lanceta, Papel Filtro) – Até o dia 05 (Mensal) – Enviar memorando 2 vias ou Relação de Remessa através do Malote da Secretaria, para Maria Aparecida Hartmann (Cidinha) – UBS Vila Operária ou Luciane do Projeto Germinar;



5- Carta de Remessa: A própria Unidade de Saúde será responsável pela impressão (cópia).

▪ Envio de material

➤ Preencher envelope:

UNICAMP/ CIPOI

Rua: Vital Brasil nº 100

Cidade Universitária

CAMPINAS/ SÃO PAULO

CEP: 13083-970

Exame do Pezinho

- No verso: colocar o nome e endereço da nossa Unidade de Saúde;
- Colocar Material Coletado no envelope devidamente identificado, fechar o envelope com cola;
- Após, enviar material (com clips) com AR: Para – SMS.

▪ Outras observações

- ✓ O procedimento deverá ser anotado no prontuário eletrônico e-SUS desta Unidade de Saúde: Código: 020102005-5 (COLETA DE SANGUE PARA TRIAGEM NEONATAL).
- ✓ Caso necessário, entregar o resultado de reconvocação do exame, solicitar que a mãe ou responsável assine o livro.
- ✓ Reconvocação: quando for hormonal (TSH e T4 LIVRE), aguardar pelo menos 2 (duas) horas entre as mamadas, para colher o exame (orientar à mãe).
- ✓ O exame de TSH estará nominado ao RN, colocar ao final do exame o nome da mãe (antes de enviar ao CIPOI-UNICAMP).
- ✓ Em todas as reconvoções utilizar o papel filtro adequado para o preenchimento dos impressos/dados. Não se esquecer de colocar sempre o número do primeiro exame que já vem na reconvocação.

Distribuição dos resultado do Teste do pezinho para as Unidades de Saúde:

Os resultados dos exames coletados nas unidades de saúde são disponibilizados pelo site do CIPOI:

<https://testedopezinho.fcm.unicamp.br/>, onde cada unidade tem o seu login e senha;

Os resultados dos exames coletados no Hospital Regional de Assis são encaminhados as unidades de saúde via malote pela Luciane do Projeto Germinar- SMSA;

▪ Contatos em caso de dúvidas

Cidinha (UBS Vila Operária), das 13h00min horas às 19h00min horas ou Luciane do Projeto Germinar (DAB);



Referências Bibliográficas:

1. <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/cipoi/triagem-neonatal/teste-do-pezinho> (CIPOI)
2. <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/exames-de-triagem-neonatal>
3. <http://www.saude.assis.sp.gov.br/index.php/arquivos?task=viewcategory&catid=103>
4. A.C.A.F.P., C.L.A. Triagem neonatal: avaliação do programa no município de Assis. Trabalho de Conclusão de Curso., FEMA- Fundação Educacional do Município de Assis (2015).



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 29	PÁGINA: 1/3
	TESTE RÁPIDO PARA HIV, SÍFILIS, HEPATITE B E HEPATITE C	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Enfermeiro ou Profissional da Saúde com capacitação específica (GIPA/VE-SMSA/MS) para realização do teste.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Qualificar e ampliar o acesso da população ao diagnóstico do HIV e detecção precoce da Sífilis, Hepatite B e C.			
<ul style="list-style-type: none">▪ Teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatite B e C: São testes que podem ser feitos com amostra de sangue total obtida por punção venosa ou da polpa digital, ou com amostras de fluido oral. Dependendo do fabricante, podem também ser realizados com soro e (ou) plasma.▪ Materiais:<ol style="list-style-type: none">1. Caixa-kit de teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatite B e C e Manual de instruções do teste do fabricante de cada;2. Cronômetro ou relógio;3. Descarte para material biológico (Caixa de perfuro-cortante, lixo saco branco e preto);4. Impressos específicos e livro controle;5. Equipamentos de Proteção Individual (EPI): (luvas, máscaras, óculos, gorros e aventais). O funcionário deverá estar de sapatos fechados.▪ Procedimento para coleta da amostra e execução do Teste Rápido:<ol style="list-style-type: none">1- Realizar preenchimento de impressos específicos para o teste rápido, pré-teste de aconselhamento, orientações gerais e termo de consentimento, solicitando assinatura do paciente;2- Separar todos os componentes necessários do kit Teste Rápido sobre uma superfície plana e limpa;3- Verificar a integridade de todos os componentes e validade dos testes;4- Antes de realizar a testagem (punção capilar ou coleta), identificar os testes (tubos) com as iniciais do indivíduo e outros para identificação que se fizerem necessários;5- Proceder à testagem (punção capilar ou coleta) conforme indicação do manual;6- Coletar a amostra de sangue preferencialmente por punção digital, utilizando o coletor específico para cada Kit ou conforme procedimento descrito no Manual de instruções de uso do fabricante;7- Proceder toda a execução, observação do tempo de espera e leitura do resultado do teste, conforme procedimento de cada Manual de instruções de uso do fabricante.			



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

- 8- Realizar pós teste rápido e condutas necessárias conforme resultado;
- 9- Se período de janela imunológica repetir novamente o teste após 30 dias;
- 10- Após a leitura do teste, anotar o resultado e entregar o laudo ao paciente;
- 11- Descartar todo o material utilizado em recipiente para descarte de materiais com risco biológico;
- 12- Considerar todas as amostras como material potencialmente infectante, usar equipamentos de proteção individual (luvas, máscaras, óculos, gorros e aventais). O funcionário deverá estar de sapatos fechados;
- 13- Após a realização do teste deverá ser realizado a limpeza e desinfecção do ambiente;
- 14- Em caso de amostras de testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatites B e C reagentes, tomar os devidos encaminhamentos e acompanhamentos que ser fizerem necessários, conforme recomendações dos Manuais do Ministério da Saúde e fluxos de atendimentos da SMSA;
- 15- Realizar anotação no prontuário eletrônico (POP 01);

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- ❖ Para as gestantes, seguir o fluxograma da atenção a gestante para investigação de Sífilis com Teste Rápido Treponêmico. Se reagente, seguir recomendações conforme Protocolo de atenção à gestante, criança e adulto com Sífilis/ SMSA-2023;
- ❖ Mensalmente realizar a Planilha de Controle e Solicitação de Teste Rápido para Diagnóstico HIV e triagem de Sífilis, Hepatite B e C, e enviar à VE/SMSA conforme rotina.
- ❖ Mensalmente realizar a Planilha de Controle de casos de Sífilis e enviar à VE/SMSA conforme rotina.

Referências:

1. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HIV_estrategias_testes_rapidos_brasil.pdf
2. <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/testes-rapidos>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 30	PÁGINA: 1/3
	TROCA DE BOLSA DE ESTOMA	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Equipe de enfermagem.			
Quando: Conforme indicação médica ou quando necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Avaliar a capacidade do cliente para se ajustar a uma alteração na imagem corporal e para participar no autocuidado, orientando-o.			
Definição: Os estomas intestinais são derivações do intestino para a parede abdominal, criados cirurgicamente, a fim de se construir um novo caminho para a saída das fezes para o exterior. Os estomas podem ser confeccionados com o intestino delgado - chamada ileostomia - ou com o intestino grosso - colostomia, sendo que ambos não podem ser controlados voluntariamente. Por esta razão que é sempre necessário o uso de uma bolsa coletora do conteúdo fecal.			
▪ Materiais: <ol style="list-style-type: none">1. Luvas de procedimento;2. Sistema de bolsa coletora indicada ao cliente;3. Placa;4. Pacote de gaze;5. Soro Fisiológico (SF) 0,9% ou solução de limpeza de bolsa.			
▪ Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Receber o usuário com atenção;2. Manter o usuário relaxado em posição confortável, mantendo privacidade;3. Higienizar as mãos (POP 20);4. Calçar as luvas de procedimentos;5. Remover a bolsa, tencionando levemente a pele para baixo, enquanto levanta a placa;6. Descartar a bolsa suja e a placa em saco plástico; guardar o clamp para reutilização;7. Limpar a pele, utilizando a compressa de gaze para remover as fezes;8. Lavar com soro fisiológico ou outro produto indicado e secar a pele por completo, depois de limpar. É normal que o estoma sangre discretamente durante a limpeza e secagem;9. Aplicar a placa, utilizando guia de medição ou padrão para determinar o tamanho do estoma;10. Marcar o tamanho correto sobre a parte posterior da placa e cortar conforme o tamanho do estoma (é aceitável cortar cerca de 0,5 cm maior que o tamanho do estoma);11. Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal;			



12. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa de acordo com as orientações do fabricante;
13. Aplicar o fechamento na parte posterior da bolsa com o clamp;
14. Retire as luvas;
15. Higienizar as mãos (POP 20);
16. Realizar a anotação do procedimento no prontuário eletrônico e-SUS (POP 01);

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- ✓ Para cadastro de usuários novos levar documentos pessoais, alta qualificada e indicação da bolsa das 7:00 às 13:00 horas no Ambulatório de Especialidades de Assis;
- ✓ Serão fornecidos 10 kits por mês conforme especificidade de cada caso, que também deverão ser retiradas no Ambulatório de Especialidades de Assis: quinta-feira das 07:30 as 12:00/ sexta-feira das 07:30 as 12:00;

Referências:

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



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 31	PÁGINA: 1/3
	VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Enfermeiro.			
Quando: Sempre que necessário.			
Execução: Equipe de Enfermagem.			
Definição: Determinar a resposta cardíaca expressa pelo batimento de uma artéria pressionada sobre uma saliência óssea. Envolve os critérios de frequência, volume e ritmo avaliados por 1 (um) minuto.			
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">✓ Verificar e estado geral da saúde cardiovascular e a resposta ao organismo a outros desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas;✓ Avaliar estado geral do paciente;✓ Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações.			
Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none">✓ Relógio com marcador de segundos;✓ Estetoscópio se necessário.			
▪ Procedimento <ol style="list-style-type: none">1- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;2- Reunir o material;3- Higienizar as mãos (POP 20);4- Manter o paciente em posição confortável.		 <p style="text-align: right; font-size: small;">© Healthline, Incoporated</p>	
❖ Verificação de Pulso Apical <ol style="list-style-type: none">1. Expor a região torácica;2. Posicionar o estetoscópio devidamente higienizado com álcool a 70% na região torácica (3° a 5° espaço intercostal à D);3. Auscultar as bulhas cardíacas por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto à fonética, ritmo e frequência).			
❖ Verificação de Pulso Arterial <ol style="list-style-type: none">1. Posicionar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, pressionando levemente contra saliência óssea;			



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

❖ Ao final do procedimento

1. Higienizar as mãos (POP 20);
2. Realizar a anotação do procedimento no prontuário eletrônico e-SUS (POP 01);
3. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado .

❖ Observação

1. Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração;
2. Considerar se o usuário realiza atividade física regular, neste caso, a frequência padrão pode ser inferior;

Quadro 03: Valores de referência do Pulso

Idade	Frequência Cardíaca (batimentos/min)
Lactente	120 a 160
Todler	90 a 140
Pré-escolar	80 a 110
Criança em idade escolar	75 a 100
Adolescente	60 a 90
Adulto	60 a 100

Fonte: POTTER et al. 2018.

Referência:

1. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2015.
2. POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
3. ARCHER, E. et al;. Procedimentos e Protocolos; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
4. DIECKMANN, R.; BROWNSTEIN, D.; GAUSCHE-HILL, M. (Ed.). Pediatric Education for prehospital professionals. Sudbury: Mass, Jones & Bartlett, American Academy of Pediatrics, p 43-45, 2000.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 32	PÁGINA: 1/3
	VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	REVISÃO: 05/08/2024	

Monitoramento: Enfermeiro.

Quando: Sempre que necessário.

Execução: Equipe de Enfermagem.

Definição: Determinar a resposta pulmonar expressa pelos movimentos respiratórios envolve os critérios de frequência, amplitude/profundidade, ritmo e simetria que devem ser avaliados por 1 (um) minuto.

Objetivo: Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas. Avaliar estado geral do paciente/cliente, auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações. Acompanhar a evolução da doença.

Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Materiais:

- ✓ Relógio com marcador de segundos;
- ✓ Estetoscópio se necessário.

▪ **Procedimento**

1. Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
2. Higienizar as mãos (POP 20);
3. Reunir o material e levá-lo para próximo do cliente;
4. Apresentar-se e explicar o procedimento ao cliente e/ou acompanhante;
5. Manter o paciente em posição confortável;
6. Colocar a mão no pulso do cliente simulando a verificação do pulso;
7. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;
8. Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;
9. Higienizar as mãos (POP 20);
10. Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%;
11. Realizar anotação de enfermagem no prontuário eletrônico no e-SUS (POP 01);
12. Comunicar enfermeiro se alterações.
13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.



INSPEÇÃO DINÂMICA

- Frequência

Variações aceitáveis de Frequência Respiratória por minuto	
Recém-nascido	30-60 rpm
Lactente (6 meses)	30-50 rpm
Criança (2 anos)	25-32 rpm
Criança	20-30 rpm
Adolescente	16-19 rpm
Adulto	12-20 irpm

(Potter; Perry, 2009)

Variações aceitáveis de Frequência Respiratória por minuto	
Recém-nascido	40-45 rpm
Lactente (6 meses)	25-35 rpm
Pré-escolares	20-35 rpm
Escolares	18-35 rpm
Adulto	12-20 irpm

(Porto, 2010)

Referência:

1. POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
2. ARCHER, E et al;. Procedimentos e Protocolos; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 33	PÁGINA: 1/2
	VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA CORPÓREA	REVISÃO: 05/08/2024	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: Sempre que necessário.			
Execução: Equipe de Enfermagem.			
Definição: Determinar a temperatura corpórea (da superfície da pele).			
Objetivo: <ul style="list-style-type: none">✓ Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas;✓ Avaliar estado geral do paciente;✓ Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações;✓ Acompanhar a evolução da doença.			
Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.			
Materiais: Algodão; Álcool a 70%; Termômetro digital.			
Procedimento <ol style="list-style-type: none">1. Colocar o usuário em decúbito dorsal ou sentado;2. Explicar o cuidado que lhe será prestado e orientá-lo quanto ao movimento de abdução do braço direito até um ângulo de 35°C;3. Afastar a roupa do usuário para expor totalmente a axila;4. Secar com lenço a axila do usuário, realizar movimentos de absorção, pegar o termômetro e posicioná-lo paralelamente à parede medial da axila do usuário;5. Encostar sua extremidade no ápice da axial;6. Girá-lo, posicionando-o perpendicularmente à parede medial;7. Solicitar ao usuário que faça adução do braço para fechar a cavidade axilar;8. Flexionar o antebraço e apoiá-lo sobre o tórax; soltar e marcar o tempo;9. Aguardar o toque sonoro do termômetro;10. Realizar leitura;11. Pedir ao usuário para estender o antebraço e fazer abdução do braço;12. Retirar o termômetro;13. Realizar anotação de enfermagem no prontuário eletrônico e-SUS (POP 01);14. Comunique a temperatura ao usuário ou acompanhante;15. Realize encaminhamento ou orientações necessárias.			



VARIAÇÕES DA TEMPERATURA

Hipotermia	abaixo	de	35,5°	C
Temperatura Normal	35,5°	a	37,2°	C
Sub Febril	37,3°	a	37,7°	C
Febre	>=	a	37,8°	C



Referência:

1. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2015.
2. POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
3. ARCHER, E. et al. Procedimentos e Protocolos; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e S



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 34	PÁGINA: 1/3
	ANAFILAXIA PÓS ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO/ VACINA	REVISÃO: 05/08/2024	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: Deve ser realizado sempre quando se suspeitar de anafilaxia após administração de qualquer medicamento ou vacina, em situações em que o médico não está presente.			
Execução: Equipe de saúde.			
Definição: Reação anafilática: reação de hipersensibilidade sistêmica, caracterizada por início rápido e usualmente com alterações de pele e mucosas, com possíveis manifestações em outros órgãos. Pode ser ocasionado por diversos agentes: medicamentos, alimentos, contraste ou picada de insetos, e pode ter início alguns segundos após a exposição ou até uma hora após. Choque anafilático: É a forma mais grave de reação de hipersensibilidade em que ocorre evolução dos sintomas iniciais para colapso cardiovascular e insuficiência respiratória.			
Objetivo: : Reconhecer, intervir e encaminhar todos os usuários ao atendimento necessário após o primeiro atendimento.			
Contraindicação: Hipersensibilidade a medicação que deve ser administrada.			
MATERIAIS: <ol style="list-style-type: none">1. Luvas de procedimento;2. Material para punção venosa (jelco calibroso; torneirinha; micropore; seringa; água destilada);3. Seringa e agulha para aspiração e administração da medicação;4. Medicação (adrenalina 1:1000);5. Aparelho para verificação de SSVV (PA; FC; FR; SpO₂; T°);6. Solução fisiológica 500-1000ml;			
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:			
ADULTOS			
Reação Anafilática <ul style="list-style-type: none">• Sinais e sintomas: edema ao redor dos olhos; dificuldade respiratória com presença de sibilos; taquicardia; placas urticariformes.			
Choque Anafilático <ul style="list-style-type: none">• PAS <90mmHg e PAD <60mmHg;• FC >100bpm;• FR >22irpm;• TEC>3seg• Extremidades frias, sudoreicas, cianose e livedo reticular;• Alteração do nível de consciência (agitação, inquietação, confusão, desorientação, delirium e coma);			



O que fazer:

- Acionar o SAMU- 192; deitar o usuário e elevar os membros inferiores; administrar ADRENALINA IM no vasto lateral da coxa (0,5 ml e caso não houver melhora repetir a administração a cada 5 minutos);
- Puncionar 2 acessos venosos calibrosos; monitorizar SSVV, oxigênio em cateter nasal ou MAF, de acordo com SpO₂; apoio na ventilação caso necessário (Ambu), administrar SF 0,9% EV em bolus: 500-1000ml, seguir orientações do médico regulador do SAMU;

CRIANÇAS

Reação Anafilática

- Sinais e sintomas: edema ao redor dos olhos; dificuldade respiratória com presença de sibilos; taquicardia, taquipnéia; placas urticariformes.
- O que fazer: acionar o SAMU- 192; deitar o usuário e elevar os membros inferiores; administrar IM 0,01ml/kg de peso de ADRENALINA, no vasto lateral da coxa; puncionar 2 acessos venosos calibrosos; monitorizar SSVV;

Choque Anafilático

- Bradicardia e bradipneia de acordo com a idade;
- TEC > 3seg
- Extremidades frias, sudoreicas, cianose e livedo reticular;
- Alteração do nível de consciência (agitação, inquietação, confusão, desorientação, delirium e coma);

O que fazer:

- Acionar o SAMU- 192; deitar o usuário e elevar os membros inferiores; administrar ADRENALINA IM no vasto lateral da coxa (0,01mg/kg de peso, e caso não houver melhora repetir a administração mais duas vezes de 15-20 minutos, DOSE MÁXIMA DE 0,3 ML);
- Puncionar 2 acessos venosos calibrosos; monitorizar SSVV; oxigênio em cateter nasal ou MAF, de acordo com SpO₂; apoio na ventilação caso necessário (AMBU); administrar SF 0,9% EV em bolus: 20ml/kg de peso corporal; seguir orientações do médico regulador do SAMU;
-

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O oxigênio pode ser administrado por Cateter nasal (até 6ml/min) e por Máscara de Alto Fluxo- MAF (acima de 6l/min);

No adulto a saturação alvo é atingir SpO₂ 92%, portanto o tipo de dispositivo deve ser avaliado para melhor obtenção desse resultado;

Na criança a saturação alvo é atingir SpO₂ de 94%, portanto o tipo de dispositivo deve ser avaliado para melhor obtenção desse resultado;



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

Referências:

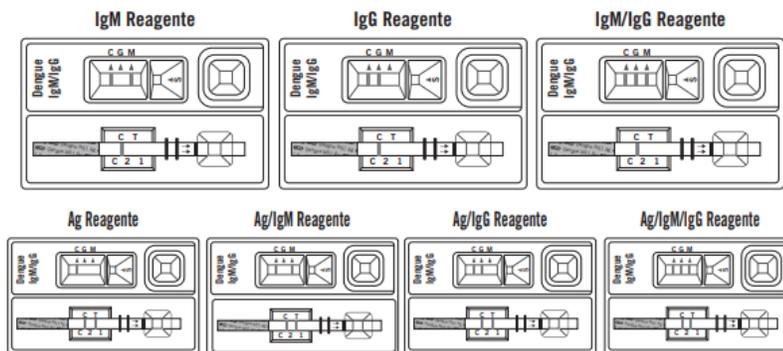
1. Hospital Sírio Libanês. Guia farmacêutico: Epinefrina. Disponível em: <https://guiafarmacutico.hsl.org.br/epinefrina>
2. CURITIBA. Divisão de imunobiológicos de Curitiba. Prefeitura Municipal de Curitiba, 06 de dezembro de 2023. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/POP%20%20Divis%C3%A3o%20de%20imunobiol%C3%B3gicos%20-%20VERS%C3%83O%2006%2012%202023.pdf>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 34	PÁGINA: 1/2
	TESTE RÁPIDO DE DENGUE (IgG/IgM)	REVISÃO: 05/08/2024	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: Quando houver suspeita de dengue e de acordo com protocolo vigente.			
Execução: Enfermeiro ou Profissional da Saúde com capacitação para realização do teste.			
Definição: Qualificar e a ampliar o acesso da população ao diagnóstico.			
Objetivo: Qualificar e a ampliar o acesso da população ao diagnóstico. Os testes rápidos para dengue são testes que podem ser feitos com amostra de sangue total obtida por punção venosa ou da polpa digital, através de sangue total, soro ou plasma.			
Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.			
MATERIAIS: <ul style="list-style-type: none">7. Caixa-kit de teste rápido para dengue e Manual de instruções do teste;8. Cronômetro ou relógio;9. Descarte para material biológico (Caixa de perfuro-cortante, lixo saco branco e preto);10. Equipamentos de Proteção Individual (EPI): (luvas, máscaras, óculos, gorros e aventais). O funcionário deverá estar de sapatos fechados.			
PROCEDIMENTO PARA COLETA DA AMOSTRA E EXECUÇÃO DO TESTE RÁPIDO: <ul style="list-style-type: none">1. Realizar anamnese completa, para identificar a data de início dos sintomas e aplicabilidade para o teste rápido,;2. Separar todos os componentes necessários do kit Teste Rápido sobre uma superfície plana e limpa;3. Verificar a integridade de todos os componentes e validade dos testes;4. Antes de realizar a testagem (punção capilar ou coleta), identificar os testes (tubos) com as iniciais do indivíduo e outros para identificação que se fizerem necessários;5. Coletar a amostra de sangue (punção capilar ou coleta) preferencialmente por punção digital, utilizando o coletor específico para cada Kit ou conforme procedimento descrito no Manual de instruções de uso do fabricante;6. Proceder toda a execução, observação do tempo de espera e leitura do resultado do teste, conforme procedimento de cada Manual de instruções de uso do fabricante.7. Realizar pós teste rápido e condutas necessárias conforme resultado;8. Após a leitura do teste, anotar o resultado e entregar o laudo ao paciente;9. Descartar todo o material utilizado em recipiente para descarte de materiais com risco biológico;10. Considerar todas as amostras como material potencialmente infectante, usar equipamentos de proteção individual;11. Após a realização do teste deverá ser realizado a limpeza e desinfecção do ambiente;12. Em caso de amostras de testes rápidos para dengue reagentes, agendar consulta médica ao paciente, para avaliações e condutas médicas, bem como, outros encaminhamentos e acompanhamentos que ser fizerem necessários, conforme recomendações dos Manuais do Ministério da Saúde e fluxos de atendimentos da SMSA;13. Realizar anotação no prontuário eletrônico no e-SUS (POP 01).			

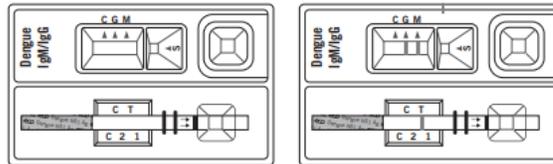


FIGURA 01- INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:



Inválido:

Se a linha C não aparecer, o teste é inválido mesmo com o aparecimento das linhas G, M ou T. A linha Controle deverá sempre aparecer se o procedimento for realizado adequadamente e os reagentes do teste forem funcionais. Repetir o teste com um novo dispositivo.



INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- O teste rápido deve ser realizado do 3º ao 7º dia de sintomas ou de acordo com bula do fabricante; Independente do resultado do teste, o acompanhamento deste usuário deve ser garantido na unidade básica de saúde;
- Tendo em vista que a dengue é uma doença de notificação compulsória, deve ser realizada a notificação e investigação do agravo mesmo na suspeita, mesmo que o teste apresente-se negativo;
- Realizar notificação no sistema de informação SINAN DENGUE ONLINE, e programar a coleta de sorologia a partir do 6º dia de sintomas, de acordo com período epidemiológico;

Referências:

1. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HIV_estrategias_testes_rapidos_brasil.pdf
2. <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/testes-rapidos>
3. Bula teste rápido para Dengue DUO ECodiagnóstica. Disponível em: <https://epimed.com.br/wp-content/uploads/2020/08/Bula-Covid-19-AG-Eco-12-08-20-Edi%C3%A7%C3%A3o-007-2020.pdf>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 35	PÁGINA: 1/3
	TESTE RÁPIDO COVID-19 Ag	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: : Enfermeiro ou Profissional da Saúde com capacitação para realização do teste.			
Quando: Quando houver suspeita de COVID-19 e de acordo com protocolo vigente.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Qualificar e a ampliar o acesso da população ao diagnóstico. São testes realizados com amostra de secreção nasofaríngea.			
MATERIAIS: <ol style="list-style-type: none">1. Caixa-kit de teste rápido para COVID-19 e Manual de instruções do teste;2. Cronômetro ou relógio;3. Descarte para material biológico (Caixa de pérfuro-cortante, lixo saco branco e preto);4. Equipamentos de Proteção Individual (EPI): (luvas, máscara N95, óculos, gorros e aventais). O funcionário deverá estar de sapatos fechados.			
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none">1- Realizar anamnese completa, para identificar a data de início dos sintomas e aplicabilidade para o teste rápido;2- Separar todos os componentes necessários do kit Teste Rápido sobre uma superfície plana e limpa;3- Verificar a integridade de todos os componentes e validade dos testes;4- Antes de realizar a testagem (swab nasal), identificar os cassetes com o nome do indivíduo e outros para identificação que se fizerem necessários;5- Realizar higienização das mãos e colocação dos EPI's;6- Posicionar o usuário em poltrona e solicitar que o mesmo assoe o nariz e após incline a cabeça para trás:<ul style="list-style-type: none">• Insira o swab na narina até encontrar resistência ao nível do corneto;• Gire suavemente o swab 5 vezes e remova-o da narina;• Repita o processo na outra narina;• Insira o swab no tubo de extração e gire pelo menos 5 vezes, pressionando-o contra a parede do tubo ao retirar o swab;• Insira a tampa e pingue 3 gotas no cassete e aguarde de 15 a 30 minutos para leitura do resultado;• Não realizar leitura após 30 minutos;7- Retirar os EPI's e proceder com higienização das mãos (POP 20);			



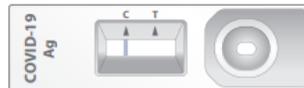
- 8- Após a leitura do teste, anotar o resultado e entregar o laudo ao paciente;
- 9- Descartar todo o material utilizado em recipiente para descarte de materiais com risco biológico;
- 10- Considerar todas as amostras como material potencialmente infectante, usar equipamentos de proteção individual;
- 11- Após a realização do teste deverá ser realizado a limpeza e desinfecção do ambiente;
- 12- Em caso de amostras de testes rápidos para COVID-19 reagentes, agendar consulta médica ao paciente, para avaliações e condutas médicas, bem como, outros encaminhamentos e acompanhamentos que ser fizerem necessários, conforme recomendações dos Manuais do Ministério da Saúde e fluxos de atendimentos da SMSA;
- 13- Realizar anotação no prontuário eletrônico no e-SUS (POP 01);

FIGURA 01- INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS:

Interpretação do Resultado

Resultado Não Reagente:

Se somente a linha C aparecer na região controle da membrana, a ausência da linha T indica um resultado não reagente.



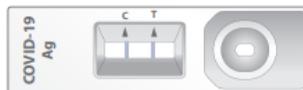
Resultado Reagente:

Ambas as linhas C e T aparecem na região controle e teste da membrana.

Mesmo uma linha fraca ou linha teste não uniforme deve ser considerada se o procedimento foi realizado de maneira correta, sendo o resultado interpretado como reagente.

Uma linha de qualquer intensidade na região da linha teste deve ser considerada reagente.

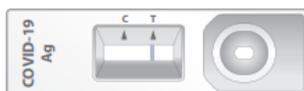
Resultados reagentes devem ser considerados em conjunto ao histórico médico e outros achados clínico-laboratoriais.



Inválido:

Se a linha controle C não aparecer, o teste é inválido mesmo com o aparecimento da linha teste T.

A linha controle deverá sempre aparecer se o procedimento for realizado adequadamente e os reagentes do teste estiverem funcionando. Repetir o teste com um novo dispositivo.



Informações importantes:

O teste rápido deve ser realizado do 3º ao 7º dia de sintomas ou de acordo com bula do fabricante, independente do resultado do teste, o acompanhamento deste usuário deve ser garantido na unidade básica de saúde;

Tendo em vista que a COVID-19 é uma doença de notificação compulsória, deve ser realizada a notificação e investigação do agravo mesmo na suspeita, mesmo que o teste apresente-se negativo;

Realizar notificação no sistema de informação ESUS NOTIFICA;

REFERÊNCIAS:

1. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HIV_estrategias_testes_rapidos_brasil.pdf
2. <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/testes-rapidos>
3. Bula teste rápido para COVID-19 Ag ECOdiagnóstica. Disponível em: <https://epimed.com.br/wp-content/uploads/2020/04/bula-dengue-AG-maio-22.pdf>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO CONTRACEPTIVO SUBDÉRMICO	CÓDIGO: POP 36	PÁGINA: 1/4
		REVISÃO: 05/08/2024	

Responsável: Enfermeiro.

Quando: Quando houver indicação para inserção de acordo com protocolo vigente.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo: ampliar o acesso da população em situação de vulnerabilidade social a métodos contraceptivos para prevenção de gravidez indesejada.

Definição: O implante consiste em uma haste de plástico semirrígido e radiopaco de 4cm x 2mm que libera a progesterona etonogestrel (ENG). Essa haste tem um composto sólido não biodegradável de acetato de etileno vinílico saturado com 68mg de etonogestrel, que permite a liberação controlada desse hormônio por três anos de uso. Método mais eficaz que qualquer outro método com 99,95% de proteção.

Materiais:

- Clorexidina alcoólica;
- Gaze estéril;
- Descarte para material biológico (Caixa de perfuro-cortante, lixo saco branco e preto);
- Luvas de procedimento e luva estéril;
- Agulhas 13x4 e 30x7 e ponta romba;
- Lidocaína 2% sem vasoconstritor;
- Atadura de crepe 6cm e fita para curativo;
- Implante de etonogestrel 68mg;

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos (POP 20);
2. Explicar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
3. Usuária deve estar deitada em decúbito dorsal com o braço direito ou esquerdo (se possível o braço não dominante) voltado externamente com a mão na nuca;



FIGURA 1- POSIÇÃO DA MULHER.

4. Identificação do local da inserção, que está na face interna da porção superior do braço, cerca de 8-10cm acima do epicôndilo medial do úmero e a 3-5 cm abaixo do sulco entre os músculos bíceps e tríceps.

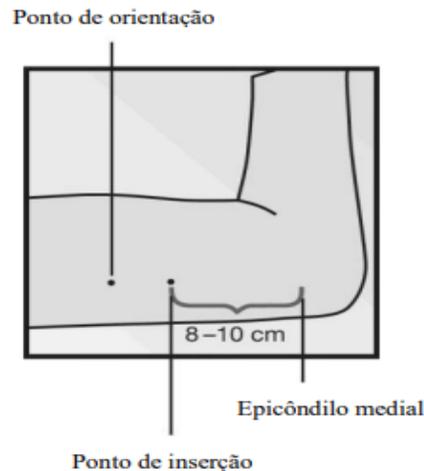


FIGURA 2- LOCALIZAÇÃO PARA INSERÇÃO IMPLANTE.

5. Realização de duas marcas: primeiramente, o ponto onde o implante vai ser inserido, e, então, o próximo ponto a poucos centímetros do primeiro, proximalmente.
6. Antissepsia do local da inserção;
7. Anestesia da área de inserção com lidocaína a 2% sem vasoconstritor logo abaixo da pele (1-2ml) e ao longo do caminho onde será depositado o implante, podendo dividir a anestesia em três aplicações (2-5ml);
8. Retirada da capa de proteção a ponta do implante;
9. Inserção somente da ponta da agulha, com o lado do bisel voltado para cima;

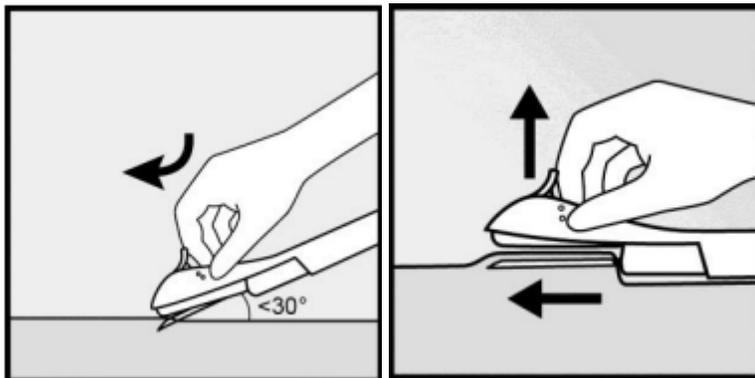


FIGURA 3- INSERÇÃO DA AGULHA NO LOCAL

10. Colocação do aplicador em uma posição horizontal;
11. Inserção delicada da agulha em toda sua extensão;
12. Desprendimento do deslizante roxo empurrando-o para baixo;

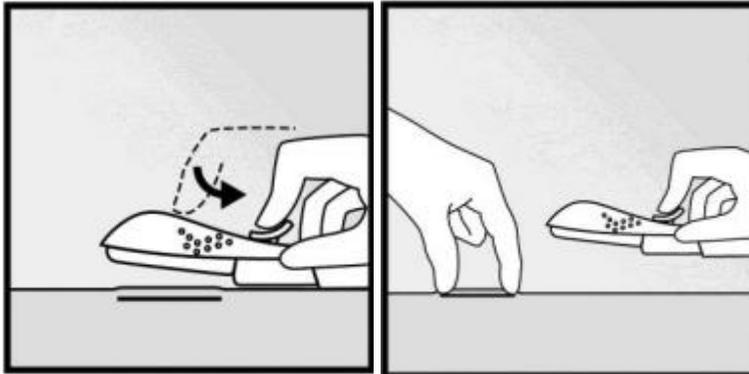


FIGURA 4- RETIRADA DO APLICADOR E VERIFICAÇÃO DO IMPLANTE

13. Retirada do aplicador;
14. Confirmação de que o implante foi inserido corretamente;
15. Curativo local e compressivo com gaze e fita micropore;

Retirada de implante de contraceção:

Definição: A retirada do implante, consiste em sua total remoção, ela dever ser realizada quando vencer o prazo de 3 anos de durabilidade, em casos de rejeição ou desejo da usuaria.

Materiais:

- Clorexidina alcoólica;
- Kit para retirada de pontos;
- Gaze;
- Seringa 3ml;
- Agulha 13x4, 30x7 e ponta romba;
- Luvas de procedimento e estéril;
- Bisturi nº11;
- Lidocaína 2% sem vasoconstritor;
- Nylon 4.0;
- Atadura de crepe 6cm e fita;

Descrição do Procedimento:

1. Antissepsia do local da incisão na pele do braço;
2. Anestesia da área de incisão com 1ml de lidocaína a 2% sem vasoconstritor logo abaixo da extremidade distal do implante;
3. Realizar incisão de 2mm de comprimento no sentido longitudinal do braço na extremidade distal do implante, idealmente sobre a cicatriz do local de inserção;

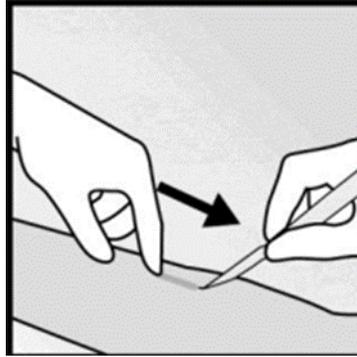


FIGURA 1- LOCAL REALIZAÇÃO DA INCISÃO PARA RETIRADA IMPLANTE

4. Realizar pressão suave sobre o implante em direção à incisão até que a extremidade seja visível;
5. Pinçar o implante com a pinça Kelly curva;

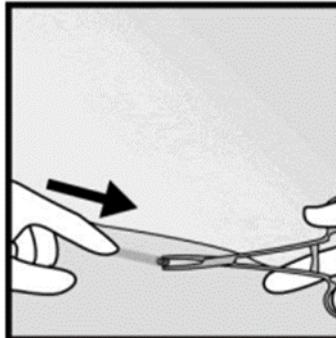


FIGURA 2- REMOÇÃO DO IMPLANTE COM PINÇA

6. Remoção do implante delicadamente;
7. Se necessário realizar sutura com ponto simples com fio de nylon 4.0;
8. Curativo local e compressivo;

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

➤ Antes de iniciar o procedimento:

- ❖ Checar informações e dados da usuária e indicação do implante contraceptivo subdérmico, bem como documentação preenchida solicitada pela SMSA;
- ❖ Checar com a usuária e atualizar informações no prontuário com relação a alergias;
- ❖ Checar se houve assinatura do Termo de Consentimento do procedimento;
- ❖ Esclarecer sobre dúvidas e eventuais complicações do procedimento;
- ❖ Preencher o CheckList do implante contraceptivo subdérmico;

➤ Observação:

- O implante pode ser inserido a qualquer momento, desde que se tenha certeza que a paciente não está grávida. A ausência de gravidez pode ser inferida se a paciente preencher algum desses critérios:
- Nos primeiros 7 dias de um ciclo menstrual normal sem uso de métodos contraceptivos.
- Se a mulher estiver sem relação sexual desde a última menstruação.



- Se a mulher estiver usando método contraceptivo eficaz de maneira consistente (ou seja, sem esquecer nenhum dia e sem usar de maneira inadequada).
- Nos primeiros 7 dias após um aborto.
- Até a 4ª semana após o parto, independente da amamentação.
- Em caso de amamentação exclusiva nos seis primeiros meses do parto e mantendo amenorréia.
- O teste de gravidez pelo menos duas semanas após o último episódio de sexo desprotegido é necessário apenas quando houver dúvida. Nestes casos solicitar um β HCG sérico 48 horas antes do procedimento.
- Preencher e entregar o cartão da usuária do implante contraceptivo subdérmico.
- Prescrever analgésicos ou AINE caso a paciente tenha dor conforme protocolo municipal vigente.
 - Orientar a paciente:
- Não realizar atividade física vigorosa por 5 dias.
- Retirar a atadura e curativo compressivo em 24 horas.
- Abstinência sexual ou usar camisinha por 7 dias após a inserção.
- Procurar o enfermeiro da unidade básica de saúde do seu território caso houver sinais de complicação: dor, saída de secreção ou edema no local da inserção ou febre.

REFERENCIAS:

1. B.T.W., L.C.M., C.R.V.T.D., F.G., G.C. Inserção e retirada de implante contraceptivo subdérmico - Clínicas Einstein. Acesso em 02 de agosto de 2024. Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Implante-e-retirada-de-contraceptivo-subdermico---Implanon.pdf>
2. Bula Implanon Prof Saude RDC 47. Acesso em 02 de agosto de 2024. Disponível em: <https://www.4bio.com.br/wp-content/uploads/2019/06/Implanon-NXT-1199.pdf>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 01	PÁGINA: 1/2
	ACOLHIMENTO	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Todos os profissionais da equipe de saúde.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Todos os profissionais de saúde e o Coordenador da equipe.			
Objetivo: A prática do acolhimento baseia-se na colaboração integrada e no comprometimento de toda a equipe de saúde, não se restringindo a um grupo específico de profissionais, e é parte fundamental do processo de trabalho. O acolhimento visa identificar a população residente na área atendida pela Unidade Básica de Saúde ou pela Estratégia Saúde da Família, reconhecer os problemas de saúde existentes, organizar o acesso aos serviços e facilitar o primeiro contato com a equipe de saúde. O objetivo é oferecer um atendimento humanizado, que promova a satisfação do usuário, proporcionando uma recepção, escuta e atenção que sejam oportunas, eficazes, seguras e éticas.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Atender o paciente em um ambiente privativo, com ambiência, permitindo o diálogo e a resolutividade do problema;2. Durante a escuta quanto ao motivo da procura ao serviço deve-se levar em consideração o contexto em que o usuário está inserido;3. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação;4. Comunicar ao enfermeiro ou médico quando o motivo for uma queixa, sinal ou sintoma para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas;5. O cliente que apresentar queixas clínicas deve ser avaliado pela enfermeira e/ou médico;6. O responsável pela avaliação clínica deve atender a resolutividade, agendando consultas ou retornos;7. Responder às demandas de vigilância à saúde e encaminhar queixas ou denúncias de cunho ambiental/social às instâncias pertinentes.			
Cabe ao Enfermeiro: <ol style="list-style-type: none">1. Supervisionar o acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem;2. Receber os pacientes que procuram o serviço com queixa, sinal ou sintoma, realizar acolhimento e, quando necessário, consulta de enfermagem, assim como proceder os encaminhamentos necessários.			



Referência:

1. Trindade, Cristiano S. A Importância do Acolhimento no processo de trabalho das equipes saúde da família, Nescon2010;
2. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Edição 2ª. Brasília, 2010;
3. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília,2004;
4. Pública, Escola de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor da Atenção Primária em saúde: Oficina5;
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 02	PÁGINA: 1/2
	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	REVISÃO: 05/08/2024	

Responsável: Enfermeiros.

Quando: sempre que necessário.

Monitoramento: Enfermeiro Coordenador da Unidade de Saúde.

Objetivo: Observar as características gerais do paciente, conhecer o seu perfil, realizar orientações e criar vínculo cliente/profissional.

Material:

- ✓ Esfigmomanômetro e estetoscópio;
- ✓ Glicosímetro e fita glicêmica;
- ✓ Termômetro;
- ✓ Balança Antropométrica;
- ✓ Oxímetro;
- ✓ Algodão com álcool 70%;
- ✓ Prontuário da Família e/ou E-SUS.

Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Orientar o usuário quanto ao procedimento;
3. Questionar o motivo porque procurou a UBS/ESF;
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.
5. Encaminhar o usuário para aguardar o atendimento, ou retorno para consulta conforme necessidade, de acordo com a classificação de Manchester;
6. Manter a sala em ordem e guardar material.

Referência:

1. Trindade, Cristiano S. A Importância do Acolhimento no processo de trabalho das equipes saúde da família, Nescon2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Edição 2ª. Brasília, 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 03	PÁGINA: 1/2
	ATENDIMENTO EM GRUPO	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Equipe da Unidade de Saúde.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Profissionais de Nível Superior.			
Objetivo: Consiste no atendimento realizado em grupo com o objetivo de atividades educativas, sobre ações e prevenção à saúde, desenvolvidas na Unidade ou na comunidade, com duração média de trinta minutos, realizado por profissionais da equipe, de formas diferentes: roda de conversa, palestras e outros temas variados, visando a promoção a saúde: tabagismo, mulheres, gestantes, saúde mental, obesidade e outros.			
Definição: A proposta de priorização do atendimento grupal no contexto da atenção básica ancora-se no pressuposto do resgate da “noção de grupo como rede efetiva de suporte, em seu sentido mais amplo”. Trata-se de uma oportunidade de implementar as redes comunitárias como rede significativa de promoção de saúde, nas quais as pessoas são protagonistas do cuidado de si mesmas e do outro. Isso vai de encontro à crença produtivista, presente entre profissionais e gestores do contexto básico, que aponta para a estratégia de “GRUPOS” como possibilidade de atender os usuários.			
Fases do atendimento em grupos			
Apresentação: É o primeiro contato do facilitador com o grupo e vice versa. É a fase da criação de vínculos e de tomar conhecimento do funcionamento do grupo:			
<ul style="list-style-type: none">✓ Esclarecer a metodologia a ser utilizada, levantando as expectativas dos participantes, com dinâmicas de apresentação e de descontração;✓ Estabelecer PACTO de convivência com o grupo;✓ Destacar os objetivos e regras específicas, colocando o contexto, espaço e a duração, envolvendo todo o grupo na aceitação e no compromisso, assim como deve ser realizado pacto de sigilo;✓ Entende o perfil do grupo, suas necessidades, adequando o planejamento ao desenvolvimento do mesmo e ao objetivo da atividade, para que tenha condições de lidar com as variáveis que poderão surgir durante as atividades.			
Desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none">✓ Seguir orientações de atendimento do público alvo;✓ Importante o aumento do grau de confiança dos integrantes, uns nos outros e de fortalecimento individual, para melhor resultado terapêutico.			



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

Encerramento:

- ✓ é o momento final a atividade do grupo, onde são realizadas dinâmicas de fechamento e, frequentemente, uma avaliação;
- ✓ Neste momento o facilitador deve ficar atento para que todos os participantes possam comentar o que sentiram, pensaram e perceberam durante o trabalho, bem como, pactuar com o grupo o próximo encontro com o objetivo de aumentar vínculo e continuidade.

Recomendações:

- ✓ Estimular a participação dos integrantes do grupo elencando suas necessidades reais, de conhecimento/experiências, de interação com o grupo;
- ✓ Deve-se registrar a atividade no sistema de informação, na ficha de atividade coletiva ESUS.

Referências:

1. <http://saudenopais.com/procedimento.xhtml?>
2. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/195>



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 04	PÁGINA: 1/3
	VISITA DOMICILIAR	REVISÃO: 05/08/2024	

Responsável: Enfermeiro, Médico, Dentista, Psicólogo, Auxiliar de Saúde Bucal, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, integrantes do NASF e outros profissionais quando solicitados.

Quando: Sempre que necessário.

Monitoramento: Coordenador da Unidade de Saúde e/ou Enfermeiro.

Objetivos:

1. Conhecer o domicílio e identificando suas características ambientais, socioeconômicas e culturais;
2. Verificar a estrutura e a dinâmica familiar com elaboração do genograma ou familiograma ou ecomapa;
3. Identificar fatores de risco individuais e familiares;
4. Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados;
5. Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não;
6. Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida;
7. Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença;
8. Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares;
9. Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares;
10. Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado;
11. Aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária.

Definição: A visita domiciliar é uma “forma de atenção em saúde coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo e a família ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando à maior equidade da assistência em saúde” (Ceccim e Machado, s/d, p.1).

Na VD, alguns itens devem ser observados para se garantir o alcance do objetivo proposto com a priorização de indivíduos e/ou famílias de maior risco. A sistematização da visita dá-se por meio do planejamento, execução e avaliação conjunta de profissionais.

As visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares. Assim, deve-se considerar como critérios gerais:

- Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, etc.);
- Situação ou problema crônico agravado;



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

- Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde;
- Problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte, etc.);

Entre os adultos são priorizadas visitas domiciliares quando identificados:

- ✓ problemas de saúde agudizados que necessite de internação domiciliar;
- ✓ ausências em atendimento programado;
- ✓ portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória;
- ✓ usuários portadores de doenças crônicas descompensadas como: hipertensos, diabéticos;
- ✓ usuários que não aderem tratamento como: portadores de tuberculose e hanseníase.

Referências:

1. ALVES, US – Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família pela Integralidade da Atenção e Reorientação do Modelo Assistencial. In: Inteface, BA, 2005. BRASIL. 1.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família – volume 2 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. E-SUS. Atenção Básica: sistema com coleta de dados simplificada - CDS: Manual para preenchimento das fichas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
5. Ministério da Saúde. Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil. Legislação Federal Copilada. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
6. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 05	PÁGINA: 1/1
	ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE HIGIENE AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Todos os profissionais da equipe de saúde.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Todos os profissionais e o coordenador da equipe.			
Objetivo: Garantir a higienização pessoal, o bem estar do profissional, evitando a transmissão de infecções.			
Procedimento: <ul style="list-style-type: none">➤ Higiene pessoal;➤ Deve a todos os trabalhadores da área de saúde manter a higiene corporal, que está diretamente ligada à aparência pessoal;➤ Cuidados com os cabelos:<ul style="list-style-type: none">- 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.➤ Cuidado com as unhas:<ul style="list-style-type: none">- As unhas devem estar sempre aparadas para evitar que a sujidade fique depositada entre as unhas e a pele dos dedos.➤ Cuidados com o uniforme:<ul style="list-style-type: none">- Deve mantê-lo limpo, passado, sem manchas e com a identificação profissional.➤ Cuidados com os sapatos:<ul style="list-style-type: none">- Devem ser fechados e impermeáveis, para proteger os pés.			
Referências: <ol style="list-style-type: none">1. 1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010. NR32.			



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS PRECAUÇÃO PADRÃO E USO DE EPI	CÓDIGO: NR 06	PÁGINA: 1/1
		REVISÃO: 05/08/2024	

Responsável: Todos os profissionais da equipe de saúde.

Quando: Diariamente.

Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.

Definição: A precaução padrão são medidas de prevenção que devem ser utilizadas na assistência a todos os pacientes, na manipulação de sangue, secreções e excreções, e contato com mucosas e pele não íntegra. Essas medidas incluem a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (E.P.I.), com a finalidade de reduzir a exposição do profissional a sangue ou fluidos corpóreos, e os cuidados específicos recomendados para manipulação e descarte de materiais perfuro-cortantes, contaminados por material orgânico.

Objetivo: Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções e acidentes de trabalho.

Procedimento:

1. Sempre que iniciar qualquer atividade verificar a necessidade do uso de EPIs;
2. Luvas devem ser usadas sempre quando houver risco de transmissão de patologias, tanto para o profissional, quanto para o paciente e em 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 realiza 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 micro-organismos patogênicos fora do ambiente de trabalho, devendo ser retirados sempre após término do expediente;
8. Lavar as mãos (POP 20) ou usar soluções antissépticas antes e depois de qualquer procedimento;
9. Desprezar agulhas e instrumentos cortantes em caixa de perfuro e nunca reencapar agulhas.

Referências:

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010
2. PORTARIA N.º37, DE 06 DE DEZEMBRO DE 2002
3. MINISTÉRIO DO TRABALHO. Norma Regulamentadora 32, de 16 de Novembro de 2005
4. www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/direito/precaucoes-universais/30507



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS UTILIZAÇÃO DE LUVA DE LÁTEX	CÓDIGO: NR 07	PÁGINA: 1/3
		REVISÃO: 05/08/2024	

Responsável: Todos os profissionais da equipe de saúde.

Quando: Diante de algum procedimento que pode ter risco de contaminação direta ou indiretamente.

Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.

Definição: a luva de látex oferece barreira de proteção, principalmente devido à sua capacidade de auto oclusão de pequenos orifícios.

Objetivo: Garantir a eliminação do risco de infecção pessoal e cruzada através das mãos.

Orientações gerais:

1. Utilize-as antes de entrar em contato com sangue, líquidos corporais, membrana mucosa, pele não íntegra e outros materiais potencialmente infectantes;
2. Troque de luvas e higienize as mãos sempre que entrar em contato com outro usuário;
3. Troque também durante o contato com o paciente 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. Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos;
6. Lembre-se: A luva é um equipamento de proteção individual, o uso de luvas não substitui a higienização das mãos.



Remoção de luva de látex:

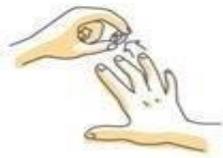
1. Pegue um par de luvas próximo ao seu punho em direção à ponta dos seus dedos até que a luva se dobre;
2. Pegue cuidadosamente a dobra e puxe em direção às pontas dos seus dedos. À medida que puxar você estará colocando a luva ao avesso;
3. Continue puxando a dobra até que a luva esteja quase que totalmente removida;



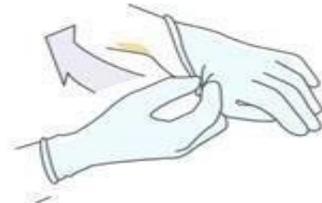
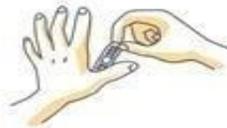
4. A fim de evitar contaminação do ambiente, continue a segurar a luva removida. A seguir, remova sua mão da luva completamente;
5. Escorregue o dedo indicador da mão sem luva por baixo da luva que permanece. Continue a inserir seu dedo em direção à sua ponta até que quase metade do dedo esteja sob a luva;
6. Gire o seu dedo a 180° e puxe a luva ao avesso e em direção à ponta dos seus dedos. À medida que fazer isso a primeira luva será contida dentro da segunda luva. O lado interno da segunda luva também será virado ao avesso.
7. Pegue as luvas firmemente por meio da superfície não contaminada (o lado que estava inicialmente tocando sua mão). Libere totalmente o contato com a primeira luva removida. A seguir retire a sua segunda mão do contato com as luvas descartando-as adequadamente;
8. Descarte o par de luvas no lixo de classificação contaminado/infectante.

Luvas de proteção descartáveis como calçar e remover

Calçar luvas:



- Remova jóias e outros artefactos das mãos e pulsos



- Cuidadosamente, calce a luva ajustando-a até ao pulso

Referências:

1. [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.htm).http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.htm).
2. [www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/luvas.html). http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/luvas.html)
3. ANVISA, Unidade de Tecnovigilância. Luvas cirúrgicas e Luvas de procedimentos: Considerações sobre o seu uso. Boletim Informativo de Tecnovigilância nº 2, Brasília 2011.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 08	PÁGINA: 1/3
	UTILIZAÇÃO DE LUA ESTÉRIL	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Profissionais Médicos, Dentistas, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.			
Quando: Procedimento que exija meio estéril.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Definição: As luvas estéreis funcionam como barreira, atuando no controle da disseminação de microrganismos no ambiente hospitalar utilizada em procedimentos invasivos ou manipulação de material estéril.			
Objetivo: Garantir o cumprimento das práticas assépticas diante de um ambiente estéril.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos;2. Selecionar o par de luvas de tamanho compatível com as suas mãos;3. Verificar as condições do invólucro;4. Abrir a embalagem externa, puxando a camada superior. Retirar a embalagem interna manuseando somente a parte externa;5. Abrir a embalagem interna sobre superfície limpa e seca, e expor as luvas esterilizadas de modo que os punhos fiquem voltados para você;6. Com o polegar e o indicador da mão não dominante, segurar o punho dobrado da luva esterilizada para a mão dominante;7. Erguer e segurar a luva com os dedos voltados para baixo. Cuidar para que ela não toque objetos não esterilizados;8. Inserir a mão não dominante na luva e puxá-la. Deixar o punho dobrado até que a outra luva seja colocada;9. Mantendo o polegar para fora, deslizar os dedos da mão enluvada por baixo do punho da outra luva e levantá-la;10. Inserir a mão não dominante na luva;11. Ajustar as luvas nas duas mãos, tocando apenas as áreas esterilizadas.			



Procedimento de remoção:

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

Remover luvas:



• Comece a retirar na zona do pulso



• Puxe lentamente até remover cada uma das luvas



• Coloque-as no lixo



• Lave as mãos

Referências:

1. ANVISA, Unidade de Tecnovigilância. Luvas cirúrgicas e Luvas de procedimentos: Considerações sobre o seu uso. Boletim Informativo de Tecnovigilância nº 2, Brasília. 2011.
2. PORTAL EDUCAÇÃO. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/cotidiano/luvas-esterreis-e-de-procedimentos/>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS UTILIZAÇÃO DE LUVA DE NITRILA	CÓDIGO: NR 09	PÁGINA: 1/2
		REVISÃO: 05/08/2024	

Responsável: Todos os profissionais alérgicos ao látex*.

Quando: Em todo procedimento que necessite o uso de luva.

Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.

Definição: Luva de Nitrila é um tipo de luva descartável feito de borracha sintética, que não contém proteínas do látex. Esses produtos de segurança são muitas vezes considerados seguros para as pessoas alérgicas ao látex.

*** Todos os profissionais alérgicos ao látex que necessitem do uso da luva de nitrila com avaliação e indicação médica.**

Objetivo: Garantir a eliminação do risco de infecção pessoal e cruzada através das mãos.

Orientações gerais:

- Utilize-as antes de entrar em contato com sangue, líquidos corporais, pele não íntegra e outros materiais potencialmente infectantes;
- Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
- Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos.

Remoção de luva de Nitrila:

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 180° e puxe a luva ao avesso e em direção à ponta dos seus dedos. À medida que fizer isso a primeira luva será contida dentro da segunda luva. O lado interno da segunda luva também será virado ao avesso;

Pegue as luvas firmemente por meio da superfície não contaminada (o lado que estava inicialmente tocando sua mão). Libere totalmente o contato com a primeira luva removida. A seguir retire a sua segunda mão do contato com as luvas descartando-as adequadamente

7. Descarte o par de luvas no lixo de classificação contaminado/infectante.



❖ **Lembre-se:**

A luva é um equipamento de proteção individual, o uso de luvas não substitui a higienização das mãos.

Referências:

1. [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br/http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.htm)
2. [www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/luvas.html)
3. ANVISA, Unidade de Tecnovigilância. Luvas cirúrgicas e Luvas de procedimentos: Considerações sobre o seu uso. Boletim Informativo de Tecnovigilância nº 2, Brasília 2011.



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS LIMPEZA DA UNIDADE	CÓDIGO: NR 10	PÁGINA: 1/8
		REVISÃO: 05/08/2024	

Monitoramento: Enfermeiro.

Quando: Diariamente.

Execução: Auxiliar de Serviço Geral, Auxiliar de Enfermagem e Auxiliar de Saúde Bucal.

Definição: Retirada de sujidades.

Objetivo: Manter o ambiente propício às condições de trabalho e evitar o fluxo de Microorganismo.

Materiais: Vide normas e rotinas

ÁREAS NÃO CRÍTICAS
Todas as demais áreas das unidades de assistência à saúde não ocupadas por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, são consideradas como áreas não críticas, tais como: áreas destinadas a refeitórios/cozinha, sala de reunião e regulação de exames e administrativo, entre outras.

REGULAÇÃO DE EXAMES/ ADMINISTRATIVO
ETAPAS E FREQUÊNCIAS DE LIMPEZA

- ❖ **Diária**
 - Manter os cestos isentos de resíduos;
 - Remover o pó das mesas, telefones, armários, arquivos, prateleiras, bem como dos móveis existentes, dos aparelhos elétricos, dos extintores de incêndio etc.;
 - Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária (varredura úmida, repor sabão e papel).
- ❖ **Semanal**
 - Remover os móveis, armários e arquivos para a limpeza completa das partes externas, recolocando-os nas posições originais;
 - Limpar divisórias, portas/visores, peitoris, caixilhos das janelas, barras e batentes com produto adequado;
 - Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;
 - Limpar telefones com produto adequado (álcool a 70%);
 - Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;
 - Retirar o pó e resíduos dos quadros em geral com pano úmido;
 - Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.
- ❖ **Mensal**
 - Limpar/remover manchas de tetos/forros, paredes/divisórias e rodapés;



- Remover o pó de persianas e ventiladores, com equipamentos e acessórios adequados;
- Executar os demais serviços considerados necessários à frequência mensal.

❖ Trimestral

- Limpar todas as luminárias por fora e ventiladores;
- Limpar persianas com produtos, equipamentos e acessórios adequados;
- Executar os demais serviços considerados necessários à frequência trimestral.

ETAPAS E FREQUÊNCIAS DE LIMPEZA

❖ Diária

- Manter os cestos isentos de resíduos;
- Remover o pó das mesas, prateleiras, peitoris, caixilhos das janelas, bem como dos móveis existentes, dos aparelhos elétricos, dos extintores de incêndio etc.;
- Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária (varredura úmida e limpeza concorrente).

❖ Semanal

- Remover os móveis e armários para a limpeza completa das partes externas, recolocando-os nas posições originais;
- Limpar divisórias, portas/visores, barras e batentes com produto adequado;
- Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;
- Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;
- Retirar o pó e resíduos dos quadros em geral com pano úmido;
- Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.

❖ Mensal

- Limpar/remover manchas de tetos/forros, paredes/divisórias e rodapés;
- Descongelar e limpar a geladeira
- Remover o pó de persianas, com equipamentos e acessórios adequados;
- Executar os demais serviços considerados necessários à frequência mensal.

❖ Trimestral

- Limpar todas as luminárias por fora;
- Limpar persianas e ventiladores com produtos, equipamentos e acessórios adequados;
- Executar os demais serviços considerados necessários à frequência trimestral.

**REFEITÓRIO/
COZINHA**



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

ÁREAS EXTERNAS	<p>Consideram-se como áreas externas todas as áreas das unidades de assistência à saúde situadas externamente às edificações, tais como: estacionamentos, pátios, passeios, entre outras.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Diária<ul style="list-style-type: none">➤ Manter os cestos isentos de resíduos;➤ Remover os resíduos acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado;➤ Varrer as áreas pavimentadas, removendo os resíduos acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado;➤ Retirar papéis, resíduos e folhagens, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado, sendo terminantemente vedada a queima dessas matérias em local não autorizado, situado na área circunscrita da edificação, observada a legislação ambiental vigente e de medicina e segurança do trabalho;➤ Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária.❖ Semanal<ul style="list-style-type: none">➤ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.❖ Mensal<ul style="list-style-type: none">➤ Executar serviço de jardinagem (poda, adubação, etc) para manutenção dos canteiros, conforme Rotina de Secretaria do Meio Ambiente;➤ Executar demais serviços considerados necessários à frequência mensal.
VIDROS/ ESQUADRIAS	<p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ vidros externos são aqueles localizados nas fachadas das edificações;✓ vidros externos com exposição à situação de risco são somente aqueles existentes em áreas consideradas de risco, necessitando, para a execução dos serviços de limpeza, a utilização de balancins manuais ou mecânicos, ou ainda, andaimes;✓ os vidros externos se compõem de face externa e face interna; <p>Limpeza:</p> <ul style="list-style-type: none">• a frequência de limpeza deve ser definida, de forma a atender as especificidades e necessidades características da unidade, porém recomenda-se a lavagem externa mensalmente.
ÁREAS CRITICAS	<p>Definição: são as que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, áreas onde se realizam procedimentos invasivos e/ou que possuem pacientes de risco ou com sistema imunológico comprometido, como UTI, clínicas, salas de cirurgias, pronto socorro, central de materiais e esterilização, áreas de descontaminação e preparo de materiais, etc.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Expurgo



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

	<ul style="list-style-type: none">➤ Esterilização➤ Consultórios➤ Curativo➤ Dentista➤ Vacina➤ Coleta de Citologia
EXPURGO	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza concorrente POP 12, na presença de sangue, excreção, secreção e rompimento do saco de lixo, deverá retirar com papel descartável, na sequência realizar a limpeza com água e sabão líquido, realizar a desinfecção da área com hipoclorito de sódio. Usar EPI adequado.❖ Semanal:<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza Terminal da sala de expurgo: piso, parede, teto, janelas e outros que se fizerem necessários;✓ Os resíduos devem ser segregados e acondicionados corretamente, a caixa para descarte de perfuro cortante, não deve ultrapassar 2/3 da capacidade;✓ Quando atingir a capacidade fechar e lacrar corretamente;✓ Os sacos plásticos devem ser fechados com barbante ou nó;✓ Os resíduos recolhidos devem ser encaminhados à sala de resíduos ou lixeira;✓ Recolher os resíduos observando a periodicidade e horários de acordo com a necessidade do serviço.
ESTERILIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza concorrente ;❖ Semanal<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza terminal.
CONSULTÓRIOS	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza concorrente ;❖ Semanal<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza terminal.
CURATIVO	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza terminal na presença de sangue, excreção e secreção, deverá retirar com papel descartável e na sequência realizar a limpeza com água e sabão líquido e realizar a desinfecção da área com hipoclorito de sódio. Usar EPI adequado.❖ Semanal:<ul style="list-style-type: none">✓ Durante a limpeza Terminal Limpar divisórias, portas/visores, peitoris,



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

	<p>caixilhos das janelas, barras e batentes com produto adequado;</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;✓ Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.
DENTISTA	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza concorrente ,✓ Usar EPI adequado;✓ O profissional dentista solicitará se necessário a limpeza terminal.✓ A desinfecção foco, cuspeira, cadeira e demais equipamentos, é de responsabilidade do Auxiliar de Saúde Bucal após o atendimento de cada paciente.❖ Semanal:<ul style="list-style-type: none">✓ Durante a limpeza terminal, limpar divisórias, portas/visores, peitoris, caixilhos das janelas, barras e batentes com produto adequado;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.
VACINA	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza concorrente e se necessário o profissional da sala de vacina solicitará a limpeza terminal.❖ Semanal:<ul style="list-style-type: none">✓ Durante a limpeza terminal limpar divisórias, portas/visores, peitoris, caixilhos das janelas, barras e batentes com produto adequado;✓ Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;✓ Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.
COLETA DE CITOLOGIA	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza concorrente e se necessário o Enfermeiro solicitará a limpeza terminal.❖ Semanal:<ul style="list-style-type: none">✓ Durante a limpeza terminal limpar divisórias, portas/visores, peitoris, caixilhos das janelas, barras e batentes com produto adequado;✓ Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;✓ Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SANITÁRIOS	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:✓ Realizar a limpeza de sanitários
INALAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:✓ Realizar a limpeza concorrente e se necessário limpeza terminal. ❖ Semanal:✓ Durante a limpeza terminal limpar divisórias, portas/visores, peitoris, caixilhos das janelas, barras e batentes com produto adequado;✓ Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;✓ Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.
ÁREAS SEMICRÍTICAS	<p>Definição: são áreas ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas, isto é, aquelas ocupadas por pacientes que não exijam cuidados intensivos ou de isolamento, como recepção e sala de espera.</p>
RECEPÇÃO	<p>ETAPAS E FREQUÊNCIAS DE LIMPEZA</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Diária✓ Manter os cestos isentos de resíduos;✓ Remover o pó das mesas, telefones, armários, arquivos, prateleiras, bem como dos móveis existentes, dos aparelhos elétricos, dos extintores de incêndio etc.;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária (varredura úmida, repor sabão e papel). ❖ Semanal✓ Remover os móveis, armários e arquivos para a limpeza completa das partes externas, recolocando-os nas posições originais;✓ Limpar divisórias, portas/visores, peitoris, caixilhos das janelas, barras e batentes com produto adequado;✓ Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;✓ Limpar telefones com produto adequado (álcool a 70%);✓ Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;✓ Retirar o pó e resíduos dos quadros em geral com pano úmido;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal. ❖ Mensal✓ Limpar/remover manchas de tetos/forros, paredes/divisórias e rodapés;✓ Remover o pó de persianas e ventiladores, com equipamentos e acessórios



	<p>adequados;</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Executar os demais serviços considerados necessários à frequência mensal. <p>❖ Trimestral</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Limpar todas as luminárias por fora e ventiladores;✓ Limpar persianas com produtos, equipamentos e acessórios adequados;✓ Executar os demais serviços considerados necessários à frequência trimestral.
SALA DE ESPERA	<p>ETAPAS E FREQUÊNCIAS DE LIMPEZA</p> <p>❖ Diária</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Manter os cestos isentos de resíduos;✓ Remover o pó das mesas, telefones, armários, arquivos, prateleiras, bem como dos móveis existentes, dos aparelhos elétricos, dos extintores de incêndio etc.;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária (varredura úmida, repor sabão e papel). <p>❖ Semanal</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Remover os móveis, armários e arquivos para a limpeza completa das partes externas, recolocando-os nas posições originais;✓ Limpar divisórias, portas/visores, peitoris, caixilhos das janelas, barras e batentes com produto adequado;✓ Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;✓ Limpar telefones com produto adequado (álcool a 70%);✓ Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;✓ Retirar o pó e resíduos dos quadros em geral com pano úmido;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal. <p>❖ Mensal</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Limpar/remover manchas de tetos/forros, paredes/divisórias e rodapés;✓ Remover o pó de persianas e ventiladores, com equipamentos e acessórios adequados;✓ Executar os demais serviços considerados necessários à frequência mensal. <p>❖ Trimestral</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Limpar todas as luminárias por fora e ventiladores;✓ Limpar persianas com produtos, equipamentos e acessórios adequados;✓ Executar os demais serviços considerados necessários à frequência trimestral.



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

Referência:

1. http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/manual_seguranca_do_paciente_limpeza_e_desinfeccao_de_superficies_da_anvisa.pdf



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS TÉCNICA DE VARREDURA ÚMIDA	CÓDIGO: NR 11	PÁGINA: 1/2
		REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais.			
Quando: diariamente.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Conceito: a varredura úmida é a limpeza com pano limpo umedecido com solução de detergente envolto em rodo.			
Objetivo: Visa remover detritos e sujidades do chão, devendo ser feita com pano limpo umedecido em água e sabão, a fim de evitar suspensão de partículas de poeira e dispersão de microrganismos.			
Material: <ul style="list-style-type: none">- 3 baldes- Rodo- 3 panos limpos- Água, detergente líquido e hipoclorito de sódio 1%- luvas- botas- Vassoura e pá de lixo se necessário			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Organizar os materiais necessários e colocar os EPI'S;2. Preparar o ambiente para limpeza e reunir mobiliário leve para deixar a área livre;3. Encher os baldes até a metade, um com água limpa, o outro com água e detergente e o outro com hipoclorito;4. Imergir o pano no balde com solução detergente, retirar o excesso de água e colocar no rodo;5. Passar o pano no piso, sem retirar o pano do chão, iniciando do fundo da sala e se dirigindo para a porta, de forma que todas as áreas do piso sejam limpas;6. Recolher a sujidade e jogar no lixo;7. Imergir outro pano no balde de água limpa, torcer e enrolar no rodo;8. Retirar o sabão do piso, iniciando do fundo da sala e se dirigindo para a porta;9. Imergir outro pano no balde com hipoclorito, torcer e enrolar no rodo;10. Passar o pano com o hipoclorito no piso, sem retirá-lo do chão, iniciando do fundo da sala e se dirigindo para a porta, de forma que todas as áreas do piso sejam limpas;11. Secar o piso usando o pano bem torcido;12. Limpar os rodapés;13. Recolocar o mobiliário no local original;			



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

14. Limpar o material de trabalho e guardar em local apropriado;

15. Este procedimento deve ser realizado diariamente.

OBSERVAÇÃO:

- Toda área que permanece úmida ou molhada tem mais condições de albergar e reproduzir germes gram negativos e fungos, as áreas empoeiradas podem albergar germes gram positivos, microbactérias e outros;
- Conclui-se dessa forma que se deve evitar excesso de água na limpeza, secar muito bem o piso e abolir varredura seca nos estabelecimentos de saúde.

Referências:

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.
2. MANUAL DOS SERVIÇOS DE HIGIENIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS SAÚDE.
http://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/covisa/manual_servicios_higienizacao_eas_final.pdf



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 12	PÁGINA: 1/2
	LIMPEZA CONCORRENTE	REVISÃO: 05/08/2024	

Responsável: Auxiliar de serviços gerais.

Quando: Ao início ou término das atividades.

Objetivo: Manter o ambiente propício às condições de trabalho e evitar o fluxo de microrganismos.

Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.

Conceito: Limpeza concorrente é o processo de limpeza diária de todas as áreas da Unidade de Saúde, objetivando a manutenção do asseio, o abastecimento e a reposição dos materiais de consumo diário (sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha etc.), a coleta de resíduos de acordo com a sua classificação e a higienização molhada, proporcionando ambientes limpos e agradáveis.

Material:

Equipamentos de proteção individual (EPI) Materiais para limpeza.

Procedimento:

1. Deve avaliar os horários de fluxo de cada setor;
2. Iniciar pelo setor de menor risco de vinculação de microorganismo;
3. Os corredores devem ser limpos uma metade e depois a outra, com sinalização;
4. Não realizar varreduras a seco;
5. Iniciar com as retiradas do lixo;
6. Organização do ambiente e reposição de materiais;
7. Limpeza de superfícies,
8. Limpeza dos pisos;
9. Limpar bebedouros;
10. Limpar instalações sanitárias.

❖ **Descrição da limpeza da superfície sem secreção (piso) “Varredura Úmida”**

- Execução do serviço de limpeza - sob orientação técnica do Enfermeiro da Unidade:
1. Preparar o material de acordo com o procedimento (balde, água, sabão e etc);
 2. Calçar as Luvas de borracha
 3. Umedecer um pano limpo em solução de água e sabão e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo.
 4. Umedecer um pano limpo em água limpa e realizar a retirada do sabão respeitando as orientações acima.
 5. Realizar a secagem com um pano limpo e seco.
 6. Diluir o hipoclorito 1:1 e finalizar com varredura úmida.
 7. Deixar material limpo e organizado após o procedimento.



❖ Descrição da desinfecção da superfície com secreção (piso):

- Execução do serviço de limpeza – sob orientação técnica do Enfermeiro da Unidade
- 1. Preparar o material para a desinfecção após a limpeza e de acordo com o procedimento;
- 2. Hipoclorito de sódio a 1%, papel toalha e pano limpo;
- 3. Calçar as luvas;
- 4. Para superfície com secreção realizar a retirada da mesma com papel toalha;
- 5. Colocar o hipoclorito de sódio 1% no local onde estava a secreção;
- 6. Aguardar 10 minutos e proceder à limpeza conforme descrito acima.

Referências Bibliográficas:

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010
2. Univale – Universidade Vale do Rio Doce. Curso de Enfermagem. Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Limpeza. Governador Valadares 2011.
3. Secretaria Municipal da Saúde Ribeirão Preto - SP. Comissão de Controle de Infecção. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Edição 1ª, 2006.
4. <http://www.soenfermagem.net/tecnicas/limpeza.html>



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 13	PÁGINA: 1/1
	LIMPEZA TERMINAL	REVISÃO: 05/08/2024	

Responsável: Auxiliar de serviços gerais/Higiene.

Quando: Semanal ou conforme a necessidade local.

Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.

Objetivo: Manter o ambiente adequado para o trabalho e livre de microrganismos patógenos.

Conceito: Limpeza terminal é uma limpeza mais completa. Deve ser programada, devido o fluxo do ambiente. O procedimento inclui a limpeza de paredes, pisos, teto, equipamentos, macas, mesas de refeição, armários, bancadas, janelas, vidros, portas, peitoris e luminárias.

Procedimento:

1. Comunicar e estabelecer aos profissionais sobre o horário de limpeza;
2. Observar os POPs de limpeza de janelas, paredes, pisos;
3. Reunir os materiais a serem utilizados;
4. Organizar o ambiente, guardar papéis e objetos que não podem ser molhados;
5. Retirar os lixos POP recolhimento e acondicionamento de resíduos;
6. Levantar mobiliários.
7. Realizar a limpeza conforme estabelecido nos POPs e NRs citados.

Referências:

1. ANVISA, agência nacional de vigilância sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Editora Anvisa, 1ª edição. Brasília 2010
2. UNIVALE – Universidade Vale do Rio Roce. Curso de Enfermagem. Manual de procedimento operacional padrão do serviço de limpeza. Governador Valadares 2011.
3. Secretaria Municipal da Saúde Ribeirão Preto- SP. Comissão de Controle de Infecção. Limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde. Edição 1ª, 2006.



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 14	PÁGINA: 1/3
	TÉCNICA DE LIMPEZA DE TETOS E PAREDES	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais.			
Quando: A cada 30 dias ou quando necessário.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Definição: <u>Conceito de LIMPEZA:</u> É a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (piso, paredes, teto, mobiliário e equipamentos). <u>Conceito de DESINFECÇÃO:</u> É o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em artigos ou superfícies, mediante a aplicação de solução germicida em uma superfície previamente limpa.			
Objetivo: Consiste em retirar a poeira e substâncias aderidas ao teto, paredes, luminárias e interruptores.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none">- Escada;- 2 baldes;- Vassoura;- 3 panos de chão;- Esponja de aço fina;- Escova;- Espátula;- Água;- Detergente líquido;- Touca;- Botas;- Luvas de autoproteção.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Reunir o material de limpeza;2. Colocar o EPI;3. Preparar o local para limpeza;4. Afastar os móveis e equipamentos das paredes5. Forrar os móveis e os equipamentos6. Encher metade dos baldes, um com água limpa e outro com água e detergente líquido;7. Imergir um pano no balde com água limpa, retirar o excesso de água, enrolar na vassoura ou rodo;8. Retirar o pó do teto e paredes, com o pano úmido fazendo movimentos em um único sentido;9. Enxaguar delimitando pequenas áreas;			



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

10. Imergir outro pano na solução detergente, torcer e enrolar o pano em uma vassoura;
11. Esfregar o pano no teto, sempre num mesmo sentido, iniciando de um dos cantos;
12. Imergir o pano limpo na água limpa, torcer e enrolar na vassoura;
13. Retirar toda solução detergente do teto;
14. Imergir o pano na solução detergente, torcer e enrolar na vassoura;
15. Esfregar o pano na parede, sempre no mesmo sentido;
16. Enrolar na vassoura o pano com água limpa e retirar toda solução detergente da parede;
17. Verificar se o teto e as paredes estão bem limpos, se necessário repetir a operação;
18. Retirar a forração dos móveis e equipamentos;
19. Recolocar o mobiliário e os equipamentos no local original;
20. Limpar o material de trabalho e guardar no local apropriado.

OBSERVAÇÕES:

1. Deve-se dividir o local para limpeza em pequenas áreas para que seja feito o enxágue antes de secar a solução detergente;
2. Paredes: iniciar na parte superior (próximo ao teto) até a metade da parede e deste ponto até a parte inferior (próximo ao piso).

Referências:

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.
2. Procedimento Operacional Padrão de Hospitais Universitários EBSEH. <http://www.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/POP+higieniza%C3%A7%C3%A3o+hospitalar+PADR%C3%83O+EBSEH.pdf/a1efc390-aab4-4e7d-96ae-97b44872c09f>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 15	PÁGINA: 1/3
	TÉCNICA DE LIMPEZA DE JANELAS E PORTAS	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Auxiliar de Serviços Gerais.			
Quando: A cada 30 dias - Limpeza Terminal.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Definição: Conceito de LIMPEZA : É a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (piso, paredes, portas, janelas, teto, mobiliário e equipamentos). Conceito de DESINFECÇÃO : É o processo de destruição de microorganismos patogênicos na forma vegetativa existente em artigos ou superfícies, mediante a aplicação de solução germicida em uma superfície previamente limpa.			
Objetivo: Consiste em retirar a poeira e manchas das janelas e portas de madeira, vidro ou metal.			
Material: <ul style="list-style-type: none">- Escada;- 2 baldes;- Água;- Detergente líquido;- Esponja de aço fina;- Panos de limpeza;- Panos de chão;- Touca;- Botas;- Luvas de autoproteção.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Reunir o material necessário;2. Colocar o EPI;3. Preparar o ambiente para a operação; afastar os móveis e os equipamentos das janelas e portas;4. Forrar o piso com pano de chão, colocando-o debaixo da janela ou porta;5. Encher metade de dois baldes, um com água e outro com água e detergente líquido;6. Imergir o pano no balde com água limpa e torcer;7. Remover a poeira passando o pano de cima para baixo e da esquerda para a direita;8. Imergir o outro pano no balde com solução detergente; retirar o excesso e passar no vidro, moldura da janela ou porta, soleira da janela e maçanetas;9. Imergir o outro pano de limpeza no balde com água limpa;			



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

10. Passar o pano em toda a extensão da janela ou porta para remover a solução detergente;
11. Secar a janela ou porta, com pano de limpeza seco;
12. Retirar o pano de chão colocado debaixo da janela ou porta;
13. Recolocar o mobiliário e equipamento no local original;
14. Limpar o material de trabalho e guardar em local apropriado.

Referências:

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.
2. Procedimento Operacional Padrão de Hospitais Universitários EBSEH. <http://www.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/POP+higieniza%C3%A7%C3%A3o+hospitalar+PADR%C3%83O+EBSEH.pdf/a1efc390-aab4-4e7d-96ae-97b44872c09f>



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 16	PÁGINA: 1/2
	TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE BEBEDOURO	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Definição: A limpeza e a desinfecção são elementos que convergem para a sensação de bem estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e familiares nos serviços de saúde. Corroboram também para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismos, e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços, nesta etapa no bebedouro do estabelecimento da Unidade de Saúde.			
Objetivo: Visa remover poeira e substâncias aderidas no bebedouro, com o objetivo de evitar a contaminação da água.			
Material: <ul style="list-style-type: none">- 2 baldes;- 3 panos de limpeza;- Escova;- Água;- detergente líquido;- EPI;- álcool a 70%.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Separar o material necessário;2. Colocar o EPI;3. Desligar o bebedouro da tomada;4. Encher metade dos dois baldes, um com água e outro com água e detergente;5. Imergir o pano de limpeza no balde com solução detergente e torcer;6. Passar o pano no bebedouro, fazendo movimentos retos, sempre de cima para baixo;7. Molhar a escova no balde com solução detergente;8. Utilizar a escova para lavar ao redor do dispositivo de saída da água e o acionador de água;9. Passar o outro pano com água limpa no bebedouro e remover toda a solução detergente;10. Friccionar álcool a 70% ao redor do dispositivo de saída de água, acionador de água e local de escoamento de água. Repetir o procedimento 3 vezes;11. Ligar o bebedouro na tomada;12. Limpar o material de trabalho e guardar em local adequado.			



Referências Bibliográficas

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.
2. HIGIENE HOSPITALAR: A IMPORTÂNCIA DA LIMPEZA NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES. <http://www.ccih.med.br/higiene-hospitalar-a-importancia-da-limpeza-na-prevencao-de-infeccoes/>



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 17	PÁGINA: 1/3
	TÉCNICA DE LIMPEZA DE SANITÁRIOS	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Definição: A limpeza e a desinfecção são elementos que convergem para a sensação de bem estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e familiares nos serviços de saúde. Corroboram também para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismos, e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços, nesta etapa nos sanitários/banheiros do estabelecimento da Unidade de Saúde.			
Objetivo: Consiste em remover a sujidade, substâncias aderidas, detritos do teto, paredes, lavatórios, mictórios, instalações sanitárias e piso dos banheiros. Promove o controle de microrganismos, evitando transmissão de doenças, controla odores, mantém uma boa aparência.			
Material: <ul style="list-style-type: none">➤ Limpeza das Pias<ul style="list-style-type: none">- panos de limpeza- detergente líquido- saponáceo- esponja sintética- luvas de autoproteção- avental- botas- touca➤ Limpeza dos Sanitários:<ul style="list-style-type: none">- panos de limpeza- vassoura para vaso sanitário- escova sintética- 2 baldes- água – detergente líquido- sapólio- hipoclorito de sódio a1%- botas- luvas de autoproteção- avental- touca			



➤ **Procedimento para limpeza geral:**

1. Separar o material necessário;
2. Colocar o EPI;
3. Recolher o lixo (conforme rotina);
4. Limpar tetos e paredes;
5. Limpar janelas e portas;
6. Limpar pias:
7. Umedecer a esponja de aço e espalhar o sapólio sobre ela;
8. Esfregar a esponja sintética com sapólio na parte interna da pia;
9. Passar a esponja com detergente líquido na torneira;
10. Esfregar a parte externa da pia, as torneiras e encanamentos sob a pia com pano umedecido em água e detergente líquido;
11. Enxaguar a parte interna e externa da pia com água limpa;
12. Secar a pia com um pano seco, polindo a torneira;
13. Limpar o material de trabalho e guardá-lo em local apropriado.

➤ **Procedimento para limpar instalações sanitárias:**

1. Separar o material necessário;
2. Colocar o EPI;
3. Encher metade dos baldes, um com água limpa e outro com água e detergente líquido;
4. Dar descarga no vaso sanitário;
5. Lavar a alavanca ou botão de descarga com pano umedecido em água e detergente;
6. Esfregar a tampa do vaso por cima e por baixo, com a escova sintética, usando solução detergente;
7. Espalhar sapólio no pano embebido em solução detergente;
8. Esfregar o assento do vaso, por dentro e por fora com pano;
9. Esfregar a parte externa do vaso com pano embebido em solução detergente e sapólio;
10. Enxaguar a tampa, o assento, a borda e a parte externa do vaso com água limpa;
11. Jogar solução detergente e sapólio dentro do vaso, esfregando-o com vassoura de vaso, iniciando pela borda interna do vaso e terminando na saída de água;
12. Dar descarga no vaso sanitário continuando a esfregar a parte interna com vassoura de vaso, até a água ficar limpa;
13. Retirar o detergente com pano umedecido em água limpa;
14. Secar a tampa e o assento do vaso sanitário com pano limpo;
15. Secar a parte externa do vaso e a alavanca ou botão de descarga com pano limpo;
16. Lavar o piso (conforme rotina).
17. Limpar o material de trabalho e guardá-lo no local apropriado.



Referências:

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.
2. HIGIENE HOSPITALAR: A IMPORTÂNCIA DA LIMPEZA NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES. <http://www.ccih.med.br/higiene-hospitalar-a-importancia-da-limpeza-na-prevencao-de-infeccoes/>



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 18	PÁGINA: 1/2
	DESINFECÇÃO DE MATÉRIA ORGÂNICA	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Definição: Conceito de DESINFECÇÃO: É o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em artigos ou superfícies, mediante a aplicação de solução germicida em uma superfície previamente limpa.			
Objetivo: Garantir a retirada de sujidades			
Material: <ul style="list-style-type: none">- EPI;- Hipoclorito de sódio a 1%;- Papel toalha;- balde com água e sabão;- balde com água;- pano de chão ou de superfície.			
Procedimento <ol style="list-style-type: none">1. Utilizar luvas de autoproteção;2. Retirar o excesso da matéria orgânica em papel absorvente;3. Desprezar o papel em saco de lixo para resíduo infectante;4. Limpar com água e sabão;5. Aplicar o Hipoclorito de sódio a 1% (na medida de 1:1) e deixar agir por 10 minutos;6. Remover o desinfetante com pano molhado;7. Proceder a limpeza com água e sabão.			
Referências: <ol style="list-style-type: none">1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.2. Procedimento Operacional Padrão de Hospitais Universitários EBSEH. http://www.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/POP+higieniza%C3%A7%C3%A3o+hospitalar+PADR%C3%83O+EBSEH.pdf/a1efc390-aab4-4e7d-96ae-97b44872c09f			



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 19	PÁGINA: 1/2
	TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES	REVISÃO: 05/08/2024	

Responsável: Ajudante de Serviços.

Quando: Diariamente e conforme a necessidade.

Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.

Conceito de LIMPEZA: É a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (piso, paredes, portas, janelas, teto, mobiliário e equipamentos).

Conceito de DESINFECÇÃO: É o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em artigos ou superfícies, mediante a aplicação de solução germicida em uma superfície previamente limpa.

Objetivo: Realizar a limpeza e a higienização de superfícies eliminando todo foco patógeno.

Procedimento:

1. Não comer ou fumar quando executar tarefas de limpeza;
2. Evitar o uso de bijuterias, joias e relógios durante a execução do trabalho;
3. Utilizar o equipamento de proteção individual (EPI) de acordo com as circunstâncias de risco;
4. Preparar previamente todo o material necessário ao procedimento de limpeza e desinfecção a ser executado;
5. Colocar os equipamentos de proteção individual;
6. Remover objetos da superfície, as roupas sujas, papel de maca, e o material usado para os locais devidos, antes de iniciar a limpeza;
7. Não agitar peças de roupas, sacos de lixo, ou qualquer material contaminado, não espanar e não fazer varredura a seco;
8. Iniciar pelo mobiliário e/ ou paredes e terminar pelo piso;
9. Limpar com movimentos amplos, do lugar mais alto para o mais baixo e da parte mais distante para a mais próxima;
10. Começar a limpeza sempre do fundo dos recintos, salas e corredores e prosseguir em direção à saída;
11. Limpar primeiro uma metade do recinto e depois a outra metade, deixando espaço livre para passagem de pessoas, remoção de equipamentos e mobiliários.

Referências:

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.
2. Procedimento Operacional Padrão de Hospitais Universitários EBSEH. <http://www.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/POP+higieniza%C3%A7%C3%A3o+hospitalar+PADR%C3%83O+EBSEH.pdf/a1efc390-aab4-4e7d-96ae-97b44872c09f>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS LIMPEZA DE EQUIPAMENTOS, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO	CÓDIGO: NR 20	PÁGINA: 1/6
		REVISÃO: 05/08/2024	

Monitoramento: Enfermeiro.

Quando: Diariamente.

Execução: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.

Definição: Remoção de microrganismos.

Objetivo: Realizar a limpeza do instrumental após a sua utilização.

Procedimento

TÉCNICA DE LIMPEZA MANUAL DE INSTRUMENTAL

Passos:

1. Separar o material: - EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos, luvas de autoproteção) - Bacia, balde ou cuba de plástico de tamanho compatível com a quantidade de material - Escova de cerdas duras e finas - Compressas ou panos limpos e macios - Solução de água e detergente enzimático;
2. Usar EPI para iniciar a limpeza do instrumental;
3. Manipular o material cuidadosamente evitando batidas ou quedas;
4. Separar as pinças de pontas traumáticas (Pozzi, Backhaus) e lavar separadamente, evitando acidentes;
5. Imergir o instrumental aberto na solução de água e detergente (conforme orientação do fabricante), para remoção dos resíduos de matéria orgânica;
6. Observar para que o instrumental mais pesado e maior fique sob os pequenos e leves;
7. Lavar o instrumental peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimentos no sentido das serrilhas. Dar atenção especial para as articulações, serrilhas e cremalheiras;
8. Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações;
9. Enxugar as peças com compressa ou pano macio e limpo, em toda a sua extensão, dando especial atenção para as articulações, serrilhas e cremalheiras;
10. Na área limpa (setor de esterilização): utilizar o papel grau cirúrgico em tamanho adequado ao material, observando a data de validade (data de limite de uso) do mesmo; colocar o material a ser esterilizado no papel grau cirúrgico e encaminhar para selagem, no selamento deverá ser deixada uma borda livre de no mínimo 3 cm da borda, com uma largura de 1cm de selagem, para facilitar a abertura, assim como deve ser íntegra, contínua, sem pregas e rugas; Identificar na borda livre com sigla da unidade, nome do produto, data de esterilização, prazo de validade (30 dias) e nome legível do funcionário que preparou a embalagem;
11. Observação: a data da esterilização e validade (será preenchido quando for esterilizado).



Figura – técnico papel grau cirúrgico



TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES (MÁSCARAS, COPINHO, CACHIMBO E TUBO DE CONEXÃO):

Passos:

1. Separar o material necessário:
 - EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos e luvas de autoproteção);
 - Solução de água e detergente;
 - Hipoclorito de sódio a 1%;
 - Recipiente com tampa;
 - Balde ou bacia plástica com tampa (opacos);
 - Compressas ou panos limpos e secos;
 - Seringa de 20ml.
2. Colocar o EPI;
3. Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente;
4. Injetar a solução de água e detergente na luz do tubo com ajuda de uma seringa de 20 ml;
5. Enxaguar o tubo com água corrente, usando o mesmo processo anterior para parte interna;
6. Colocar para escorrer ou secar com ar comprimido;
7. Enxaguar as demais peças rigorosamente interna e externamente;
8. Deixar escorrer sobre um pano limpo, completar a secagem manualmente se necessário;
9. Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos; no recipiente opaco e com tampa. Injetar a solução na luz do tubo com ajuda de uma seringa de 20ml;
10. Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e/ou pinça longa;
11. Enxaguar as peças rigorosamente em água corrente;
12. Colocar para escorrer ou secar com pano limpo e seco ou com ar comprimido;
13. Guardar as peças montadas em recipiente tampado;
14. Desprezar a solução de hipoclorito, enxaguar e secar o recipiente;
15. Manter área limpa e organizada



TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS:

Passos:

1. Separar o material:
 - EPI (avental impermeável, touca, máscara, óculos e luvas de autoproteção);
 - 01 esponja macia de limpeza;
 - 01 escova de mamadeira;
 - Solução de água e detergente;
 - Panos limpos e secos;
 - Balde ou bacia com tampa;
 - Hipoclorito de sódio a 1%.
2. Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia;
3. Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;
4. Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira;
5. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
6. Colocar as almotolias e tampas para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente;
7. Imergir as almotolias em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos;
8. Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;
9. Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso.

Observações:

- ✓ A quantidade de solução colocada nas almotolias deve ser suficiente apenas para uso **semanal**;
- ✓ Nunca reabastecer as almotolias sem limpeza e desinfecção prévia;
- ✓ Realizar o registro com a data do abastecimento, desinfecção e validade.

TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS UMIDIFICADORES DE OXIGÊNIO

Passos:

1. Separar o material:
 - EPI (avental impermeável, óculos, máscara, touca e luvas de autoproteção);
 - 01 esponja macia de limpeza;
 - 01 escova de mamadeira;
 - Solução de água e detergente;
 - Panos limpos e secos;
 - Balde ou bacia;
 - Hipoclorito de sódio a 1%.
2. Esvaziar os umidificadores, desprezando a solução na pia;
3. Lavar externamente, incluindo a tampa e tubo metálico, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;
4. Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira;
5. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;



6. Colocar para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente;
7. Imergir em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos (somente o recipiente plástico);
8. Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;
9. Friccionar álcool a 70% por 3 vezes na parte metálica que acompanha o umidificador;
10. Guardar em recipiente limpo com tampa.

TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE CABOS E LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO

1. Separar o material:
 - EPI (avental impermeável, óculos, touca, máscara e luvas de autoproteção);
 - Cabos e lâminas de laringoscópio;
 - Recipiente plástico;
 - Solução de água e detergente neutro ou enzimático;
 - Panos limpos e secos;
 - Álcool a 70%;
 - Esponja ou escova macia.
2. Imergir a lâmina do laringoscópio na solução de água e detergente, lavando com a esponja (não deixar de molho);
3. Enxaguar abundantemente em água corrente;
4. Secar a lâmina com pano limpo;
5. Friccionar álcool a 70% na lâmina conforme rotina;
6. Limpar o cabo do laringoscópio com pano umedecido em solução de água e detergente;
7. Remover a solução detergente com pano umedecido em água e secar;
8. Friccionar álcool a 70% no cabo conforme rotina;
9. Montar o laringoscópio testando o seu funcionamento;
10. Guardar o laringoscópio desmontado, sem pilhas, protegido em saco plástico ou recipiente com tampa.

TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBÚ

Passos:

1. Separar o material
 - EPI (avental impermeável, óculos, máscara, touca e luvas de auto proteção);
 - Recipiente plástico
 - 01 esponja macia;
 - Solução de água e detergente neutro e detergente enzimático;
 - Panos limpos e secos;
2. Desmontar o ambú (retirar a máscara e conexões);
3. Limpar a bolsa ventilatória externamente com pano úmido e sabão. Evitar penetração de água no interior da bolsa;
4. Lavar a máscara e conexões com água e sabão;
5. Enxaguar em água corrente e secar;



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

6. Imergir a máscara e conexões em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;
7. Retirar da solução de hipoclorito e enxaguar em água corrente;
8. Secar e guardar em recipiente tampado;

Observação:

A desinfecção com hipoclorito é necessária somente em presença de matéria orgânica.

Referência:

1. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE
2. http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/pop_esterilizacao2.pdf <acesso em 12 de novembro de 2018>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS ESTERILIZAÇÃO	CÓDIGO: NR 21	PÁGINA: 1/6
		REVISÃO: 05/08/2024	

Monitoramento: Enfermeiro.

Quando: sempre que necessário.

Execução: Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem, Auxiliares Saúde Bucal.

Definição: Processo de destruição de todas as formas de vida microbianas que possam contaminar materiais e objetos, como vírus, bactérias, fungos e outros, por meio da utilização de agentes químicos ou físicos.

Objetivo: Disponibilizar artigos esterilizados e prontos para uso no serviço e oferecer segurança aos usuários. Manter o processo de esterilização

Procedimento

UTILIZAÇÃO DA AUTOCLAVE

1. Durante o processo de esterilização observar as orientações do fabricante quanto ao manuseio da autoclave;
2. Fazer a verificação da eficácia da esterilização por meio de teste biológico de acordo com as orientações preconizadas pela instituição;
3. carregar a autoclave,
4. não ultrapassando 70% da capacidade da câmara; não encostar os pacotes nas paredes;
5. colocar os pacotes maiores embaixo e os menores em cima;
6. deixar as caixas metálicas não perfuradas semiabertas;
7. artigos côncavos devem ser colocados com a abertura voltada para baixo;
8. deixar um espaço mínimo de 2 cm entre um pacote e outro;
9. colocar sempre a parte plástica dos pacotes voltados para cima;
10. dispor os pacotes embalados em papel grau cirúrgico colocando sempre o papel voltado para baixo;
11. atentar para que a parte de papel dos pacotes esteja voltada com o papel de outro pacote e o plástico com o plástico;
12. entreabrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização;
13. aguardar 20 minutos para retirar o material;

Observação:

Caso os pacotes estejam umedecidos, substituir a embalagem e submeter a novo processo de esterilização; após o esfriamento dos pacotes; guarda-los em local apropriado; ao final da esterilização os pacotes devem estar secos. Se os mesmos estão ficando umedecidos, deve-se verificar a ocorrência de falha técnica (posição dos pacotes, quantidade dos mesmos, volume de água utilizada no ciclo, entre outros);

Se a técnica estiver correta, fazer contato com a SMS para solicitar a manutenção da autoclave e manter a área limpa e organizada.

LIMPEZA DA AUTOCLAVE

1. Separar os materiais: compressas, água, detergente e escova ou esponja;



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

2. A autoclave deve estar fria e desligada;
3. Usar luvas de látex e avental de plástico;
4. Limpar a autoclave diariamente, antes do aquecimento, utilizando compressas embebidas em água;
5. Semanalmente, no período da manhã ou conforme rotina interna da Unidade, as autoclaves deverão ser limpas com água e detergente neutro, passar as compressas embebidas em água limpa, até onde o braço alcançar, passando-as por todas as paredes da frente, laterais e portas,
6. Abrir a porta das autoclaves e retirar as bandejas das mesmas;
7. Embeber uma compressa em água e passar por toda a câmara (paredes laterais, superior e inferior), molhando a compressa na água várias vezes, até que toda a autoclave tenha sido limpa, lembrando que se a autoclave estiver quente, a água se evaporará;
8. Enxaguar bem a autoclave e secar com compressas e ligar novamente;
9. Na parte externa passar diariamente um pano embebido em álcool 70%.

Referência:

1. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE
2. http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/pop_esterilizacao2.pdf <acesso em 12 de novembro de 2018>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS INDICADOR BIOLÓGICO	CÓDIGO: NR 22	PÁGINA: 1/2
		REVISÃO: 05/08/2024	

Monitoramento: Enfermeiro.

Quando: Semanal ou quando necessário.

Execução: Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem e Auxiliares Saúde Bucal.

Definição: comprovar a eficácia do processo de esterilização.

Objetivo: indicado para certificar a eficácia do processo de esterilização, demonstrando a destruição dos microrganismos frente aos processos.

Procedimento

1. Separar o material necessário:
 - 1 Par de luvas de procedimento;
 - 1 incubador biológico;
 - 1 pacote grande (desafio para esterilização), utilizar o pacote da unidade com a maior densidade;
 - 2 ampolas de indicador biológico;
 - Impresso de controle de resultados;
 - Bandeja montada com pacotes a serem esterilizados;
2. Fita teste para autoclave;
3. Passo a passo:
4. Calçar as luvas de procedimentos;
5. Identificar a ampola de indicador biológico colocando: número da autoclave, nível escolhido, número do ciclo e data;
6. Colocar a ampola de indicador biológico no centro do pacote, entre os campos;
7. Fechar o pacote, conforme a técnica do envelope, identificando-o;
8. Colocar o pacote teste dentro do cesto de aço, posicionar o cesto com o pacote teste, no local escolhido da bandeja, entre os demais pacotes;
9. Realizar o ciclo de esterilização;
10. Retirar o pacote após o esfriamento;
11. Abrir o pacote retirando a ampola de teste biológico;
12. Quebrar a ampola, homogeneizar e colocá-la no incubador, juntamente com a ampola controle;
13. Proceder a 1ª leitura a partir de 4 horas de incubação ou conforme orientação do fabricante;
14. Fazer as leituras seguintes no intervalo máximo de 4 em 4 horas até completar 24 horas de incubação;
15. Retirar as ampolas do incubador e verificar o resultado final;
16. Preencher o impresso de controle dos resultados;
17. Suspender a utilização do material autoclavado durante o teste, caso ocorra mudança de coloração na ampola, repetir o teste utilizando novo pacote;
18. Solicitar avaliação técnica da autoclave caso persista a alteração na coloração da ampola;



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

19. Manter a área limpa e organizada.

Referência:

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2010. ____.
2. RDC nº 15 de 15/03/2012: Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2012



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS/SP	NORMAS E ROTINAS CUIDADOS NO ARMAZENAMENTO E UTILIZAÇÃO DOS MATERIAIS E PRODUTOS DE LIMPEZA	CÓDIGO: NR 23	PÁGINA: 1/3
		REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Conceito: são cuidados e atenção pelos profissionais frente aos materiais de produtos de limpeza.			
Objetivo: Garantir a limpeza, assepsia e organização dos materiais e produtos a serem utilizados no processo de limpeza da unidade.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Pano de chão: Utilizado para varrer, lavar e secar pisos.<ul style="list-style-type: none">- Limpeza e conservação:- Lavar com água e sabão;- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos;- Enxaguar;- Colocar para secar.2. Pano para limpeza: usado para remover poeira; pode ser umedecido em água, solução desinfetante ou álcool a 70%.<ul style="list-style-type: none">- Limpeza e conservação:- Lavar com água e sabão;- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos- Enxaguar;- Colocar para secar.3. Vassoura de vaso sanitário: Utilizada para limpeza da parte interna do vaso sanitário.<ul style="list-style-type: none">- Limpeza e conservação:- Lavar com água e sabão;- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos;- Lavar novamente;- Colocar para secar pendurada pelo cabo.4. Esponjas:<ul style="list-style-type: none">- Esponjas de aço: Usada para limpeza de superfícies com manchas ou resíduos. É descartável.- Esponja sintética: Usada na limpeza de superfícies que sofrem danos com esponjas de aço.5. Escadas: Devem ser antiderrapantes com degraus emborrachados. Limpeza e conservação:<ul style="list-style-type: none">- Lavar com água e sabão;- Secar com pano limpo.			



- 6. Baldes:** Devem ser de plástico rígido; geralmente são estabelecidas duas cores: uma para água e outra para solução detergente.
 - Limpeza e conservação:
 - Lavar com água e sabão;
 - Colocar emborcados para secar.
- 7. Pás de lixo:** São de metal ou plástico com cabo longo de plásticos ou madeira, usados para recolher pequenas porções de lixo e pó.
 - Limpeza e conservação:
 - Lavar com água e sabão;
 - Esfregar com esponja de aço;
 - Guardar pendurada pelo cabo.
- 8. Rodo:** Utilizado para a remoção de água e limpeza de piso com pano.
 - Limpeza e conservação:
 - Lavar com água e sabão;
 - Fazer desinfecção com hipoclorito a 1% se necessário;
 - Colocar para secar pendurado pelo cabo;
- 9. Escova manual de fios sintéticos:** Usada para lavar superfícies com reentrâncias.
 - Limpeza e conservação:
 - Lavar com água e sabão;
 - Fazer desinfecção com solução de hipoclorito de sódio 1% por 30min., sempre que necessário;
 - Enxaguar.
- 10. Luvas de autoproteção:** Utilizada para contato com sangue ou líquidos corporais (material biológico)
 - Limpeza e conservação:
 - Lavar com água e sabão;
 - Fazer desinfecção com solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;
 - Enxaguar;
 - Secar;
 - Guardar em local próprio.

Referências Bibliográficas

- 1.** ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 24	PÁGINA: 1/3
	ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS	REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Todos os profissionais da equipe de saúde.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Objetivo: Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções.			
Definição: Acondicionar resíduos caracteriza-se pela etapa que se inicia imediatamente após a geração dos resíduos sólidos para prepara-los de forma adequada para a coleta.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Acondicionar os resíduos em sacos plásticos brancos leitosos especificados na NBR 9190, de forma que os mesmos preencham até 2/3 do volume da embalagem, possibilitando que esta seja amarrada acima do conteúdo, para evitar o transbordamento na hora da coleta;2. Os resíduos pérfuro cortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes, devidamente identificado de acordo com NBR-7500 da ABNT, devem ser reforçados, impermeáveis e grandes o suficiente para receber o material de uso diário do local. As agulhas não devem ser destacadas das seringas ou manuseadas, a fim de evitar acidente de trabalho;3. O lixo contaminado deve ser recolhido em saco de lixo branco identificado “infectante” de acordo com NBR-7500 da ABNT;4. As lixeiras devem necessariamente possuir tampa e pedal;5. Em caso de contêineres, os mesmo devem estocar os resíduos corretamente acondicionados e oferecer condições adequadas para manuseio;6. Os resíduos não devem ficar expostos na via pública e sim em contêineres e/ou recintos exclusivos.			
Observação: <ul style="list-style-type: none">✓ Os resíduos gerados pelos serviços de assistência domiciliar devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.✓ No momento ainda não houve implantação no município dos agentes de atendimento, mas os usuários recebem orientação da unidade básica para entregar no ponto de coleta os resíduos gerados em seus domicílios.✓ Não faça o descarte somente pelo instrumento, mas também faça o descarte de acordo com o risco agregado;✓ Não manipule o lixo, somente feche o saco.			



Referências:

1. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004.
2. ANVISA, Agência de Vigilância Sanitária. Manual de Gerenciamento de Resíduos de Saúde. Editora ANVISA, 2006.
3. Lima, Sérgio N. M. Caderno científico: esquema geral de esterilização. Central de recirculação de material. Ribeirão Preto, DABI ATLANTE, 2001.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública n.º 64, de 20 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
5. Portal Educação.
<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/biologia/acondicionamento-preparando-os-residuos-de-forma-adequada/28961>



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS RECOLHIMENTO, COLETA E TRANSPORTE DE RESÍDUOS	CÓDIGO: NR 25	PÁGINA: 1/3
		REVISÃO: 05/08/2024	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Definição: Recolher os resíduos é uma medida que consistem no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado para o armazenamento temporário (expurgo) ou armazenamento externo (abrigo externo), com a finalidade de disponibilização para a coleta.			
Objetivo: Consiste em recolher todos os resíduos da unidade, acondicionando-os de forma adequada e manuseando-os o mínimo possível. É a operação que precede todas as rotinas técnicas de limpeza e desinfecção. Deve ser iniciada, sempre, da área menos contaminada para a mais contaminada.			
Material: <ul style="list-style-type: none">✓ Sacos de lixo de material plástico preto e branco;✓ EPI;			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Reunir o material para recolher o lixo;2. Colocar o EPI;3. Recolher o saco de lixo que se encontra na lixeira, amarrando bem as bordas;4. Colocar um saco de lixo novo na lixeira de acordo com a cor, fixando-o firmemente nas bordas;5. Transportar o lixo recolhido até o depósito para a remoção pela coleta externa.			
Observações: <ul style="list-style-type: none">- As lixeiras devem ser lavadas com água e sabão, semanalmente e sempre que necessário;- Verificar as regras básicas de acondicionamento do lixo de acordo com o tipo de resíduos;- Para o transporte do lixo é recomendado a utilização de carrinho fechado (este carrinho deverá ser higienizado após sua utilização);- Deve-se evitar, durante o transporte de resíduos, o cruzamento com pessoas e/ou material limpo nos corredores e elevadores.			
TIPOS DE RESÍDUOS			
Infectante (contaminados)	Provenientes de locais de isolamento, materiais biológico, sangue humano e hemoderivados, resíduos cirúrgicos e anatomopatológicos, resíduos perfuro-cortantes, além daqueles inorgânicos que tenham entrado em contato com o paciente e apresentem riscos de estar contaminados.		



Gerais ou comuns	Os que se caracterizam por ser de origem administrativa (papéis, papelão, restos de madeira), alimentares, provenientes de áreas abertas ao público e da limpeza geral do prédio.
Perfuro-cortante	Consideram-se os itens potencialmente contaminados, usados no atendimento médico, que possam causar feridas (picada, corte, rasgos na pele ou mucosas), incluindo agulhas hipodérmicas, cirúrgicas, de sutura, navalhas, bisturis e outras lâminas ou objetos cortantes.
TIPOS DE ACONDICIONAMENTO	
Resíduo comum	Em saco plástico para lixo domiciliar, segundo ABNT, de cor preta.
Resíduo infectante (séptico)	Saco plástico branco leitoso e impermeável, com capacidade volumétrica somente até 2/3 da capacidade e fechamento total.
Material Perfuro-cortante (séptico)	Recipientes resistentes com tampa, e identificação como sendo lixo séptico. Não encher mais que 2/3 da capacidade do recipiente.
OBSERVAÇÃO: <ul style="list-style-type: none">➤ O lixo comum é recolhido pelo carro da coleta pública conforme rotina de cada Unidade.➤ O lixo contaminado é recolhido em carro de empresa terceirizada, somente para lixo séptico, conforme rotina estabelecida com a empresa terceirizada.➤ Cuidados com lixo perfuro-cortantes: desprezar em recipiente próprio, com paredes rígidas, não ultrapassar a indicação do fabricante, lidar cuidadosamente fechar, embalar no saco branco e identificar, para que o auxiliar de serviços gerais possa transportar com segurança e armazenar em local adequado até que seja recolhido pela coleta especial e dado destino adequado (incinerador). Deverão ser utilizados luvas de borracha. O funcionário deverá estar de sapatos fechados.	
Referências: <ol style="list-style-type: none">1. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004.2. ANVISA, Agência de Vigilância Sanitária. Manual de Gerenciamento de Resíduos de Saúde. Editora ANVISA, 2006.3. Resíduos de Serviço de Saúde RSS. https://www.infoescola.com/ecologia/residuos-de-servicos-de-saude	



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS MANUTENÇÃO E LIMPEZA DO AR CONDICIONADO	CÓDIGO: NR 26	PÁGINA: 1/1
		REVISÃO: 05/08/2024	
Monitoramento: Coordenador.			
Quando: a cada validade do ciclo.			
Execução: Manutenção.			
Definição: processo pelo qual se suspende ou dissolve a sujidade visando eliminar todos os materiais indesejáveis (resíduos alimentares, microrganismos, incrustações, gorduras, etc.) que se encontram nos equipamentos, utensílios, deixando-os limpos e sem vestígios dos agentes de limpeza.			
Objetivo: remover sujidades do filtro do ar condicionado.			
Procedimento Conforme a validade deve ser solicitado este serviço ao responsável na Secretaria Municipal de Saúde.			
Referência: 1. Protocolo SMS Assis SP			



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS DEDETIZAÇÃO E DESRATIZAÇÃO	CÓDIGO: NR 27	PÁGINA: 1/1
		REVISÃO: 05/08/2024	
Monitoramento: Coordenador.			
Quando: a cada validade do ciclo.			
Execução: Dedetizadora.			
Definição: praticar o ato de dedetizar, ou seja, aplicar um inseticida com o objetivo de eliminar uma determinada praga.			
Objetivo: manter a unidade de saúde livre de insetos e pragas.			
Procedimento Conforme a validade deve ser solicitado este serviço ao responsável na Secretaria Municipal de Saúde.			
Referência: <ol style="list-style-type: none">1. Protocolo SMS Assis SP			



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS SOLICITAÇÃO MENSAL DE MATERIAL E MEDICAÇÃO	CÓDIGO: NR 28	PÁGINA: 1/1
		REVISÃO: 05/08/2024	
Monitoramento: Enfermeiro/Coordenador.			
Quando: Sempre que necessário.			
Execução: Enfermeiro.			
Definição: Provisão e solicitação mensal de insumos, medicações material de escritório, limpeza, impressos.			
Objetivo: manter a provisão mensal para garantir a qualidade da assistência aos usuários e a segurança dos profissionais de saúde da equipe.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none">➤ Impresso padrão➤ Caneta➤ Computador➤ Impressora			
Procedimento <p>O preenchimento e envio dos insumos e materiais diversos devem ser realizados entre os dias 20 a 30 de cada mês em impresso padrão, enviado via memorando digital ao almoxarifado da SMS Assis/SP;</p> <p>O pedido de medicação deve ser enviado para a Central de Abastecimento Farmacêutico por email: caf@saude.assis.sp.gov.br;</p>			
Observação: <ul style="list-style-type: none">✓ a contagem do estoque deve ser realizada pelo profissional que utiliza o material e repassada ao Enfermeiro/Coordenador.			
Referências: <ol style="list-style-type: none">1. http://saude.assis.sp.gov.br/index.php/arquivos.			