



PREFEITURA MUNICIPAL DE
CAMPINAS

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP)

ENFERMAGEM

Campinas 2020

Versão 03

Ficha técnica

Prefeito Municipal de Campinas

Jonas Donizette

Secretário Municipal de Saúde

Cármino Antônio de Souza

Departamento de Saúde

Mônica Regina de Toledo M. Nunes

Coordenação Municipal de Enfermagem

Renata Cauzzo Zingra Mariano

Distrito de Saúde Leste

Andreia Nicioli Dias da Silva

Distrito de Saúde Noroeste

Juliana Ahmed de Oliveira Ramos

Distrito de Saúde Norte

Rosana Maria Von Zuben Pacchi

Distrito de Saúde Sudoeste

Deise Fregni Hadich

Distrito de Saúde Sul

Simone Vanzetto Minari

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

Ana Carolina F. Moreira	Policlínica II
Camila Monteiro G. Dias Silva	Policlínica II
Carla Pinheiro Cagliari	Policlínica II
Celso Luis de Moraes	CS Capivari
Chaúla Vizelli	CS Paranapanema
Cíntia Mastrocola Soubhio	Distrito de Saúde Leste
Cristiane da Rocha F. Dias	PA Campo Grande
Danilo Jardim Pancotte	CS Floresta
Débora Tresoldi Cerri	CS Satélite Iris
Deise Duarte Santos Sousa	SAMU 192/Campinas
Edméia Aparecida N. Duft	SAMU 192/Campinas
Ednilce Fernandes Jesus Santos	Policlínica II
Edson Eden de Oliveira	SAD Sul
Elizabeth Tieko Fujino	CS Perseu
Elton Pallone de Oliveira	PA Anchieta
Eunice de Souza	Policlínica II
Flávio Ventura dos Santos	SAD Sul
Imaculada C. S. Ribeiro	Policlínica III
Jamile Nepomuceno Guimarães	CS Barão Geraldo
Julimar Fernandes de Oliveira	SAD Sul
Kristine Coely Leal Lemos	Policlínica II
Leonora Adissi Cordeiro	CS Lisa
Livia Agy Loureiro	Policlínica III
Luciana Sereno S. Gonçalves	Policlínica III
Mariana Charantola	CS São Cristóvão

Marina Akemi Shinya Fuzita	CS Dic III
Marisa Ferreira G. Machado	CS Santa Barbara
Marli Justina dos Santos Gomes	Policlínica III
Mônica de Azevedo Lacerda	Policlínica II
Paulo Robson de Castro Recco	CS São Quirino
Priscila de Paula Marques	Policlínica III
Priscilla Brandão Bacci Pegoraro	CS Ipaussurama
Regiane Freitas Alves	Policlínica II
Regina Grimaldi de Oliveira	CS Boa Vista
Rosana Aparecida Garcia	Departamento de Saúde
Rosimeire T. Tavoni Furlan	Policlínica III
Shirley Ruriko da Silveira	CS Conceição
Tienne de Almeida A. Rampazzo	CS Anchieta
Valéria Cristina J. Figueiredo	Policlínica III
Vera Lúcia Verdu	Distrito de Saúde Norte

Grupo de trabalho (2ª versão/ 2015)

Analú Lima Ataíde

Andrea Aparecida Barbosa

Claudenilza M. Logato Cunha

Cláudia Zímaro C. Caiola

Cristiane Giacomelli

Débora Tresoldi Cerri

Eliana Cristina Petoilho

Fernanda Pimentel

Glaziela Maria G. Espindola

Helen Florêncio

Jusiane do Carmo Dias

Luciana Gonçalves

Mariana Charantola Silva

Márcio Carvalho

Marita Fontenele A. Coelho

Marta de Souza Pereira

Milena Silveira de Pádua

Priscila de Paula Marques

Regina Conceição S. Guimarães

Valéria Cristina Jodjahn Figueiredo

Vanessa Cristina dos Santos

Viviane Cristina Claro

Departamento de Vigilância em Saúde

Laboratório Municipal de Campinas

Laboratório Municipal de Campinas

CS São Marcos

Policlínica II

CTA Ouro Verde

CTA Ouro Verde

CTA Ouro Verde

CS Vila União

CR-DST/AIDS

Distrito de Saúde Sudoeste

CS São Cristóvão

Departamento de Saúde

P.A. São José

CS Vista Alegre

CS São Quirino

Policlínica III

VISA Noroeste

Policlínica III

CS Jardim Fernanda

CS Integração

Grupo de trabalho (3ª versão/ 2020)

Adriana Cristina D'Orásio	Distrito de Saúde Noroeste
Ana Cecília Bueno de Campos P. Zuiani	DEVISA
Camila Monteiro G. Dias Silva	Distrito de Saúde Sul
Cecília de Moraes Barosa Horita	CS Aeroporto
Cintia Mastrocola Soubhia	Distrito de Saúde Leste
Chaúla Vizelli	Distrito de Saúde Norte
Cristiane da Rocha F. Dias	CS 31 de Março
Cristina A. B. Albuquerque	DEVISA
Deise Duarte S. Sousa	Rede Mario Gatti
Ednilce F. Jesus Santos	Policlínica II
Edméia Aparecida Nunes Duft	Rede Mario Gatti
Eunice de Souza	Policlínica II
Fernanda Pimentel	CS DIC III
Gabriela Felix Marchesi	DEVISA
Grasiela Nogueira	CS Vila Ipê
Gustavo de Freitas Correia	DPSS
José Jorge Ramos	Policlínica II
Juliana A. L. Shikasho	CS Paranapanema
Juliane Tsuda	Policlínica II
Julimar Fernandes de Oliveira	SAD Sul
Kristine Coely Leal Lemos	Policlínica I
Larissa de Souza Tressoldi	CS Pedro de Aquino
Liliana Vala Zoldan	DPSS
Lilian Cristina Primo	Distrito de Saúde Sul
Livia Agy Loureiro	Distrito de Saúde Norte
Natália Panonto Correia	SAD Sul
Paula Valéria Domingues Magri	CS São Quirino
Priscila de Paula Marques	Distrito de Saúde Sul
Tienne de A. A. Rampazzo	Distrito de Saúde Norte
Valéria Cristina Jodjahn Figueiredo	Departamento de Saúde
Viviane Sayemi Ito	CS Pedro de Aquino

Colaboradores

Versão 1:

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

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

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

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

Versão 2:

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

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

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

Versão 3:

Felipe Hideo Favaro Kajihara – Coordenadoria Setorial de Informática

Leonel Pereira – Coordenadoria Setorial de Informática

Wilson Pires de Camargo Júnior – Coordenadoria Setorial de Informática

Consulta Pública (Portal de Saúde de Campinas)

Versão 1:

Dezembro de 2013 a 31/01/2014

Versão 2:

14/10/2015 a 14/11/2015

Versão 3:

09/11/2020 a 24/11/2020

Teste dos POPs (versão 1)

PA Campo Grande – Distrito de Saúde Noroeste

Enfermeiros

Fernanda de Souza Martins

Francine Ariane Vieira

Luiza Martins Piovesan

Milena Varanda Pires

Técnicos/Auxiliar de Enfermagem

Claudia Sanches Francabandiera

Edvaldo Santos Pereira

Juliana da Silva Antonio

Keyla Cristina Braga Rodrigues Maggio

CS Ipaussurama – Distrito de Saúde Noroeste

Enfermeiros

Grasielle Camisão Ribeiro

Maria Helena Siqueira

Thiago de Oliveira Milagres

Auxiliares de Enfermagem

Aparecida Silva de Brito

Débora Rodrigues Izidório de Castro

Doracy Pontes Massulo

Fabelim Maria Antonio O. Flores

Giselda de Oliveira Godoy

Idê Narciso de Souza

Juliana de Paiva Paula Vieira

Maria Bolognesi de Melo

Mercília Aparecida Costa

Rosana Alves Rodrigues Mendes

Rosane Patrocínia Ribeiro Silva

Sumário

POP 1	PREPARO DE MEDICAMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO POR VIA PARENTERAL	11
POP 2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAVENOSA	16
POP 3	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR.....	21
POP 4	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEA	27
POP 5	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADÉRMICA	31
POP 6	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL.....	35
POP 7	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INALATÓRIA.....	38
POP 8	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR	42
POP 9	ADMINISTRAÇÃO E MISTURA DE INSULINAS.....	45
POP 10	ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL	49
POP 11	AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR	54
POP 12	AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	57
POP 13	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	60
POP 14	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS	63
POP 15	AUXÍLIO DE BIÓPSIA DE MAMA GUIADO POR ULTRASSOM.....	68
POP 16	AUXÍLIO A ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO.....	71
POP 17	AUXÍLIO À ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA	74
POP 18	AUXÍLIO A ELETRONEUROMIOGRAFIA.....	79
POP 19	AUXÍLIO DE PAAF (PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA) DE MAMA GUIADO POR ULTRASSOM	82
POP 20	AUXÍLIO DE PAAF (PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA) DE TIREÓIDE GUIADO POR ULTRASSOM...	85
POP 21	AUXÍLIO DE TESTE ERGOMÉTRICO	88
POP 22	AUXÍLIO A ULTRASSONOGRAFIA	92
POP 23	BACIOSCOPIA DE HANSENÍASE	95
POP 24	BOTA DE UNNA	99
POP 25	CAMPANHA DE VACINAÇÃO.....	103
POP 26	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	107
POP 27	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	112
POP 28	CAUTERIZAÇÃO UMBILICAL	116
POP 29	COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA (PAPANICOLAOU)	119

POP 30	COLETA DE CITOLOGIA HORMONAL ÚNICA	125
POP 31	COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE	127
POP 32	COLETA PARA VERIFICAÇÃO DO TEMPO DE PROTROMBINA (PUNÇÃO DIGITAL)	133
POP 33	COLETA DE PKU	136
POP 34	COLOCAÇÃO DE COLAR CERVICAL	140
POP 35	COLOCAÇÃO DO DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	143
POP 36	CONTENÇÃO MECÂNICA.....	146
POP 37	DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL CONSERVADOR	149
POP 38	EXAME DE ESPIROMETRIA.....	154
POP 39	EXAME CLÍNICO DAS MAMAS.....	158
POP 40	REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA	162
POP 41	EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.....	167
POP 42	HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS	173
POP 43	HIGIENIZAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DAS MÃOS.....	176
POP 44	LAVAGEM GÁSTRICA	179
POP 45	LAVAGEM INTESTINAL.....	182
POP 46	LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	185
POP 47	MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL.....	197
POP 48	MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL.....	199
POP 49	MEDIDA DE ESTATURA	201
POP 50	MEDIDA DO PERÍMETRO CEFÁLICO	204
POP 51	MEDIDA DO PERÍMETRO TORÁCICO	206
POP 52	MEDIDA DO PESO CORPORAL.....	208
POP 53	MOVIMENTAÇÃO EM BLOCO	211
POP 54	MONTAGEM DE CAIXAS TRANSPORTE DE VACINA	214
POP 55	OXIGENOTERAPIA	218
POP 56	ORGANIZAÇÃO DE SALAS E SETORES.....	222
POP 57	PRANCHAMENTO EM POSIÇÃO SUPINA	225
POP 58	REALIZAÇÃO DE CURATIVO	228
POP 59	RETIRADA DE PONTOS.....	233

POP 60	REALIZAÇÃO PEAK FLOW	236
POP 61	SONDAGEM NASOENTERAL.....	239
POP 62	SONDAGEM NASOGÁSTRICA	244
POP 63	TRANSFERÊNCIA DE PRONTUÁRIO	248
POP 64	TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL	251
POP 65	TESTE DE GRAVIDEZ.....	254
POP 66	TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B.....	258
POP 67	TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C	263
POP 68	TESTE RÁPIDO DUPLO PERCURSO PARA HIV COM AMOSTRA DE FLUIDO ORAL.....	268
POP 69	TESTE RÁPIDO PARA HIV COM AMOSTRA DE SANGUE	274
POP 70	TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS	282
POP 71	TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA	288
POP 72	TROCA DE GASTROSTOMIA	292
POP 73	TROCA DE TRAQUEOSTOMIA	295
POP 74	TROCA DE Sonda de CISTOSTOMIA.....	298
POP 75	USO DE LUVAS ESTÉREIS.....	302
POP 76	VACINAÇÃO – ROTINAS	305
POP 77	VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA	311
POP 78	VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	314
POP 79	VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA CORPÓREA	317

POP 1 Preparo de Medicamento para Administração por Via Parenteral

1. Definição

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

2. Objetivo

Oferecer segurança e qualidade nas medicações realizadas pela via parenteral.

3. Contraindicação

Ver contraindicações de cada via de administração de medicamento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, portando um documento de identificação com foto;
- 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; Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; questionar se o paciente possui alergias;
- 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 medicamento, lote, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da medicação a ser administrado. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, e outros quesitos e solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- 5 Reunir o material;
- 6 Higienizar as mãos (POP 42);

Se for Ampola:

- 1 Observar se todo o medicamento está na parte inferior da ampola;
- 2 Limpar o gargalo com algodão embebido em álcool a 70%;
- 3 Montar a seringa com agulha de grosso calibre;
- 4 Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze;
- 5 Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio de uma das mãos, e com a outra pegar a seringa e introduzir cuidadosamente dentro da ampola sem tocar as bordas externas, com o bisel voltado para baixo, em contato com o líquido;
- 6 Aspirar a dose prescrita;

Se for Frasco-Liófilo:

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

Se for Frasco-Ampola:

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

Ao final do preparo:

- 1 Proteger a agulha com protetor próprio;
- 2 Deixar a seringa/ agulha para cima em posição vertical, expelindo todo o ar que tenha penetrado;
- 3 Trocar a agulha conforme a especificidade do paciente, líquido e via de administração;
- 4 Identificar com nome do paciente, nome do medicamento, via de administração, horário de administração e colocar na bandeja;
- 5 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 6 Higienizar as mãos (POP 42);
- 7 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- Evitar conversar durante o processo de preparação de medicamentos.
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro (a) do serviço.
- Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente.
- Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se de que ele está na temperatura ambiente, evitando dessa forma a ocorrência de hipotermia.

- Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo e procure a orientação.
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, nome e quantidade do medicamento, data e horário da diluição.
- Diluir o medicamento em soro compatível, como o SF 0,9% ou SG 5%, quando prescrito, de acordo com o fabricante.
- Permanecer na unidade após administração de medicamentos injetáveis para observação, se necessário.
- A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.

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

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Dupla Checagem. **Parecer Coren/SP nº 40/2013**. São Paulo: 2013. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/08/parecer_coren_sp_2013_40.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.

- NÉRI, E. D. R., et al. **Protocolos de Preparo e Administração de Medicamentos:** Pulsoterapia e Hospital Dia. Universidade Federal do Ceará. Hospital Walter Cantídio. Fortaleza, 2008.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53.400 Jamile Nepomuceno Guimarães COREN/SP 196.665	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/SP 246362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Adriana Cristina D'Orásio COREN/SP 306.501 Cíntia Mastrocola Soubhia COREN/SP 30.609 Viviane Sayemi Ito COREN/SP 235.925	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 2 Administração de Medicamento por Via Intravenosa

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Lesões de pele. Esclerose venosa e edema no local de punção. Membro com déficit motor e sensitivo ou fístula arteriovenosa. Membro superior com esvaziamento linfático. Distúrbios graves de coagulação.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Bandeja
- Luva de procedimento
- Algodão
- Garrote/fita elástica
- Etiqueta para identificar o medicamento
- Seringa descartável com dispositivo de segurança
- Agulha descartável de grosso calibre – para aspiração/preparo do medicamento
- Medicamento/solução prescrita
- Solução prescrita para diluição do medicamento
- Equipo micro ou macrogotas (se necessário)
- Cateter intravenoso periférico (Abocath) ou dispositivo de infusão intravenoso (Scalp) com número adequado para quantidade e velocidade de infusão, e vaso escolhido para punção
- Espparadrapo ou fita adesiva microporosa.

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, portando um documento de identificação com foto;
- 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 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução. Questionar se o paciente possui alergias;
- 4 Conferir o prescritor (nome e nº registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- 5 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento, lote, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento a ser administrado. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, condições de transporte, temperatura, e outros quesitos e solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- 6 Reunir o material;
- 7 Higienizar as mãos (POP 42);
- 8 Calçar as luvas de procedimento;
- 9 Posicionar o paciente de forma adequada, em local iluminado;
- 10 Avaliar a rede venosa do paciente e selecionar o vaso que será puncionado. Atentar para possíveis contraindicações;
- 11 Realizar antisepsia da pele com algodão umedecido com álcool 70% por 30 segundos e aguardar mais 30 segundos para permitir a secagem da pele, deixando-a sem vestígios do produto, de modo a evitar qualquer interferência do álcool na aplicação;
- 12 Garrotear aproximadamente 10 cm acima do local escolhido para a realização da punção venosa, solicitar ao paciente a realização do movimento de abrir e fechar das mãos;
- 13 Utilizar o dispositivo mais adequado para infusão do medicamento conforme as indicações a seguir.

Punção com dispositivo de infusão intravenoso (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, se for o caso, 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 (dor, incômodo ou mal estar).

Punção com seringa agulhada

- 1 Realizar a punção com o bisel da agulha voltado para cima;
- 2 Observar se há retorno venoso, se sim, soltar o garrote;
- 3 Administrar o medicamento lentamente, conforme prescrição ou indicação do fabricante, observando atentamente se a veia não foi transfixada.

Após a finalização da administração medicamentosa:

- 1 Retirar o dispositivo escolhido para punção e pressionar o local com algodão;
- 2 Orientar o paciente a manter o braço estendido e não carregar peso;
- 3 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
- 4 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 5 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);
- 6 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;
- 7 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 8 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- A escolha do dispositivo para punção venosa deve considerar o estado clínico do paciente, rede venosa, tipo de medicação, volume e tempo de infusão, tempo de permanência em observação na unidade.
- Em caso de remoção via SAMU, utilizar preferencialmente o Abocath.
- Evitar conversar durante o processo de preparação de medicamentos.
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro (a) do serviço.
- Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente.
- Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se de que ele está na temperatura ambiente, evitando dessa forma a ocorrência de hipotermia.
- Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo e procure a orientação.
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, nome e quantidade do medicamento, data e horário da diluição.
- Diluir o medicamento em soro compatível, como o SF 0,9% ou SG 5%, quando prescrito, de acordo com o fabricante.
- Permanecer na unidade após administração de medicamentos injetáveis para observação, se necessário.

8. Referências Bibliográficas

- CAREY, L. P. et al. **Administração de Medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora Reichmann & Affonso, 2002.
- NÉRI, E. D. R., et al. **Protocolos de Preparo e Administração de Medicamentos: Pulsoterapia e Hospital Dia**. Universidade Federal do Ceará. Hospital Walter Cantídio. Fortaleza, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Best Practices for Injections and Related Procedures Toolkit**, 2010. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.

- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Dupla Checagem. **Parecer Coren/SP nº 40/2013**. São Paulo: 2013. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/08/parecer_coren_sp_2013_40.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Uso de Luvas de Procedimento para a Administração de Medicamentos. **Parecer Coren/SP nº 14/2010**. Disponível em: https://portal.corensp.gov.br/wcontent/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2010_14.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- SILVA, A. M. et al. Técnicas de Enfermagem. São Paulo: Rideel, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Diário Oficial da União, DF, 25 de Setembro de 2013, Seção 1, p. 113. Acesso em 12 de dezembro de 2019.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Jamile Nepomuceno Guimarães COREN/SP 196.665 Paulo Robson de Castro Recco COREN/SP 249.882	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/SP 246362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Lívia Agy Loureiro Zanetti COREN/SP 186.464 Tienne de A. A. Rampazzo COREN / SP 213.414	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 3 Administração de Medicamentos por Via Intramuscular

1. Definição

Administração de medicamentos em tecido muscular.

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento preferencialmente com foto;
- 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 medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, condições de transporte, temperatura, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada e outras questões;
- 5** Reunir o material;
- 6** Higienizar as mãos (POP 42);
- 7** Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 8** Paramentar-se com os EPIs;
- 9** Questionar se o usuário tem prótese de silicone ou silicone industrial injetado e qual a localização;
- 10** Escolher o local da administração e em caso de dúvida, chamar o enfermeiro (ver no item 7 deste POP as orientações para cada local de aplicação);
- 11** Realizar antissepsia da pele com algodão umedecido com álcool 70% por 30 segundos e aguardar mais 30 segundos para permitir a secagem da pele, deixando-a sem vestígios do produto, de modo a evitar qualquer interferência do álcool na aplicação;
- 12** Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar;
- 13** Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo;
- 14** Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);
- 15** Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;
- 16** Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;
- 17** Fazer leve compressão no local;
- 18** Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
- 19** Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 20** Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 21** Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;
- 22** Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 23** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.
- Recomenda-se para adultos, de 2 a 3 ml no deltóide e no máximo 5 ml no dorso ou ventroglúteo; para bebê e crianças, preferencialmente utilizar a via ventroglútea ou o vasto lateral da coxa, sendo 0,5 a 1 ml para bebês e até 3 ml para crianças, sempre avaliando e analisando a massa muscular.
- O músculo escolhido para administração do medicamento deve ser bem desenvolvido, de fácil acesso e não possuir vasos de grosso calibre ou nervos superficiais. O volume máximo e substância a ser utilizada devem ser compatíveis com a estrutura muscular.
- Não é recomendado região dorsoglútea para menores de 2 anos, devido risco de acidentes com nervos e vasos, dada as variações anatômicas, bem como a musculatura pouco desenvolvida, por não serem deambulantes ainda.
- No caso de pacientes que possuam prótese de silicone na região do glúteo implantada de maneira adequada, de acordo com os padrões sanitários vigentes, é indicada a região ventroglútea para administração de medicamentos via intramuscular.
- No caso de pacientes que fizeram a injeção de silicone industrial no corpo sem acompanhamento médico, o enfermeiro deverá avaliar a extensão do material injetado e se há extravasamento para outros locais como a região ventroglútea. Caso perceba extravasamento para esta região, uma alternativa para administração via IM é a região deltóide, respeitando na diluição do fármaco o volume máximo a ser administrado de 3ml.

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

- 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.
- Caso a região glútea (mais comumente utilizada em adultos), não seja adequada para a realização do procedimento, escolher a região vastolateral ou ventroglútea, solicitando a avaliação do enfermeiro em caso de dúvidas ou para a escolha da região deltóide. No caso da escolha da administração de medicamento

IM em região deltóide, é necessário atentar-se para a diluição em um volume menor de diluente, levando-se em consideração que nesta região o maior volume recomendado é de 3 ml.

- Caso o enfermeiro constate o comprometimento da região do deltoide, deverá informar ao médico para que o tratamento seja prescrito por outra via de administração.

Dorsoglútea (DG):

- 1** Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição em pé é contra- indicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;
- 2** Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma linha imaginária, a partir da espinha ilíaca pósterio-superior até o trocanter do fêmur;
- 3** Administrar a injeção acima dessa linha 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 ilíaca ântero-superior direita;
- 4** Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca;
- 5** Espalmar a mão sobre a base do grande trocanter do fêmur e afastar o indicador dos outros dedos formando um triângulo ou “V”. Realizar a aplicação dentro dessa área delimitada entre os dedos médios e indicador;
- 6** Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Vasto Lateral da Coxa:

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

Deltóide:

- 1 Posicionar o paciente em pé, sentado ou decúbito lateral;
- 2 Localizar músculo deltóide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar o medicamento no centro do triângulo imaginário.

Escolha correta do ângulo:

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

Escolha correta do calibre da agulha:

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

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

8. Referências Bibliográficas

- BARE, B. G.; SUDARTH, D. S. **BRUNNER: Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- DALMONI, I. S. et al. Injeções intramusculares Ventroglúteas e a Utilização pelos Profissionais de Enfermagem. **Enfermagem UFSM**. 3 (2): 259-265. mai/ago, 2013.
- HORTA, W.A; TEIXEIRA, M. S. Injeções Parenterais. In: Revista da Escola de Enfermagem USP. 7(1): 46-79. 1973.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Best Practices for Injections and Related Procedures Toolkit**. 2010. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.

- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Dupla Checagem. **Parecer Coren/SP nº 40/2013**. São Paulo: 2013. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/08/parecer_coren_sp_2013_40.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Diário Oficial da União, DF, 25 de Setembro de 2013, Seção 1, p. 113. Acesso em 12 de dezembro de 2019.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Administração de medicamentos por Via IM em Pacientes que Usam Prótese de Silicone. Parecer Cofen nº 09/2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-no-092016ctascofen_42147.html. Acesso em 5 out. 2020.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Marina Akemi Shinya Fuzita COREN/SP 242.841 Celso Luis Moraes COREN/SP 412.423	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Cristiane Giacomelli da Costa COREN/SP 165390 Fernanda Pimentel COREN/SP 323.085	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Fernanda Pimentel COREN/SP 323.085 Lívia Agy Loureiro Zanetti COREN/SP 186.464 Tienne de A. A. Rampazzo COREN/SP 213.414	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 4 Administração de Medicamento Via Subcutânea

1. Definição

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

2. Objetivo

Lentificar o tempo de absorção do medicamento administrado.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem

5. Material

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

6. Descrição do Procedimento

- 1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento preferencialmente com foto;
- 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 medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote,

validade, condições de transporte, temperatura, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada e outros quesitos;

- 5 Reunir o material;
- 6 Higienizar as mãos (POP 42);
- 7 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 8 Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;
- 9 Calçar as luvas de procedimento;
- 10 Escolher o local da administração;
- 11 Realizar limpeza na pele com água e sabão, caso haja sujidade visível;
- 12 Pinçar com os dedos a pele do local da administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão dominante);
- 13 Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo 45° a 90°; dependendo da quantidade de tecido subcutâneo no local;
- 14 Aspirar, observando se atinge algum vaso sanguíneo;
- 15 Injetar o líquido lentamente;
- 16 Retirar a agulha com movimento único e firme;
- 17 Fazer leve compressão local com algodão;
- 18 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
- 19 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 20 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);
- 21 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;
- 22 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 23 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.
- Evitar conversar durante o processo de preparação de medicamentos.
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço.
- Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente.

- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observar qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico ou do enfermeiro.
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição.
- Na administração de insulina e heparina não realizar massagem após aplicação.
- Locais de aplicação: região deltoide no terço proximal, face superior externa do braço, face externa coxa, parede abdominal.
- Administrar volume máximo 0,5 a 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamento).
- Realizar rodízio nos locais de aplicação.

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. 2012.
- BARE, B. G.; SUDARTH, D. S. **BRUNNER: Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Best Practices for Injections and Related Procedures Toolkit**. 2010. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Dupla Checagem. **Parecer Coren/SP nº 40/2013**. São Paulo: 2013. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/08/parecer_coren_sp_2013_40.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- KOCH. R. M. et. al. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 22ª ed. Curitiba: Século XX Livros, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Diário Oficial da União, DF, 25 de Setembro de 2013, Seção 1, p. 113. Acesso em 12 de dezembro de 2019.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Marisa F. Gomes Machado COREN/SP 45.813 Danilo Jardim Pancotte COREN/SP 257.613	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/246.362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Lívia Agy Loureiro Zanetti COREN/SP 186.464 Tienne de A. A. Rampazzo COREN / SP 213.414	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 5 Administração de Medicamento por Via Intradérmica

1. Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através da derme.

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação preferencialmente com foto;
- 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 medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote,

- validade, condições de transporte, temperatura e outros quesitos;
- 5 Reunir o material;
 - 6 Higienizar as mãos (POP 42);
 - 7 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
 - 8 Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;
 - 9 Calçar as luvas de procedimento e óculos de proteção individual;
 - 10 Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura);
 - 11 Realizar limpeza da pele com água e sabão, caso haja sujidade visível;
 - 12 Colocar os óculos de proteção;
 - 13 Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o dedo indicador;
 - 14 Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça;
 - 15 Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;
 - 16 Após a finalização da administração, retirar o polegar da extremidade do embolo e a agulha da pele;
 - 17 Não friccionar o local;
 - 18 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
 - 19 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
 - 20 Retirar os EPIs;
 - 21 Higienizar as mãos (POP 42);
 - 22 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;
 - 23 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
 - 24 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 59).

7. Observação

- Recomenda-se que, sempre que possível o paciente seja identificado com documento com foto, garantindo a Segurança nas ações desenvolvidas.
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.
- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos.

- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço.
- Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente.
- Antes de administrar soluções intradérmicas, assegure-se de que ela está na temperatura adequada, evitando dessa forma a inativação da mesma.
- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação.
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição.
- Imediatamente após a administração, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente.
- A aplicação de imunoterapia com alérgenos – comumente conhecida como “vacina antialérgica” – deverá seguir o padrão de boas práticas: checar prescritor, instituição proveniente, rotulagem, orientação acerca da conservação, data de fabricação, data da validade, periodicidade na administração, dentre outros. As aplicações deverão ser registradas em prontuário e/ou formulário que garanta o acompanhamento das dosagens.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Capacitação de Pessoal em Sala de Vacinação: Manual do Treinando. Org. Coordenação do Programa Nacional de Imunizações. 2ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.
- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Dupla Checagem. **Parecer Coren/SP nº 40/2013**. São Paulo: 2013. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/08/parecer_coren_sp_2013_40.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. 2012.

- GIOVANI, A. M. M. **Enfermagem Cálculo e Administração de Medicamentos**. São Paulo: Scrinium, 2006.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.
- SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem. Uso de Luvas de Procedimento para a Administração de Medicamentos. **Parecer 14/2010**. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2010_14.pdf. Acesso em: 5 out 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Best Practices for Injections and Related Procedures Toolkit**. 2010. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf. Acesso em: 27 nov 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 03: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Diário Oficial da União. DF. 25 de Setembro de 2013, Seção 1, p. 113. Acesso em 12 de dezembro de 2019.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Jamile Nepomuceno Guimarães COREN/SP 196.665 Paulo Robson de Castro Recco COREN/SP 249.882	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/SP 246.362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Lívia Agy Loureiro Zanetti COREN/SP 186.464 Tienne de A. A. Rampazzo COREN/SP 213.414	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 6 Administração de Medicamentos por Via Oral

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- 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 medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes,

- provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, condições de transporte, temperatura e outros quesitos;
- 5 Reunir o material;
 - 6 Higienizar as mãos (POP 42);
 - 7 Separar o medicamento evitando tocá-lo com as mãos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar. Em caso de suspensão aquosa ou xarope, agitar o frasco e separar a dose prescrita com auxílio de copo graduado ou conta-gotas;
 - 8 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
 - 9 Oferecer o medicamento;
 - 10 Drágeas ou cápsulas: orientar o paciente a não mastigar o medicamento e evitar consumir outros líquidos durante a absorção;
 - 11 Medicamento sublingual: pedir ao paciente que mantenha o medicamento sob a língua, não mastigando ou engolindo;
 - 12 Medicamento bucal (de absorção em mucosa da bochecha): orientar o paciente a alternar as bochechas para evitar a irritação da mucosa;
 - 13 Certificar-se que o medicamento foi deglutido ou completamente dissolvido;
 - 14 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
 - 15 Higienizar as mãos (POP 42);
 - 16 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;
 - 17 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
 - 18 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Recomenda-se que, sempre que possível o paciente seja identificado com documento com foto, garantindo a Segurança nas ações desenvolvidas.
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP40/2013.
- Evitar conversar durante o processo de preparação de medicamentos.
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço.
- Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente.

8. Referências Bibliográficas

- BARE, B. G.; SUDARTH, D. S. **BRUNNER: Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Dupla Checagem. **Parecer Coren/SP nº 40/2013**. São Paulo: 2013. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/08/parecer_coren_sp_2013_40.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=242097>. Acesso em 5 out 2020.
- KOCH. R. M. et. al. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 22ª ed. Curitiba: Século XX Livros, 2004.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Marina Akemi Shinya Fuzita COREN/SP 242.841 Celso Luis Moraes COREN/SP 142.823	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/SP 246.362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Lívia Agy Loureiro Zanetti COREN/SP 186.464 Tienne de A. A. Rampazzo COREN/SP 213.414	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 7 Administração de Medicamento por Via Inalatória

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- 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 medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, condições de transporte, temperatura e outros quesitos;
- 5 Reunir o material;
- 6 Higienizar as mãos (POP 42);
- 7 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 8 Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento e solução a serem administrados;
- 9 Aspirar a quantidade prescrita da solução para diluição do medicamento, se necessário;
- 10 Preparar corretamente o medicamento prescrito no copo nebulizador (quantidade de solução associada ao medicamento, conforme prescrição);
- 11 Conectar o copo nebulizador a extensão de látex (chicote), que está acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio;
- 12 Regular o fluxo (5 a 10 litros/mim). Em caso de oxigênio o fluxo deve estar prescrito;
- 13 Orientar o paciente a manter a respiração nasal durante a inalação do medicamento;
- 14 Fechar o fluxômetro ao término da inalação e oferecer papel toalha ao paciente para este secar a umidade do rosto;
- 15 Comunicar ao prescritor que o procedimento foi finalizado, caso haja a necessidade de reavaliação após procedimento;
- 16 Desconectar o copo da extensão de látex (chicote) acoplado ao fluxômetro e colocar o copo e a máscara para lavagem e desinfecção;
- 17 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
- 18 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 19 Higienizar as mãos (POP 42);
- 20 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadibilidade), assinar e carimbar;
- 21 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 22 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

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

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Dupla Checagem. **Parecer Coren/SP nº 40/2013**. São Paulo: 2013. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/08/parecer_coren_sp_2013_40.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097>. Acesso em 5 out 2020.

- WILLIAMS, L. & WILLIAMS. **Enfermagem Médica e Hospitalar**. 1ª ed. São Paulo: Rideel, 2006.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Jamile Nepomuceno Guimarães COREN/SP 196.665 Paulo Robson de Castro Recco COREN/SP 249.882	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/SP 246.362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Lívia Agy Loureiro Zanetti COREN/SP 186.464 Tienne de A. A. Rampazzo COREN/SP 213.414	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 8 Administração de Medicamento por Via Ocular

1. Definição

Técnica para instilar colírios ou pomadas oftálmicas na bolsa conjuntival.

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Colírio ou pomada oftalmológica
- Gaze

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- 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 medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;
- 5 Reunir o material;
- 6 Higienizar as mãos (POP 42).

- 7 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução, solicitando que incline a cabeça para trás;
- 8 Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente e evitando tocá-la, pedindo ao paciente para olhar para cima;
- 9 Pingar o medicamento na bolsa conjuntival, orientando o paciente a fechar a pálpebra;
- 10 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 11 Higienizar as mãos (POP 42);
- 12 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;
- 13 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 14 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- Usar o medicamento apenas no olho afetado.
- Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Dupla Checagem. **Parecer Coren/SP nº 40/2013**. São Paulo: 2013. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/08/parecer_coren_sp_2013_40.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem. Uso de Luvas de Procedimento para a Administração de Medicamentos. **Parecer 14/2010**. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2010_14.pdf 2010. Acesso em: 5 out 2020
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=242097>. Acesso em 5 out 2020.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem**: Assistência de Enfermagem. Campinas, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem**: Atenção Básica. 2ª ed. São Paulo, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Marina Akemi Shinya Fuzita COREN/SP 242.841 Celso Luis Moraes COREN/SP 142.823	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/SP 246.362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Lívia Agy Loureiro Zanetti COREN/SP 186.464 Tienne de A. A. Rampazzo COREN/SP 213.414	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 9 Administração e Mistura de Insulinas

1. Definição

Método para a administração de duas insulinas no mesmo horário.

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Incompatibilidade das associações de certas formulações numa mesma seringa.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- 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. Conferir o prescritor (nome e nº registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- 3 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;
- 4 Higienizar as mãos (POP 42);

- 5 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 6 Retirar o lacre superior do frasco de insulina e limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%;
- 7 Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina NPH no frasco de insulina NPH, lentamente, facilitando a aspiração da dose exata desta insulina e evitar a formação de bolhas;
- 8 Retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH;
- 9 Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina R no frasco de insulina R ou Ultra- Rápida e retirar a dose;
- 10 Introduzir novamente a agulha no frasco de insulina NPH, no qual o ar foi previamente injetado, e puxar o êmbolo até a marca correspondente à soma das doses das duas insulinas;
- 11 Retirar a agulha do frasco, e prosseguir seguindo recomendações da técnica de aplicação de medicamento subcutâneo (POP 4);
- 12 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
- 13 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 14 Retirar as luvas de procedimento;
- 15 Higienizar as mãos (POP 42);
- 16 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;
- 17 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 18 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.
- No caso de uma aspiração da insulina maior que a necessária, descartar as insulinas e reiniciar o procedimento. NUNCA devolva para nenhum dos frascos as insulinas já misturadas.

- Mistura de NPH e regular pode ser utilizada imediatamente ou armazenada em refrigerador para uso em até 30 dias e mistura de NPH e ultrarrápida deverá ser utilizada imediatamente após o preparo.
- Aspirar primeiro a insulina de ação rápida (R) ou ultra rápida (Lispro), que possuem aspecto límpido transparente e, em seguida, a insulina de ação intermediária (N) que possui aspecto turvo, leitoso. O objetivo é diminuir a possibilidade de entrada de insulina NPH no frasco de insulina R ou Lispro, alterando a capacidade destas insulinas agirem rapidamente em outra aplicação.
- Rolar o frasco de insulina de aspecto leitoso (NPH), levemente entre as mãos, por no mínimo 20 vezes, para garantir ação correta da insulina.

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=242097>. Acesso em 5 out 2020.
- **Cuidados com a insulina Diabetes.** Disponível em: www.diabete.com.br/cuidados-com-a-insulina. Acesso em 11 out 2018.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Uma Seringa, Duas Insulinas: Aprenda a Mistura Correta.** Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/colunistas/39-dra-janice-sepulveda/162-uma-seringa-duas-insulinas-aprenda-a-mistura-correta>. Acesso em 05 out 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção Básica.** 2ª ed. São Paulo, 2012.
- SÃO PAULO. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. **Manual de Orientação Clínica- Diabetes Mellitus,** 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus.** Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53.400 Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/SP 246.362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Lívia Agy Loureiro Zanetti COREN/SP 186.464 Tienne de A. A. Rampazzo COREN/SP 213.414	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 10 Administração de Dieta Enteral

1. Definição

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

2. Objetivo

Oferecer aporte nutricional para melhora clínica do paciente.

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Conferir o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 2 Reunir o material;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);

- 4 Promover a privacidade do paciente;
- 5 Preparar a dieta conforme recomendações do fabricante ou solicitar a dieta preparada pelo familiar em residência e colocá-la em frasco próprio, utilizando técnica limpa e luvas calçadas;
- 6 Conectar o frasco de dieta ao equipo e preencher o equipo retirando o ar da extensão, evitando a entrada de ar desnecessária no TGI do paciente e facilitando o controle de infusão;
- 7 Colocar o paciente em posição Fowler (45°), quando não contraindicado, evitando o risco de broncoaspiração;
- 8 Com auxílio da seringa, injetar 20 ml de ar com pressão e auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica;
- 9 Aspirar e medir o resíduo gástrico, colocando-o em um copo plástico para posterior reintrodução (se menor que 200 ml);
- 10 Conectar o equipo com dieta à sonda;
- 11 Abrir a pinça rolete do equipo ajustando apropriadamente a velocidade de infusão;
- 12 Injetar 40 ml de água na sonda logo após o término da dieta, com auxílio da seringa;
- 13 Administrar água conforme prescrição médica;
- 14 Deixar o paciente em posição de Fowler por cerca de 30 minutos após o término da infusão, evitando refluxo, broncoaspiração e facilitar a digestão.;
- 15 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.
- 16 Retirar os EPI e higienizar as mãos (POP 42);
- 17 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;
- 18 Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção (POP 13);
- 19 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Existem diferentes tipos de sondas de alimentações: naso/orogástrica, naso/oroenteral, gastrostomia e jejunostomia.
- As sondas de gastrostomia e jejunostomia não necessitam de confirmação de localização antes das administrações de dieta.
- Seguir a prescrição médica/nutricionista em relação ao tipo de dieta do paciente e valor calórico.

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

Para o cuidado domiciliar

- Orientar familiar/ cuidador a utilizar 1 frasco/ equipo para dieta e 1 frasco/ equipo para água e sucos por 7 dias. Após este período desprezar o frasco/ equipo da dieta, substituindo pelo frasco/equipo da água e abrir novo frasco/ equipo para água e sucos.
- Utilizar seringa de 20 ml para lavar as sondas após as administrações das dietas, essa deve ser substituída a cada 7 dias.
- O paciente, sempre que possível, deve ser estimulado a participar da terapia, cuidando da higiene das narinas e da sonda, e ainda ser instruído sobre os horários de infusão, bem como a relatar sintomas de desconforto e mal-estar, mudanças no hábito intestinal ou qualquer alteração que possa indicar uma complicação.

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 453 DE 16/01/2014**. Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional. 2014. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/resolucoes>. Acesso em 06 out 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=242097>. Acesso em 5 out 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atendimento Domiciliar: Protocolo de Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2015.
- PREFEITURA MUNICIPAL DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2012.
- UNAMUNO M. R. D. L.; JULIO S. M. **Sonda Nasogástrica/ Nasoentérica: Cuidados na Instalação, na Administração da Dieta e Prevenção de Complicações**. Ribeirão Preto, 35: 95-101, jan./mar. 2002.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53.400 Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Flávio Ventura dos Santos COREN/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53.400 Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Flávio Ventura dos Santos COREN/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	02	Marciana Ferreira de Souza COREN/SP 210.837 Talita Carlos Rodrigues Romano COREN/SP 141.332	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 11 Aferição da Glicemia Capilar

1. Definição

Exame sanguíneo que obtém a concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital.

2. Objetivo

Obter e controlar a glicemia de usuários diabéticos ou não (também é utilizado em momentos que a avaliação clínica indica, por exemplo, em situações de emergência nas quais a pessoa encontra-se inconsciente, que utilizam ou não insulino-terapia).

3. Contraindicação

Pacientes com distúrbios de coagulação sanguínea.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1** Chamar o paciente, confirmando seu nome, apresentando-se e explicando o procedimento que será realizado, orientando e sanando eventuais dúvidas;
- 2** Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;
- 3** Higienizar as mãos (POP 42);
- 4** Calçar as luvas de procedimento;
- 5** Conectar a fita reagente ao glicosímetro;
- 6** Orientar o paciente a lavar as mãos com água e sabão, enxaguar e secar. Fazer antisepsia com algodão embebido no álcool a 70% e secar completamente;

- 7 Posicionar o dedo do paciente para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local;
- 8 Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção;
- 9 Comprimir o local com algodão seco;
- 10 Aguardar o resultado pelo glicosímetro;
- 11 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
- 12 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 13 Retirar as luvas de procedimento;
- 14 Higienizar as mãos (POP 42);
- 15 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;
- 16 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 17 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Seguir as instruções dos fabricantes dos glicosímetros, checando recomendações específicas.
- Evitar locais frios, cianóticos ou edemaciados para a punção para assegurar uma amostra de sangue adequada.
- Verificar a validade das fitas.
- Verificar a compatibilidade entre o número do “chip” /código com o número do lote da fita utilizada.
- Comunicar resultado ao enfermeiro, caso esteja alterado.
- Cumprir rodízio dos locais de punção.

8. Referências Bibliográficas

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PIANUCCI, A. **Saber Cuidar: Procedimentos Básicos em Enfermagem**. São Paulo: Senac, 2005.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53.400 Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Elaine Capuano Domingos Rampazzo COREN/SP 107433 Ricardo Rampazzo COREN/SP 351392	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Marciana Ferreira de Souza COREN/SP 210.837 Talita Carlos Rodrigues Romano COREN/SP 141.332	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 12 Aferição da Pressão Arterial

1. Definição

Procedimento para avaliar o nível de pressão arterial sistêmica da pessoa em atendimento dos indivíduos.

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Algodão
- Álcool a 70%
- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 2 Reunir o material;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42).
- 4 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;
- 5 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%;

- 6 Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;
- 7 Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pera e insuflar o manguito enquanto continua a palpar a artéria, tendo o cuidado de que para identificar com exatidão o primeiro som de KorotKoff, o manguito precisar estar inflado a uma pressão acima do ponto em que o pulso não pode ser mais sentido e anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece (estimativa da pressão sistólica);
- 8 Desinsuflar o manguito rapidamente;
- 9 Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente (tempo necessário para diminuição da congestão venosa);
- 10 Colocar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;
- 11 Manter o estetoscópio firme sobre o pulso braquial, sem pressão excessiva, e insuflar o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20-30 mmHg acima desta pressão;
- 12 Esvaziar lentamente o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg., identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);
- 13 Desinsuflar totalmente o manguito;
- 14 Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos;
- 15 Retirar o manguito do braço do paciente;
- 16 Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
- 17 Higienizar as mãos (POP 42);
- 18 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;
- 19 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 20 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento.
- Na primeira avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em pé, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti-hipertensiva.

- Certificar-se de que o paciente não esteja com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos nos últimos 60 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da aferição.
- O esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses ou sempre que apresentar sinais de descalibração.

8. Referências Bibliográficas

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq. Bras. Cardiologia. V.107. n.3. set 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 05 out 2020.
- CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Marina Akemi Shinya Fuzita COREN/SP 242.841	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Elaine Capuano Domingos Rampazzo COREN/SP 107433 Ricardo Rampazzo COREN/SP 351392	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Marciana Ferreira de Souza COREN/SP 210.837 Talita Carlos Rodrigues Romano COREN/SP 141.332	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 13 Anotação de Enfermagem

1. Definição

Anotação de Enfermagem é o registro sistematizado de todas as informações, observações, avaliações e ações relativas ao processo de cuidar da pessoa.

2. Objetivo

Garantir a qualidade das informações e suporte para análise reflexiva da assistência prestada, assegurando a continuidade das informações e a comunicação entre a equipe de saúde.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 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);
- 2 Nunca registrar procedimento ou cuidado realizado por terceiros;
- 3 Registrar de forma completa, clara, legível, pontual, cronológica e objetiva, observando ortografia, caligrafia e redação;
- 4 Devem ser precedidas de data e hora, identificação do profissional com o número do Coren e assinadas ao final. O uso do carimbo faz parte da assinatura;
- 5 Não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas ou espaços em branco;

- 6 O registro deve constar em impresso devidamente identificado no cabeçalho com nome completo do paciente, e complementado com data e horário, bem como numeração da página;
- 7 Registrar informações referentes aos cuidados prestados, sinais vitais, observações efetuadas e sinais/sintomas referidos pelo paciente sem usar termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);
- 8 A Anotação de Enfermagem embasa a Sistematização de Enfermagem realizada pelo Enfermeiro, e deve conter nela as respostas frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro;
- 9 Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;
- 10 Sempre registrar em impressos próprios e padronizados pela instituição.

7. Observação

- A informação deve ser exata, com dados subjetivos ou objetivos claramente discriminados.
- O conteúdo da anotação deve ser descritiva e não interpretativa.
- Não utilizar corretivos, nem riscar, molhar ou manchar o impresso.
- Em caso de erro na anotação, usar a palavra “digo”, entre vírgulas.
- O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos.
- As anotações são necessárias para garantir a continuidade na assistência prestada.
- Os registros de estudantes dos diferentes níveis de formação profissional de Enfermagem deverão ser acompanhados pelos supervisores de atividade prática e estágio supervisionado, conforme Resolução Cofen nº 441/2013 e ser pactuado com o órgão responsável pela articulação ensino/serviço (CETS).

8. Referência Bibliográfica

- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 441/2013. Dispõe sobre participação do Enfermeiro na supervisão de atividade prática e estágio supervisionado de estudantes dos diferentes níveis da formação profissional de Enfermagem, 2013
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Anotações de Enfermagem**. Disponível em <http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>. Acesso em: 05 out 2020. São Paulo, 2009.

- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Campinas. **Guia de Acolhimento de Novos Profissionais**. Campinas, 2011.
- SANTOS, V. E. P.; VIANA, D. L. **Fundamentos e Práticas para Estágio em Enfermagem**. 3ª ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 0514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente, com a Finalidade de Nortear os Profissionais de Enfermagem, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/resolucoes>. Acesso em 05 out 2020.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Débora Tresoldi Cerri COREN/SP 90271 Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53400 Tienne de Almeida A. Rampazzo COREN/SP 213.414	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Marta de Souza Pereira COREN/SP 248634	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Marciana Ferreira de Souza COREN/SP 210.837 Talita Carlos Rodrigues Romano COREN/SP 141.332	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 14 Aspiração de Vias Aéreas

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

Aspiração de Orofaringe:

- 1 Reunir o material;
- 2 Higienizar as mãos (POP 42);
- 3 Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 4 Colocar o paciente na posição Fowler (45°) ou semi-Fowler, se não for contraindicado, promovendo o conforto, oxigenação, reduzindo o esforço para ventilação e prevenir vômitos e a aspiração;
- 5 Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo;
- 6 Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas de procedimento;
- 7 Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante;
- 8 Clampear a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar a cavidade oral e a orofaringe até a ausência/redução esperada do conteúdo aspirado;
- 9 Lavar a extensão com água destilada;
- 10 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.
- 11 Retirar os EPIS;
- 12 Deixar o paciente confortável;
- 13 Higienizar as mãos (POP 42);
- 14 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;
- 15 Realizar anotação de enfermagem (POP 14) e registrar a produção;
- 16 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

Aspiração Traqueal:

- 1 Reunir o material;
- 2 Higienizar as mãos (POP 42);
- 3 Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

- 4 Posicionar o paciente com a cabeça em extensão para aspiração traqueal e posição semi-Fowler para aspiração nasal, promovendo o conforto, oxigenação, reduzir o esforço para ventilação e prevenir êmese;
- 5 Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo. Utilize o restante da embalagem para proteger a sonda, mantendo-a estéril;
- 6 Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas estéreis (POP 75);
- 7 Desconectar o ventilador e conectar o ressuscitador manual para realização de seis ventilações em 30 minutos, com auxílio de outro profissional, prevenindo hipoxemia;
- 8 Com a mão dominante (estéril), introduzir a sonda no tubo mantendo a extensão clampeada para não aplicar sucção até encontrar resistência (carina), favorecendo remoção das secreções, e prevenir hipoxia;
- 9 Soltar o látex para obter sucção, retirando a sonda com movimentos circulares, não ultrapassando a duração de 10 segundos;
- 10 Reconectar o tubo do paciente ao ventilador, deixando-o descansar por pelo menos 30 segundos, favorecendo que o paciente ventile e descanse entre as aspirações, para corrigir a hipoxemia e amenizar o desconforto;
- 11 Se necessário, repetir o procedimento, entretanto é recomendado não realizar mais do que três aspirações por sessão;
- 12 Ao término da aspiração traqueal, promover a limpeza da sonda com água destilada e gaze, e realizar aspiração das vias aéreas superiores;
- 13 Lavar a extensão do aspirador com água destilada e desprezar a sonda ;
- 14 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 15 Retirar os EPIs;
- 16 Fechar fonte de vácuo;
- 17 Deixar o paciente confortável;
- 18 Higienizar as mãos (POP 42);
- 19 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;
- 20 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 21 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Instilação de SF 0,9% (até 5 ml) por via intrabronquica é indicada para promover fluidificação, mobilizar as secreções e estimular a tosse quando ocorrer formações de rolhas.
- O enfermeiro deve realizar ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliação da necessidade de aspiração.
- Quando o paciente estiver em IOT, ficar atento aos dados vitais como SpO2, FR, FC, PA.
- Deve-se observar o aspecto da secreção do paciente (cor, consistência, quantidade e odor).
- Monitorar os parâmetros do ventilador, caso esteja em ventilação mecânica. Essa monitoração deve ser feita antes, durante e após procedimento.

8. Referência Bibliográfica

- AVENA, M. J.; CARVALHO, W. B.; BEPPU.O. S. **Avaliação do Mecanismo Respiratório e da Oxigenação Pré e Pós Aspiração de Secreção em Crianças Submetidas a Ventilação Pulmonar Mecânica**. Universidade Federal São Paulo. São Paulo, 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=242097>. Acesso em 5 out 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- SANTOS F. N. Q. **A Influencia da Aspiração Endotraqueal Sobre a Pressão Intracraniana no Traumatismo Cranio- Encefalico Grave**. Rio de Janeiro, 2008.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2012.

- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Marisa F. Gomes Machado COREN/SP 45.813 Danilo Jardim Pancotte COREN/SP 257.613 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Marisa F. Gomes Machado COREN/SP 45.813 Danilo Jardim Pancotte COREN/SP 257.613 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230.997 Natália Panonto Correia COREN/SP 283.180	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 15 Auxílio de Biópsia de Mama Guiado por Ultrassom

1. Definição

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

2. Objetivo:

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

3. Contraindicação:

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

4. Executante:

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

5. Material:

- Agulha 13x4,5
- Agulha para biópsia
- Álcool a 70%
- Avental para paciente
- Anestésico
- Caixa térmica
- Esparadrapo
- Formol
- Gazes estéreis
- Lápis
- Lençol
- Livro de registro de exames
- Luvas de procedimento
- Máscara cirúrgica

- Micropore
- Óculos de proteção
- Seringa de 3 ou 5 ml

6. Descrição do procedimento:

- 1 Chamar o paciente e confirmar o nome, apresentar-se, acolher e orientar paciente sobre o procedimento e aplicar o termo de consentimento do exame, orientando o paciente a esclarecer possíveis dúvidas com o médico executante;
- 2 Reunir material necessário para realização do procedimento;
- 3 Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores;
- 4 Higienizar as mãos (POP 42);
- 5 Encaminhar o paciente para troca de roupa e oferecer avental;
- 6 Posicionar o paciente de acordo com o procedimento na maca;
- 7 Oferecer material necessário para o médico durante a realização do exame;
- 8 Recolher e acondicionar os fragmentos de biópsia em frascos com formol (1/3 do frasco), previamente identificados com data da coleta, nome do paciente, nome da mãe, número de prontuário, médico e unidade de saúde;
- 9 Realizar curativo compressivo ao término do procedimento e orientar paciente quanto a retirada do mesmo;
- 10 Higienizar as mãos (POP 42);
- 11 Registrar em livro de controle (número do prontuário, nome do paciente, data de nascimento, data da coleta, telefone, nome do médico solicitante, unidade de origem, local aspirado);
- 12 Registrar em memorando (duas vias) os dados do paciente e procedimento realizado;
- 13 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame e retorno médico;
- 14 Organizar sala após procedimentos, atentando para o descarte de material perfurocortantes;
- 15 Acondicionar as seringas identificadas em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

7. Observações

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

8. Referências Bibliográficas

- **Biópsia de Mama.** Disponível em: <www.mamaimagem.com.br> . Acesso em: 30 nov 2015.
- **Protocolo de biópsia de mama.** Disponível em: <hcrp.fmrp.usp.br>. Acesso em: 05 Fev 2014.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Regiane Freitas Alves COREN/SP 322510 Rosalina Aparecida Menegão COREN/SP 0210317 Ana Carolina F. Moreira COREN/SP 323329 Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242835	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Regiane Freitas Alves COREN/SP 322510 Rosalina Aparecida Menegão COREN/SP 0210317 Ana Carolina F. Moreira COREN/SP 323329 Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242835	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242835	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 16 Auxílio a Ecocardiograma Transtorácico

1. Definição

Método de exame de imagem que utiliza ondas sonoras de alta frequência, os quais após atravessarem os tecidos dos órgãos estudados, retornam em forma de ecos fornecendo imagens instantâneas do coração e dos grandes vasos, e fluxo sanguíneo nos mesmos, durante o procedimento. A equipe de Enfermagem presta assistência nos períodos pré, intra e pós-exame.

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não há contraindicação para este procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Luvas
- Gel para ultrassonografia
- Lençol descartável
- Balança
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Lençol (se necessário)
- Avental (se necessário)
- Álcool 70%
- Hamper para roupas sujas;
- Equipamentos de Proteção Individual (Conforme a precaução)

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 2 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;
- 3 Fornecer avental para o paciente se trocar, orientando manter abertura para frente;
- 4 Reunir material necessário para o exame;
- 5 Higienizar as mãos (POP 42);
- 6 Paramentar-se com EPI, conforme a precaução;
- 7 Verificar altura (POP 49) e peso (POP 52) e aferir pressão arterial (POP 12);
- 8 Posicionar paciente na maca, em decúbito lateral direito e membro superior esquerdo flexionado atrás da cabeça;
- 9 Retirar o excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir-se, se necessário;
- 10 Orientar o paciente a desprezar o avental utilizado no hamper após a troca;
- 11 Retirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30 em seguida, repor lençol de papel limpo;
- 12 Realizar a limpeza do transdutor, conforme observação abaixo;
- 13 Higienizar as mãos (POP 42);
- 14 Devolver a documentação do paciente e orientá-lo a aguardar o laudo;
- 15 Entregar o laudo para paciente;
- 16 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- O procedimento de ecocardiografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Realizar limpeza do transdutor ao término de cada exame com gaze, água e sabão.
- Caso o exame não possa ser realizado por motivos internos do setor (falta de energia, ausência do médico, defeito no aparelho), remarcar o exame para outro dia ou orientar a aguardar telefonema para novo agendamento.
- Atentar para risco de queda do paciente da mesa do exame.

8. Referências Bibliográficas

- LIRA FILHO et al. **Recomendações para Acreditação de Laboratórios de Ecocardiografia**. Arq Bras Cardiol: Imagem cardiovasc. 2018; 31(2):82-88.
- ARMSTRONG, W. F; RYAN, T. **Feigenbaum Ecocardiografia**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.
- BERNARDI, G. A; COSTA, T. C. M. **Avaliação da Atividade Antimicrobiana do Alcool 70% em Superfícies Contaminadas**. Journal of Infection Control. v.6, n.4, 2017.
- ABCMED. **Ecocardiograma: Você Conhece o Exame?**. 2013. Disponível em: <<https://www.abc.med.br/p/exames-e-procedimentos/338334/ecocardiograma-voce-conhece-o-exame.htm>>. Acesso em: 17 nov. 2019.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Livia Agy Loureiro COREN/SP 186464 Priscila de Paula Marques COREN/SP 245050	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Livia Agy Loureiro COREN/SP 186464 Priscila de Paula Marques COREN/SP 245050	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Juliana A. L. Shikasho COREN/SP 245718 Luciana S. S. Gonçalves COREN/SP 72141 Rosimeire T. T. Furlan COREN/SP 32487 Valeria Cristina Jodjahn Figueiredo COREN/SP 61341 Priscila de Paula Marques COREN/SP 245050	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181450

POP 17 Auxílio à Eletroencefalografia em Vigília

1. Definição

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

2. Objetivo

Avaliar pacientes com fenômenos paroxísticos (epilépticos ou não). Avaliar encefalopatias tóxicas-metabólicas, infecciosas e degenerativas (demências). Classificar e seguir as várias modalidades de epilepsias.

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Luvas
- Fita métrica
- Lápis para demarcar pontos dos eletrodos
- Pasta para EEG
- Espátula
- Separador de cabelos
- Papéis cortados para fixação dos eletrodos (lençol de papel)
- Gaze
- Cuba rim
- Água morna
- Álcool 70%

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado (longa duração, necessita de cooperação, não mexer a cabeça, manter os olhos fechados), sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 2 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;
- 3 Verificar se o paciente está com preparo necessário (cabelos limpos e secos). Inspecionar os cabelos do paciente quanto a umidade, gel, cremes ou pediculose. Caso não esteja em condições adequadas para realização do exame, o mesmo deverá ser remarcado;
- 4 Higienizar as mãos (POP 42);
- 5 Reunir material necessário para realização do procedimento;
- 6 Ajudar o paciente, se necessário, a subir na maca e deitá-lo;
- 7 Preencher o protocolo do exame EEG com seu respectivo número, entregá-lo ao paciente ou seu acompanhante, orientando quanto à retirada do laudo;
- 8 Preencher no sistema a ficha do paciente, contendo nome completo, data de nascimento, número do prontuário, número do exame, nome do médico(a) solicitante e origem. No campo observação, anotar informações relevantes como: cicatriz cirúrgica e sua localização; afundamento de crânio; tremores espontâneos em membros e face, agitação, demência, pseudocrise, anotar no campo observações do sistema (informações relevantes, principalmente quando paciente não cooperante);
- 9 Iniciar a montagem dos eletrodos, utilizando-se o sistema 10-20 de colocação utilizando-se montagens mono e bipolares. Separar os cabelos e marcar com lápis específico os locais para aplicação de pasta condutora e respectivos eletrodos. O método utiliza quatro pontos padronizados: 1) raiz do nariz (*nasiun*), 2) protuberância occipital (*iniun*), ambos no mesmo plano sagital, 3) ponto pré-auricular (depressão na raiz do zigoma anteriormente ao *tragus*). Os pontos são encontrados utilizando 10 e 20 % das medidas encontradas;
- 10 Demarcar medidas ântero-posterior. Medir a distância entre o *nasiun* e *iniun* passando pelo vértex, na linha média. Cinco pontos são então marcados ao longo desta linha, designados como pólo frontal (Fp), frontal (F), central (C), parietal (P) e occipital (O);
- 11 Marcar o primeiro ponto (Fp) a 10 por cento da distância *násiun-íniun*, marcá-lo logo acima do *násiun*;

- 12 Marcar segundo ponto (F) a 20 por cento da mesma distância e marcá-lo acima do Fp;
- 13 Marcar os pontos central (C), parietal (P) e occipital (O), na linha média a cada 10 por cento da distância *násiun- íniun*. Todos esses pontos marcados na linha média são seguidos de “z” no nome do eletrodo (PGND, Fz, Cz, Pz);
- 14 Medir linha coronal central, da distância os pontos pré-auriculares, passando pelo ponto central já determinado com a medida ântero-posterior. Dez por cento desta medida acima do ponto pré-auricular, marcar o ponto temporal médio (T3, T4) e 20 por cento acima do temporal médio está o ponto central (C3, C4);
- 15 Marcar linha ântero-posterior passando agora sobre a região temporal, frontal e occipital, medindo-se a distância entre o ponto da linha média Fpz e o ponto occipital também da linha média, Oz, passando-se pelo ponto temporal já previamente determinado;
- 16 Marcar 10 por cento da medida, a partir da posição do Fpz, assim como a partir do ponto occipital da linha média Oz;
- 17 Desta forma, marcar outros dois pontos “Fp” (1 e 2), um à direita e outro à esquerda e ainda dois outros pontos “O” (1 e 2), também um à direita e outro à esquerda. Os pontos temporal anterior e posterior (T5, T6) estão na posição 20 por cento da distância a partir dos pontos Fp e O determinados nesta linha;
- 18 Marcar pontos remanescentes, frontal (F3, F4, F7, F8)) e médio parietal (P3 e P4) estão posicionados ao longo da linha coronal frontal e parietal respectivamente, equidistante entre a linha média e a linha temporal. Sendo que, os eletrodos ímpares ficam posicionados à esquerda e pares, a direita;
- 19 Ao iniciar o exame, verificar se as configurações estão corretas no sistema;
- 20 Fazer logo em seguida, na captação elétrica, o teste de impedância;
- 21 Com a luz apagada, pedir para o paciente fechar os olhos;
- 22 Iniciar a gravação observando o traçado e o paciente, clicar “vigília”, após 30 segundos pedir para abrir os olhos. Parar a gravação e corrigir artefatos ou eletrodos que se desprendem fácil do couro cabeludo. Parar quantas vezes for necessário e anotar qual eletrodo foi trocado;
- 23 Clicar “olhos abertos”, após 30 segundos pedir para o paciente fechar os olhos e clicar “olhos fechados”. Em seguida, o maior tempo em vigília, clicar “vigília”, observando o traçado. Sempre que necessário parar a gravação para recolocar ou trocar os eletrodos;

- 24 Observar se o paciente responde aos comandos verbais, orientá-lo antes de iniciar o estado de hiperventilação para que não haja deslocamento dos eletrodos. Solicitar que o paciente inspire e expire pela boca. Clicar hiperventilação;
- 25 Clicar estado de pós hiperpneia, ao término de hiperventilação. Pedir para o paciente respirar normalmente;
- 26 Orientar paciente a manter os olhos fechados durante a fotoestimulação e em seguida clicar na opção flashestimulação;
- 27 Ao término da fotoestimulação, clicar pós flashestimulação;
- 28 Clicar também durante a gravação alguns eventos, bocejo, tosse, tremores espontâneos, sono espontâneo;
- 29 Ao término da gravação, pedir para o paciente abrir os olhos, acender a luz da sala, pegar a cuba rim contendo água morna;
- 30 Tirar os eletrodos um a um, cuidadosamente, limpar a cabeça do paciente com gaze embebida em água morna e após gaze seca, removendo toda a pasta restante. Limpar também os eletrodos com gaze e água morna e secar com gaze seca;
- 31 Pedir para o paciente sentar, observar possível tontura, ajudar a descer da maca, se necessário, e se estiver bem dispensá-lo;
- 32 Retirar lençol de papel, realizar limpeza da maca com álcool 70%, repor lençol de papel limpo;
- 33 Higienizar as mãos (POP 42);
- 34 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Exame deve ser realizado com o paciente em decúbito dorsal;
- Durante a gravação do exame, o profissional deve estar atento ao paciente; pode acontecer (raramente) que pacientes epiléticos tenham uma crise durante o procedimento;
- É fundamental que durante o procedimento tanto o celular do profissional quanto do paciente esteja desligado;
- Necessário a cooperação do paciente para realizar o exame, por isso é realizado apenas em pacientes maiores de 6 anos quando estão conscientes e orientados. É possível realizar exames em menores de 6 anos quando estes estiverem em sono profundo.

8. Referências Bibliográficas

- American Electroencephalographic Society. **Guideline Twelve: Guidelines for Long-Term Monitoring for Epilepsy.** J Clin Neurophysiol, 11(1):88-110, 1994.
- Berger H. Ueber das Elektroenkephalogramm des Menschen. Archiv Psychiatr Nervenkr 1929, 87:527-570.
- Jasper H. H. **The Ten-twenty Electrode System of the International Federation.** Electroenceph Clin Neurophysiol 1958;10:370-375.
- Morris III H; Lüders H. **Electrodes.** In: Gotman J, Ives JR, Gloor P. (eds).
- Electroenceph Clin Neurophysiol 1985; (Suppl. 37):3-26.
- Garzon E. **Conventional EEG: The 10/20 system and the rationale for the use of the 10/10 system.** Disponível em: http://www.lasse.med.br/mat_didatico/lasse1/textos/eliana03.html. Acesso em: 30 nov 2015.
- ABCMED. Eletroencefalograma: Como é Feito? Como Se Preparar Para o Exame? Quais São as Complicações? Disponível em: <https://www.abc.med.br/p/exames-e-procedimentos/347519/eletroencefalograma-como-e-feito-como-se-preparar-para-o-exame-quais-sao-as-complicacoes.htm>. 2013. Acesso em: 17 nov. 2019.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Livia Agy Loureiro COREN/SP 186464 Marli Justina dos Santos Gomes COREN/SP 316041	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Livia Agy Loureiro COREN/SP 186464 Marli Justina dos Santos Gomes COREN/SP 316041	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450
10/02/2020	03	Juliana A. L. Shikasho COREN/SP 245718 Luciana S. S. Gonçalves COREN/SP 72141 Rosimeire T. T. Furlan COREN/SP 32487 Valeria Cristina Jodjahn Figueiredo COREN/SP 61.341	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450

POP 18 Auxílio a Eletroneuromiografia

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicações

Absolutas: Não há contraindicações absolutas para a realização do exame.

Relativas: pacientes com marcapasso, cateter intracardíaco, plaquetopenia, coagulopatia, uso de anticoagulante e medicamentos anticolinesterásicos e pele com solução de continuidade.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Luvas
- Gel
- Lençol (se necessário)
- Camisola (se necessário)
- Eletrodos para eletroneuromiografia
- Álcool 70%
- Gaze
- Esparadrapo microporoso

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 2 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;

- 3 Verificar se o paciente está com preparo necessário. (não ter usado cremes, óleos ou loções na pele. Orientar retirar adornos metálicos (brincos, anéis, cordões, pulseiras, etc.). Caso não esteja em condições adequadas para realização do exame, o mesmo deverá ser remarcado;
- 4 Higienizar as mãos (POP 42);
- 5 Reunir material necessário para realização do procedimento;
- 6 Ajudar o paciente, se necessário, a subir na maca e deitá-lo;
- 7 Posicionar o paciente conforme exame a ser realizado, preservando sua privacidade. Oferecer camisola, se necessário;
- 8 Retirar excesso de gel da pele e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir-se, se necessário;
- 9 Realizar curativo oclusivo, se algum ponto permanecer com sangramento;
- 10 Retirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30 segundos. Em seguida, repor lençol de papel limpo;
- 11 Higienizar as mãos (POP 42);
- 12 Devolver a documentação e orientar paciente a aguardar o laudo;
- 13 Entregar o laudo para paciente;
- 14 Desprezar perfurocortantes no descarpac, se restar algum;
- 15 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- O procedimento de eletroneuromiografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Pode haver leve dor ou a formação de hematomas nos locais de inserção da agulha.

8. Referências Bibliográficas

- HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Eletroneuromiografia. Disponível em: <<https://www.einstein.br/especialidades/neurologia/exames-tratamentos/eletroneuromiografia>>. Acesso em 17 nov 2019.
- INTERFISIO. Eletroneuromiografia. Disponível em: <<https://interfisio.com.br/eletroneuromiografia>>. Acesso em 17 nov 2019.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Livia Agy Loureiro COREN/SP 186464 Luciana Sereno S. Gonçalves COREN/SP 72.141	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Livia Agy Loureiro COREN/SP 186.464 Luciana Sereno S. Gonçalves COREN/SP 72.141	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Valeria Cristina Jodjahn Figueiredo COREN/SP 61.341	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450

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

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

5. Material

- Agulha 40x12
- Álcool a 70%
- Avental para paciente
- Bisnaga de cloridrato de lidocaína geléia à 2%
- Caixa térmica
- Esparadrapo
- Gazes estéreis
- Lâminas
- Lápis
- Lençol

- Livro de registro de exames
- Luvas de procedimento
- Máscara cirúrgica
- Micropore
- Óculos de proteção
- Seringa de 20 ml

6. Descrição do Procedimento

- 1 Reunir material necessário para realização do procedimento;
- 2 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se, acolher e orientar paciente sobre o procedimento e aplicar o termo de consentimento do exame, orientando o paciente a esclarecer possíveis dúvidas com o médico executante;
- 3 Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores;
- 4 Higienizar as mãos (POP 42);
- 5 Encaminhar o paciente para troca de roupa e oferecer avental;
- 6 Posicionar o paciente de acordo com o procedimento na maca;
- 7 Oferecer material necessário para o médico durante a realização do exame;
- 8 Recolher a seringa com material colhido, identificá-la com data da coleta, nome paciente, nome da mãe, número de prontuário, médico, data de nascimento e unidade de saúde;
- 9 Realizar curativo compressivo ao término do procedimento e orientar paciente quanto a retirada do mesmo;
- 10 Higienizar as mãos (POP 42);
- 11 Registrar em livro de controle (número do prontuário, nome do paciente, data de nascimento, data da coleta, telefone, nome do médico solicitante, unidade de origem, local aspirado);
- 12 Registrar em memorando (duas vias) os dados do paciente e procedimento realizado;
- 13 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame e retorno médico;
- 14 Acondicionar as seringas identificadas em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise;
- 15 Manter o ambiente limpo e organizado (POP 56).

7. Observações

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

8. Referências Bibliográficas

- PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA. **Manual de Preparo para Exames e Procedimentos Ambulatoriais: Guia Rápido**. Versão 2.0. Limeira, 2012.
- CÂNCER DE MAMA BRASIL. **O que é PAAF?**. Disponível em: <https://www.cancerdemamabrasil.com.br/o-que-e-paaf/>. Acesso em: 04 Fev 2014.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Regiane Freitas Alves COREN/SP 322510 Rosalina Aparecida Menegão COREN/SP 0210317 Ana Carolina F. Moreira COREN/SP 323329 Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242835	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Regiane Freitas Alves COREN/SP 322510 Rosalina Aparecida Menegão COREN/SP 0210317 Ana Carolina F. Moreira COREN/SP 323329 Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242835	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Camila Monteiro Gonçalves Dias Silva COREN/SP 242835 Regiane Freitas Alves COREN/SP 322510	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450

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

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

- Luvas de procedimento
- Gazes estéreis
- Óculos de proteção
- Bisnaga de cloridrato de lidocaína geléia à 2%
- Máscara cirúrgica
- Álcool a 70%
- Lâminas
- Agulha 30x8
- Seringa de 20 ml
- Frasco porta lâminas de plástico contendo álcool à 70%
- Lápis
- Caixa térmica

- Livro de registro de exames

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se ao paciente acolhendo o paciente e responsável com atenção;
- 2 Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores;
- 3 Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida e com letra legível, contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão do SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, identificação do profissional solicitante (nome, número do registro e carimbo);
- 4 Higienizar as mãos (POP 42);
- 5 Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado e aplicar o termo de consentimento do exame, orientando o paciente a esclarecer possíveis dúvidas com o médico executante;
- 6 Posicionar paciente em maca;
- 7 Oferecer material necessário para o médico durante a realização do exame;
- 8 Expor as lâminas em área plana identificadas a lápis com as iniciais do paciente e local a ser aspirado;
- 9 Acondicionar as lâminas em frascos apropriados, contendo álcool à 70%, previamente identificados com uma etiqueta contendo: nome completo do paciente, data de nascimento, sexo, nº do prontuário, nome da mãe, local aspirado, médico que realizou o procedimento, nome da unidade e data;
- 10 Registrar em livro de controle (número do prontuário, nome do paciente, data de nascimento, data da coleta, telefone, nome do médico solicitante, unidade de origem, local aspirado e quantidade de frascos);
- 11 Registrar em memorando (3 vias) os dados do paciente e procedimento realizado;
- 12 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame e retorno médico;
- 13 Organizar sala após procedimentos, atentando para o descarte de material perfurocortantes;
- 14 Acondicionar os frascos identificados em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

7. Observações

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

8. Referências Bibliográficas

- YOKOZAWA, Tamotsu. **Câncer da Tireóide Detectado pela Punção Aspirativa por Agulha Fina Guiada pelo Ultra-Som.** *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 1998, vol.42, n.4, pp. 296-298.
- MAIA, Ana Luiza et al . Nódulos de Tireóide e Câncer Diferenciado de Tireóide: Consenso Brasileiro. **Arq Bras Endocrinol Metab.** São Paulo, v. 51, n. 5, p. 867-893, July 2007 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302007000500027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 out 2020.
- PITOIA, Fabián et al . Recommendations of the Latin American Thyroid Society on Diagnosis and Management of Differentiated Thyroid Cancer. **Arq Bras Endocrinol Metab.** São Paulo, v. 53, n. 7, p. 884-887. Oct. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000700014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 out 2020.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Ana Carolina F. Moreira COREN/SP 323329 Camila Monteiro Gonçalves Dias Silva COREN/SP 242835 Freitas Alves COREN/SP 322510 Rosalina Aparecida Menegão COREN/SP 0210317	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
16/01/2016	02	Ana Carolina F. Moreira COREN/SP 323329 Camila Monteiro Gonçalves Dias Silva COREN/SP 242835 Regiane Freitas Alves COREN/SP 322510 Rosalina Aparecida Menegão COREN/SP 0210317	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Camila Monteiro Gonçalves Dias Silva COREN/SP 242835 Regiane Freitas Alves COREN/SP 322510	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181.450

POP 21 Auxílio de Teste Ergométrico

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

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

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

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

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Luvas
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Álcool 70%

- Gaze
- Cuba rim
- Eletrodo descartável
- Balança
- Avental (se necessário)

6. Descrição do procedimento

- 1 Conferir lacre do carrinho de urgência;
- 2 Verificar funcionamento da balança, desfibrilador e laringoscópio;
- 3 Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 4 Orientar paciente a ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, caso esteja de acordo com a realização do exame. Em caso de impossibilidade de leitura pelo paciente, ler e explicar o termo para paciente e carimbar a impressão digital;
- 5 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente. Paciente deve estar usando roupas confortáveis que não limitem movimentos, mulheres devem estar vestindo top ou sutiã, homens devem estar com o tórax tricotomizado, deve estar calçando tênis ou sapato confortável. Verificar se ingeriu refeição leve, deve estar portando receita de medicação em uso;
- 6 Conferir preparo específico com paciente;
- 7 Orientar o paciente quanto ao procedimento, aferir pressão arterial (POP 12), medir estatura (POP 49) e pesar (POP 52);
- 8 Registrar os dados e apresentá-los ao cardiologista, juntamente com a receita para confirmar a realização do exame;
- 9 Reunir material necessário para o exame;
- 10 Higienizar as mãos (POP 42);
- 11 Se exame confirmado, oferecer avental e limpar com gaze e álcool 70% os locais onde serão colados os eletrodos;
- 12 Monitorizar paciente com eletrodos nas seguintes localizações:
- 13 (RA) na região acrômio-clavicular D,
- 14 (LA) na região acrômio-clavicular E,
- 15 (RL) em crista ilíaca D,
- 16 (LL) em crista ilíaca E,
- 17 (V1) no 2º espaço intercostal a D,

- 18 (V2) no 2º espaço intercostal a E,
- 19 (V3) entre V2 e V4,
- 20 (V4) na linha hemiclavicular no 3º espaço intercostal,
- 21 (V5) na linha axilar anterior no 3º espaço intercostal, e
- 22 (V6) na linha axilar média no 3º espaço intercostal;
- 23 Auxiliar paciente a subir na esteira, posicionando o manguito no braço esquerdo, preferencialmente;
- 24 Acompanhar exame para auxiliar em eventuais intercorrências;
- 25 Ao término do exame, retirar o manguito do braço do paciente, auxiliar paciente a descer da esteira e retirar os eletrodos;
- 26 Encaminhar o paciente para se vestir, devolver a documentação e orientar paciente a aguardar o laudo;
- 27 Higienizar as mãos (POP 42);
- 28 Entregar o laudo para paciente;
- 29 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Procedimento é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Antes de iniciar os exames, em cada plantão, realizar teste operacional do desfibrilador da seguinte forma:
- Verifique se o cabo de energia está ligado na tomada, desligue e verifique o acionamento da bateria.
- Ligue o desfibrilador, apertando a tecla LIGA (ON). Retire as pás e as mantenha no local de encaixe para disparo da carga.
- Selecione uma carga baixa, clicando ou girando o botão de seleção.
- Dê a carga no aparelho e dispare a carga pressionando os botões (conforme orientação do fabricante). Perceba sinal sonoro ou visual indicando o disparo da carga.
- Coloque as pás nos locais de encaixe se estas tiverem sido retiradas ou as mantenha no encaixe.
- Desligue o desfibrilador clicando ou girando o botão para a posição DESLIGA (OFF).
- Religue o cabo de energia à tomada e mantenha ligado.
- Registre o teste realizado em impresso próprio.

- Caso o exame não possa ser realizado por motivos internos do setor (falta de energia, ausência do médico, defeito no aparelho) remarcar o exame para outro dia ou orientar a aguardar telefonema para novo agendamento.
- Atentar para risco de queda do paciente da esteira.

8. Referências Bibliográficas

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. **Abordagem de Vigilância Sanitária de Produtos para Saúde Comercializados no Brasil**. Brasília, 2011.
- MENEGHELO, R. S.; ARAÚJO C. G. S.; STEIN, R.; MASTROCOLLA, L. E.; ALBUQUERQUE, P. F.; SERRA, S. M.; ET AL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Teste Ergométrico. **Arq Brás Cardiol**. 2010; 95 (5 supl.1); 1-26.
- ABCMED. **Teste Ergométrico ou Teste de Esforço: O que Devo Saber Sobre Ele?**. Disponível em: <<https://www.abc.med.br/p/exames-e-procedimentos/738767/teste-ergometrico-ou-teste-de-esforco-o-que-devo-saber-sobre-ele.htm>>. Acesso em: 17 nov. 2019.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Valeria Cristina Jodjahn Figueiredo COREN/SP 61341 Livia Agy Loureiro Zanetti COREN/SP 186464 Rosimeire T. Tavoni Furlan COREN/SP 32487	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
16/01/2016	02	Valeria Cristina Jodjahn Figueiredo COREN/SP 61341 Livia Agy Loureiro Zanetti COREN/SP 186464 Rosimeire T. Tavoni Furlan COREN/SP 32487	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Juliana A. L. Shikasho COREN/SP 245718 Luciana S. S. Gonçalves COREN/SP 72141 Rosimeire T. T. Furlan COREN/SP 32487 Valeria Cristina Jodjahn Figueiredo COREN/SP 61341	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181.450

POP 22 Auxílio a Ultrassonografia

1. Definição

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

2. Objetivo

Avaliar órgãos e estruturas internas do corpo humano.

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Luvas
- Gel para ultrassonografia
- Lençol descartável
- Avental (se necessário)
- Preservativo sem lubrificante (para exame transvaginal)
- Álcool 70%
- Hamper para roupas sujas
- Equipamentos de Proteção Individual

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;

- 2 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;
- 3 Conferir se o paciente fez preparo específico para cada tipo de exame;
- 4 Fornecer avental para o paciente se trocar, quando necessário;
- 5 Reunir material necessário para o exame;
- 6 Higienizar as mãos (POP 42);
- 7 Paramentar-se com EPI;
- 8 Posicionar paciente conforme exame a ser realizado, preservando sua privacidade;
- 9 Retirar o excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir-se, se necessário;
- 10 Orientar o paciente a desprezar o avental utilizado no hamper após a troca;
- 11 Retirar lençol descartável utilizado e desprezar em lixo comum se não houver sangue, secreções dos pacientes e/ou gel após contato com mucosa de paciente. Friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30 segundos, repor lençol descartável limpo;
- 12 Realizar a limpeza dos transdutores de ultrassom conforme observação abaixo;
- 13 Higienizar as mãos (POP 42);
- 14 Devolver a documentação do paciente e orientá-lo a aguardar o laudo;
- 15 Entregar o laudo para paciente;
- 16 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

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

8. Referências Bibliográficas

- RUMACK, C. M. ; WILSON, S. R. ; CHARBONEAU, J. W. **Tratado de Ultrassonografia Diagnóstica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- MASSELLI, I. B.; WU, D. S. K. **Manual Básico de Ultrassonografia**. São Paulo: Departamento de Diagnóstico por Imagem da UNIFESP, 2013.
- BERNARDI, G. A.; COSTA, T. C. M. **Avaliação da Atividade Antimicrobiana do Álcool 70% em Superfícies Contaminadas**. Journal of Infection Control, v.6, n.4, 2017.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Livia Agy Loureiro COREN/SP 186464 Imaculada C. S. Ribeiro COREN/SP 53475	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Livia Agy Loureiro Zanetti COREN/SP 186464 Imaculada C. S. Ribeiro COREN/SP 53475	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Juliana A. L. Shikasho COREN/SP 245718 Luciana S. S. Gonçalves COREN/SP 72141 Rosimeire T. T. Furlan COREN/SP 32487 Valeria Cristina Jodjahn Figueiredo COREN/SP 61341 Priscila de Paula Marques COREN/SP 245050 Fernanda Pimentel COREN/SP 323.085	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP: 181450

POP 23 Baciloscopia de Hanseníase

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não se aplica

4. Executante

Enfermeiro Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente, conferir o nome, apresentar-se e acolher o paciente com atenção;

2 Receber a guia de requisição de exames;

3 Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida e com letra legível, contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão do SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, exames solicitados, identificação do profissional (nome, número do registro e carimbo);

4 Explicar o procedimento que será realizado;

5 Identificar a lâmina com as iniciais do nome do paciente, o número da etiqueta do formulário único e data da coleta;

6 Verificar e coletar os sítios de coleta indicados na solicitação do exame.

7 Higienizar as mãos (POP 42);

8 Calçar as luvas de procedimento, máscara cirúrgica, óculos e avental;

9 No momento de cada coleta realizar antisepsia com álcool a 70° GL ou 70%, dos sítios indicados na solicitação médica;

10 Utilizar a padronização do Laboratório Municipal de Campinas, realizando a coleta da linfa do lóbulo auricular direito (LD), lóbulo auricular esquerdo (LE), cotovelo direito (CD) e cotovelo esquerdo (CE);

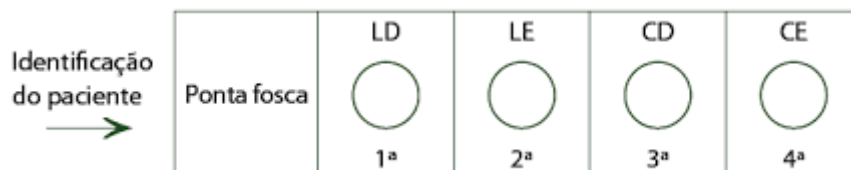
11 Caso haja solicitação de outros sítios de coleta, por exemplo, Joelho D (JD), Joelho E (JE), Lesão (L), entre outros, confeccionar outra lâmina, conforme orientação abaixo;

12 Com o auxílio da pinça Kelly, com suas pontas envolvidas por garrote, fazer uma prega no sítio de coleta, pressionando a pele o suficiente para obter a isquemia, evitando o sangramento. Manter a pressão até o final da coleta tomando o cuidado de não travar a pinça;

13 Fazer um corte na pele de aproximadamente 5 mm de extensão por 3mm de profundidade. Colocar o lado não cortante da lâmina do bisturi em ângulo reto em relação ao corte e realizar o raspado intradérmico das bordas e do fundo da incisão, retirando quantidade suficiente e visível do material;

14 Desfazer a pressão e distribuir o material coletado na lâmina, fazendo movimentos circulares do centro para a borda numa área aproximadamente de 5 – 7 mm de diâmetro, mantendo uma camada fina e uniforme;

15 O primeiro esfregaço deverá ser colocado na extremidade mais próxima da identificação do paciente (parte fosca), e o segundo próximo ao primeiro observando uma distância, de pelo menos 0,5 cm entre cada amostra e assim sucessivamente;



16 Entre um ponto de coleta e outro, limpe a lâmina e a pinça com álcool a 70%;

17 Fazer curativo compressivo nos sítios de coleta;

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

19 Após a fixação, acondicionar as lâminas em porta-lâminas de plástico;

20 Os porta-lâminas deverão ser acondicionados conforme normas de biossegurança e identificadas, com a etiqueta do laboratório, contendo a unidade de origem, o endereço de destino e o remetente, para serem transportadas à unidade laboratorial no prazo máximo de 24h, acompanhada do formulário próprio do laboratório;

21 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);

22 Registrar em livro-controle data da coleta, os dados do paciente e os exames solicitados, colocando o número da etiqueta controle e registrar em planilha de produção;

23 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame;

24 Higienizar as mãos (POP 42);

25 Manter o ambiente limpo e organizado (POP 56).

7. Observações

Se não houver porta-lâminas de plástico disponíveis, para realização do transporte, pode-se colocar espátulas entre as lâminas para não haver o contato das mesmas e embrulhar o material com papel alumínio.

8. Referências Bibliográficas

- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Padronização da Fase Pré-analítica das Análises Laboratoriais nas Unidades Básicas da Rede Municipal de Saúde de Campinas.** Laboratório Municipal de Patologia Clínica. pg. 68. Campinas, 2010/2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Procedimentos Técnicos: Baciloscopia em Hanseníase.** Brasília, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância e Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Guia Prático sobre Hanseníase.** Brasília, 2017.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Regiane Freitas Alves COREN/SP 322510 Carla Pinheiro Cagliari COREN/SP 0245915 Ednilce F. Santos COREN/SP 050086 Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242835	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Regiane Freitas Alves COREN/SP 322510 Carla Pinheiro Cagliari COREN/SP 0245915 Ednilce F. Santos COREN/SP 050086 Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242835	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Michelle F. L. Gardini CRF/SP 68891 Cristina A. B. Albuquerque COREN/SP 52406 Paula Valéria Domingues COREN/SP Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242835 Jose Jorge Ramos COREN/SP 10456633 Juliane Tsuda COREN/SP 0972868	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP: 181450

POP 24 Bota de Unna

1. Definição

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

2. Objetivo

Realizar a contenção, auxiliando o retorno venoso, reduzir o edema e em consequência a cicatrização de lesões em membros inferiores.

3. Contraindicação

Lesões arteriais e mistas. Presença de infecção e mifase. Sensibilidade conhecida a algum de seus componentes. Pacientes que não deambulam. Cardiopatia descompensada.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

- Mesa auxiliar ou bandeja
- Bacia/cuba, se necessário
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly (se necessário)
- Cabo e lâmina de bisturi (se necessário)
- Tesoura
- Pacote de gazes esterilizadas
- Atadura de rayon estéril (se necessário)
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente
- Seringa de 20 ml
- Agulha 25x12 ou 40x12
- Sabão neutro
- Luvas de procedimento
- Esparadrapo

- Atadura de crepe
- Espátula (se necessário)
- Bota de Unna
- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão
- EPI (óculos, avental e máscara)
- Gaze não-estéril

6. Descrição do procedimento

- 1 Conferir a prescrição;
- 2 Higienizar as mãos (POP 45);
- 3 Reunir o material;
- 4 Chamar o paciente confirmando o nome apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 5 Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada. Repouso mínimo de 15 minutos, com MMII elevados, preferencialmente pela manhã, na primeira aplicação, ou quando necessário;
- 6 Higienizar novamente as mãos;
- 7 Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
- 8 Retirar a bota anterior (se houver);
- 9 Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor;
- 10 Mensurar com fita métrica a circunferência da panturrilha e tornozelo e registrar;
- 11 Se necessário proceder à limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periférica com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze não-estéril;
- 12 Trocar luvas de procedimento;
- 13 Acoplar seringa de 20 ml na agulha 25X12 ou 40X12;
- 14 Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9% e se necessário utilizar de desbridamento instrumental conservador;
- 15 Utilizar o produto/cobertura adequado;
- 16 Iniciar pelos artelhos, aplicando progressivamente até a tuberosidade tibial. Realizar até 3 voltas próximas aos dedos dos pés;
- 17 Cruzar a faixa em sentido diagonal no dorso do pé;

- 18 Após realizar até três vezes o enfaixamento em oito no tornozelo, seguir cobrindo o calcanhar, podendo enfaixar até duas voltas na região do calcâneo, em posição de dorsiflexão;
- 19 Terminar o enfaixamento do pé e tornozelo, seguir sempre reto o enfaixamento quando estiver na região posterior e cruzado na região anterior formando visualmente um X;
- 20 Ao chegar à altura da panturrilha, manter o pé apoiado na maca, de modo que esta musculatura fique relaxada;
- 21 Realizar o enfaixamento em 8 (oito) até tuberosidade da tíbia, aproximadamente 2 dedos abaixo do joelho;
- 22 Enfaixar com atadura de crepe, colocar gazes/ chumaços por cima da atadura no local da lesão. Colocar atadura sobre a gaze. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 23 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);
- 24 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 25 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

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

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO REGINAL DE ENFERMAGEM. Parecer Técnico Coren/SP 007/2013: **Competência e capacitação para realização de curativo bota de Unna**. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2013_7.pdf. Acesso em 05 out 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamento de Feridas**. Campinas, 2006.
- PREFEITURA DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Assistência Integral às Pessoas com Feridas**, 2011.
- Jorge S. A.; Dantas S. R. P. E. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Atheneu, 2003.
- BRIZZIO, E. **Bandagens e Técnicas de Aplicação**. Rio de Janeiro: Rúbio, 2009.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas**, São Paulo, 2010.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Shirley Ruriko da Silveira COREN/SP 44.822 Regina Grimaldi de Oliveira COREN/SP 68.635 Cíntia Mastrocola Soubhia COREN/SP 30.609 Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230.997	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Shirley Ruriko da Silveira COREN/SP 44.822 Regina Grimaldi de Oliveira COREN/SP 68.635 Cíntia Mastrocola Soubhia COREN/SP 30.609 Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230.997	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Regina Grimaldi de Oliveira COREN/SP 68.635 Cíntia Mastrocola Soubhia COREN/SP 30.609 Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230.997	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP: 181.450

POP 25 Campanha de Vacinação

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Informe técnico da campanha a ser realizada
- Plano operativo (população alvo, meta de vacinação, mapeamento geográfico da população alvo, cronograma, número de postos fixos e volantes, previsão de insumos e RH, distribuição das ações de divulgação e comunicação)
- Mapa para registro da temperatura das caixas de transporte
- Mapa de registro de doses aplicadas na campanha
- Material informativo
- Impresso para registro da vacina administrada
- Cartão de vacina
- Adesivos de campanha
- Seringas
- Agulhas
- Caixas térmicas
- Termômetros digitais
- Bobina de gelo reutilizável
- Caixa de perfurocortantes

6. Descrição do procedimento

Antes da Campanha

- 1 Preencher o plano operativo e enviar para a VISA de referência;
- 2 Realizar reunião com a equipe de enfermagem, orientando os fluxos e atualizando quanto aos procedimentos e orientações do Programa Nacional de Imunização e do DEVISA para a campanha em curso;
- 3 Organizar a escala de trabalho para o período da campanha, garantindo que os funcionários que participarão da campanha passem por reunião prévia de atualização;
- 4 Organizar a equipe de postos fixos e volantes, observando que os postos volantes podem funcionar por meio período, a critério do planejamento prévio feito na Unidade;
- 5 Divulgar com antecedência na região, o dia, horário de funcionamento e local dos postos de vacinação;
- 6 Na véspera da campanha, separar e organizar todo o material a ser utilizado, identificando por posto de vacinação;

Durante a campanha

- 1 Reunir a equipe para distribuir o material e dar as últimas instruções, assegurando que a equipe de trabalho esteja completa e que tenha os insumos necessários;
- 2 Preparar as caixas térmicas segundo procedimento padrão para rede de frio, realizando a ambientação das bobinas reutilizáveis;
- 3 Verificar a temperatura das caixas térmicas durante TODO o período da campanha e registrar em impresso próprio a cada 3h;
- 4 Avaliar o desenvolvimento da campanha e alterar as estratégias, se necessário, para captar maior número de pessoas durante a campanha (Enfermeiro);
- 5 Registrar as doses realizadas no sistema de informação vigente, controlar os estoques de vacinas e insumos;
- 6 Consolidar as informações (doses aplicadas nos grupos específicos, perdas eventuais e intercorrências) e enviar o consolidado de campanha para o coordenador da campanha da VISA de referência, conforme a periodicidade pactuada para cada campanha.

Após a campanha

- 1 Realizar reunião com os participantes da campanha, avaliando as estratégias utilizadas, problemas ocorridos, propostas para novas campanhas, cobertura vacinal, homogeneidade e efetividade de captação dos postos extramuros;
- 2 Arquivar os registros da avaliação da campanha, a fim de subsidiar o planejamento de campanhas futuras.

7. Observação

- Planejamento das doses de vacina necessárias para campanha: considerar a população a ser vacinada somando um percentual de 20% para perdas eventuais.
- **Postos fixos e volantes:** a localização dos postos de vacina, a divulgação dos locais e cumprimento dos horários de funcionamento devem ser estratégicos para o alcance das metas.
- **Atualização da Equipe de Enfermagem que trabalhará na Campanha:** o Enfermeiro deverá registrar toda capacitação técnica ofertada aos funcionários que estiverem na sala de vacina e/ou que participarão de futuras campanhas de vacina.
- **Escala de Campanha:** a composição da equipe mínima de vacinação é composta por: um anotador, um preparador e um vacinador e, se necessário, um organizador de fila.
- O dimensionamento de referência do Ministério da Saúde para o vacinador é de cerca de 30 doses de vacinas injetáveis ou 90 doses de vacinas administradas por via oral, por hora de trabalho.
- As unidades de saúde deverão manter um arquivo com o registro do processo de organização das campanhas anteriores (plano operativo, equipe de trabalho, etapas, consolidado) para facilitar o processo de trabalho de campanhas posteriores.

8. Referências Bibliográficas

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola no Brasil. Brasília, 2008.**
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Disponível em:**
<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/11/Manual-procedimentos-vacinacao-web.pdf>>. Acesso em 30 jan 2015.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/10/manual-eventos-adversos-pos-vacina--ao-dez14-web.pdf>>. Acesso em 30 jan 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/manual-rede-frio.pdf>>. Acesso em 30 jan 2015.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Milena Silveira de Pádua COREN/SP: 301.451 Mariana Charantola Silva COREN/SP: 154.624 Regina Conceição S. Guimarães COREN/SP: 30.306 Andrea Aparecida Barbosa COREN/SP – 121388	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Milena Silveira de Pádua COREN/SP: 301.451 Mariana Charantola Silva COREN/SP: 154.624 Regina Conceição S. Guimarães COREN/SP: 30.306 Andrea Aparecida Barbosa COREN/SP – 121388	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Cristina A. B. Albuquerque COREN/SP 52406 Paula Valéria Domingues COREN/SP 180.960	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450

POP 26 Cateterismo Vesical de Demora

1. Definição

Cateterismo vesical: É a introdução de um cateter na bexiga, através da uretra para drenagem de urina. Uretral supra púbica: Uretra feminina= 3 a 4 cm. Uretra masculina aproximadamente 18 cm.

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro (privativo)

5. Material

- EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luva estéril)
- Biombo
- Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antisepsia, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado)
- Sonda de Foley de calibre adequado
- Sistema fechado de drenagem urinária estéril
- Ampola de água destilada (quantidade para encher o balonete conforme discriminado na sonda)
- Agulha para aspiração
- Seringa de 20 ml sem luer lock
- Lidocaína gel 2%
- Fita adesiva (esparadrapo ou adesivo hipoalergênico)
- Gaze estéril se necessário
- Clorexidina degermante Solução 2% e ou aquoso 1%
- Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão).

6. Descrição do procedimento

Paciente do sexo feminino

- 1 Explicar o procedimento a paciente e posicioná-la confortavelmente;
- 2 Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento;
- 3 Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados e afastados, os pés sobre o leito;
- 4 Realizar a higiene íntima;
- 5 Lavar as mãos novamente;
- 6 Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível;
- 7 Calçar as luvas estéreis;
- 8 Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado, mantendo-os afastados até que o cateterismo termine;
- 9 Realizar antisepsia da região perineal com clorexidina 2% e gaze estéril com movimentos únicos. Colocar campo fenestrado;
- 10 Lubrificar a sonda com xylocaína 2%;
- 11 Introduzir a sonda pré-conectada a um coletor de drenagem de sistema fechado, por 5 a 7 cm no meato uretral, utilizando técnica asséptica estrita;
- 12 Insuflar o balonete com água destilada conforme orientação do fabricante. Certifique que a sonda está drenando adequadamente. Tracionar suavemente a sonda até sentir resistência;
- 13 Fixar a sonda de demora juntamente com o equipo de drenagem na coxa;
- 14 Secar a área e manter paciente confortável;
- 15 Higienizar as mãos (POP 42);
- 16 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;
- 17 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 18 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

Paciente do sexo masculino

- 1 Explicar o procedimento ao paciente e posicioná-lo confortavelmente;
- 2 Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
- 3 Colocar o paciente em posição dorsal com as pernas estendidas;
- 4 Realizar a higiene íntima;

- 5 Lavar as mãos novamente;
- 6 Abrir o pacote de cateterismo usando técnica asséptica;
- 7 Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula;
- 8 Colocar dentro do campo do cateterismo sonda vesical de demora, gazes e seringa;
- 9 Calçar luvas estéreis;
- 10 Solicitar auxílio para preencher a seringa com 10 ml de xylocaína;
- 11 Pegar, com o auxílio da pinça, gaze embebida em solução antisséptica;
- 12 Limpar primeiramente a região púbica, no sentido transversal, com movimento único e firme, desprezando a gaze para cada movimento. Usar gazes para segurar o pênis, perpendicular ao corpo, e limpar, no sentido longitudinal, de cima para baixo, do lado mais distante ao mais próximo, sempre utilizando uma gaze para cada movimento;
- 13 Limpar o corpo do pênis;
- 14 Segurar o pênis do paciente, perpendicular ao corpo, puxar o prepúcio para baixo, de modo a expor a glândula. Limpar a glândula com movimentos circulares, começando a partir do meato;
- 15 Limpar o orifício da uretra;
- 16 Colocar o campo fenestrado;
- 17 Injetar 10 ml de xylocaína no meato;
- 18 Introduzir a sonda pré-conectada a um coletor de drenagem de sistema fechado pela uretra, de forma a deslizar até que flua a urina;
- 19 Insuflar balonete com água destilada de acordo com a orientação do fabricante;
- 20 Fixar a sonda de demora, prendendo-a abaixo do umbigo na direção vertical;
- 21 Secar a área e manter paciente confortável;
- 22 Higienizar as mãos (POP 42);
- 23 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 24 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica (sondagem e retirada da sonda).
- A mudança de cateteres de demora ou bolsas de drenagem em intervalos fixos de rotina não é recomendada. Em vez disso, a troca de cateteres e bolsas de drenagem acontece com base em indicações clínicas como infecção, obstrução ou quando o sistema fechado está danificado. Segundo orientações da ANVISA a

equipe de saúde não precisa monitorar rotineiramente bacteriúria assintomática em pacientes com cateter, mas recomenda-se a sua retirada precocemente.

- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente.
- Manter o sistema de drenagem fechado, a não ser em situações específicas, como nas irrigações urinárias.
- Escolher sondas de menor calibre (12 a 16F) em adultos. Utilizar sondas de maior calibre (20 a 24 F) quando for passível a formação de coágulo.
- Trocar todo sistema de drenagem fechado quando ocorrer obstrução do cateter ou do tubo coletor, suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna do cateter, violação ou contaminação do cateter e/ou do sistema de drenagem e febre sem outra causa conhecida.
- Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e orientar o paciente a mantê-la nesta posição.
- Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga.
- Alternar os locais da fixação e trocar a fita adesiva a cada 24 horas.
- Manter o ponto distal de drenagem do coletor de urina suspenso, ou seja, sem que este encoste no solo.
- Realizar higiene íntima com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos duas vezes ao dia.
- Perguntar ao paciente se este apresenta alergia a látex, Clorexidina e/ou fita adesiva (micropore ou esparadrapo).

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer nº 006/2015.
- **Sondagem/cateterismo Vesical de Demora, de Alívio e Intermitente no Domicílio.** Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/parecer%2006-2015.pdf>>. Acesso em 05 out 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017.** Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/resolucoes>>. Acesso em 05 out 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097>. Acesso em 5 out 2020.

- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740 Deise Duarte Santos Sousa COREN/SP 250.719	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/SP 246362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230997	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 27 Cateterismo Vesical de Alívio

1. Definição

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

2. Objetivo

Colher material para exame. Esvaziar a bexiga em caso de retenção urinária.

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro

5. Material

- EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção e luva estéril)
- Biombo
- Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antissepsia, cuba, redonda gazes esterilizadas e campo fenestrado)
- Sonda uretral de alívio
- Lidocaína gel 2%
- Gaze estéril se necessário
- Clorexidina degermante Solução 2% e ou aquoso 1%
- Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão)

6. Descrição do procedimento

Paciente do sexo feminino

1. Explicar o procedimento a paciente e posicioná-la confortavelmente;
2. Lavar as mãos (POP 42) e calçar luvas de procedimento;
3. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados e afastados, os pés sobre o leito;
4. Realizar a higiene íntima;

5. Lavar as mãos novamente (POP 42);
6. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível. Calçar as luvas estéreis (POP 75);
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 antissepsia da região perineal com clorexidina 2% e gaze estéril com movimentos únicos. Colocar campo fenestrado;
9. Evitar contaminar a superfície da sonda;
10. Realizar o esvaziamento total da bexiga ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial;
11. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir;
12. Secar a área, tornar o paciente confortável;
13. Lavar as mãos (POP 42);
14. Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;
15. Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
16. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

Paciente do sexo masculino

- 1 Explicar o procedimento ao paciente e posiciona-lo confortavelmente;
- 2 Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
- 3 Colocar o paciente em posição dorsal com as pernas estendida;
- 4 Realizar a higiene íntima;
- 5 Lavar as mãos novamente;
- 6 Abrir o pacote de cateterismo usando técnica asséptica;
- 7 Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula;
- 8 Colocar dentro do campo do cateterismo sonda vesical de alívio, gazes e seringa;
- 9 Calçar luvas estéreis (POP 75);
- 10 Solicitar auxílio para preencher a seringa com 10 ml de xylocaín;
- 11 Pegar, com o auxílio da pinça, gaze embebida em solução antisséptica;
- 12 Limpar primeiramente a região púbica, no sentido transversal, com movimento único e firme, desprezando a gaze para cada movimento. Usar gazes para segurar o pênis, perpendicular ao corpo, e limpar, no sentido longitudinal, de cima para baixo, do lado mais distante ao mais próximo, sempre utilizando uma gaze para cada movimento;

- 13 Limpar o corpo do pênis;
- 14 Segurar o pênis do paciente, perpendicular ao corpo, puxar o prepúcio para baixo, de modo a expor a glândula. Limpar a glândula com movimentos circulares, começando a partir do meato;
- 15 Limpar o orifício da uretra;
- 16 Colocar o campo fenestrado;
- 17 Injetar 10 ml de xylocaína no meato;
- 18 Introduzir delicadamente o cateter no interior do meato uretral e observar se há uma boa drenagem urinária;
- 19 Depois de esvaziar a bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial remover delicadamente o cateter;
- 20 Após a sondagem vesical, o prepúcio deve ser recolocado sobre a glândula, pois sua posição retraída pode vir a causar edema;
- 21 Posicionar o paciente confortavelmente;
- 22 Lavar as mãos (POP 42);
- 23 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 24 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente.
- Escolher sonda que sejam adequadas ao diâmetro da uretra do paciente.

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer nº 006/2015. **Sondagem/cateterismo Vesical de Demora, de Alívio e Intermitente no Domicílio.** Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/parecer%2006-2015.pdf> . Acesso em 05 out 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=242097>. Acesso em 5 out 2020

- POTTER P. A.; PERRY A. G.; **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- PUPULIM J. S.L.; SAWADA N. O., Privacidade Física Referente à Exposição e Manipulação Corporal: Percepção de Pacientes Hospitalizados. **Revista Texto Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 36-44.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Bexiga Urinária: Cateterismo Intermitente**. Projeto Diretrizes. Brasília: ABM; CFM, 2008. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/12-Bexiga.pdf. Acesso em: < 26 dez 2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Cateterismo Vesical Intermitente. Disponível em: http://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2016/11/Recomenda%C3%A7%C3%B5es_Cateterismo-Vesical-SBU-2016_final.pdf> . Acesso em 26 nov 2019.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740 Deise Duarte Santos Sousa COREN/SP 250.719	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/SP 246362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230997	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 28 Cauterização Umbilical

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente/acompanhante, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 2 Reunir o material;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);
- 4 Encaminhar o bebê junto com a mãe ou responsável para um local privativo;
- 5 Calçar as luvas de procedimento;
- 6 Realizar limpeza da cicatriz umbilical, com haste de algodão embebida em álcool a 70%;
- 7 Proteger a pele ao redor da cicatriz umbilical com óleo;

- 8 Abrir a cicatriz umbilical, a fim de visualizar o granuloma;
- 9 Aproximar o bastão de nitrato de prata sobre o granuloma da cicatriz umbilical e aplicar por alguns segundos até ocorrer leve mudança na coloração. Trocar de região até passar por todo o coto umbilical;
- 10 Proteger o coto com uma gaze sem fixar, cobrir com a fralda;
- 11 Orientar a mãe ou responsável para realizar as trocas das fraldas normalmente e após o banho realizar a higienização do coto com álcool a 70%, sempre observando se o mesmo mantém-se seco;
- 12 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 13 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);
- 14 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 15 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Reavaliar diariamente e fazer aplicação uma vez ao dia até cicatrização completa por até três dias.
- Sempre observar presença de sinais flogísticos no local (hiperemia, calor, dor, secreção). Em caso de qualquer alteração, solicitar avaliação do enfermeiro imediatamente.

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/resolucoes>>. Acesso em 05 out 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097>. Acesso em 5 out 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.

- PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÁS. Secretaria Municipal de Saúde.
Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde. Goiás, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde.
Protocolo Clínico de Saúde da Criança. 1ª ed. Londrina, 2006.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Tienne de Almeida A. Rampazzo COREN/SP 213.414 Marisa Ferreira G. Machado COREN/SP 45.813	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Tienne de Almeida A. Rampazzo COREN/SP 213.414 Marisa Ferreira G. Machado COREN/SP 45.813	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Tienne de Almeida A. Rampazzo COREN/SP 213.414	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 29 Coleta de Citologia Oncótica (Papanicolaou)

1. Definição

O exame de prevenção pela técnica de Papanicolaou ou citologia oncótica, consiste na coleta e análise de material celular da cérvix uterina para o rastreamento do câncer de colo uterino e de suas lesões precursoras, antes mesmo do aparecimento dos sintomas. É um exame bastante aceito pela comunidade científica e de relevância para a Saúde Pública, por ser de baixo custo e fácil realização.

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Presença de sangramento vaginal expressivo e/ou menstruação; Relação sexual nas últimas 48 horas. Paciente virgem, a coleta deverá ser realizada por profissional médico.

4. Executante

Enfermeiro

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar a paciente pelo nome completo e pedir para que a mesma identifique-se, dizendo o seu próprio nome. Apresentar-se a paciente, recepcionando-a no local onde será feita a coleta;
- 2 Realizar anamnese e registrar em prontuário (DUM, data última coleta, idade, antecedentes pessoais e obstétricos, queixas, dentre outros);
- 3 Orientar a paciente quanto ao procedimento, apresentando os materiais que serão utilizados;
- 4 Preencher formulário de solicitação do exame;
- 5 Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite (iniciais do nome, FF e código do CS), colocando-a na mesa auxiliar, para receber o material coletado;
- 6 Oferecer camisola/avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando que retire toda a roupa, vista o avental com a abertura para frente e esvazie a bexiga;
- 7 Higienizar as mãos (POP 42);
- 8 Solicitar à paciente que se deite sobre a mesa ginecológica, cobrindo-a com o lençol;
- 9 Expor as mamas e realizar exame clínico das mamas, sempre explicando o procedimento;
- 10 Em seguida auxiliar a paciente a se posicionar na mesa ginecológica adequadamente, para a coleta do exame citopatológico;
- 11 Colocar os EPI's;
- 12 Realizar inspeção dos órgãos genitais externos (observar: integridade do clitóris, meato uretral, grandes e pequenos lábios vaginais, presença de lesões anogenitais), anotando qualquer alteração como lesões esbranquiçadas ou hiperocrômicas, nódulos, verrugas e/ou feridas, lesões, pólipos, leucorréias;
- 13 Escolher o espéculo adequado (vide observações);
- 14 Introduzir o espéculo, na posição vertical, ligeiramente inclinado (15°), fazendo uma rotação de 90° mantendo-o em posição transversa de modo que a fenda do espéculo fique na posição horizontal;
- 15 Abrir o espéculo lentamente e com delicadeza;
- 16 Se ao visualizar o colo uterino houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça Cheron, sem esfregar, para não perder a qualidade da amostra;

Coleta Ectocervical

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

Coleta Endocervical

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

Fixação do Material coletado

- 1 Fixar o esfregaço imediatamente após a coleta, garantindo a manutenção das características originais das células, preservando-as do dessecação (fixação inadequada) que impossibilita a leitura do exame;
- 2 Possíveis formas de fixação da lâmina:

Polietilenoglicol (mais recomendada): Pingar 3 ou 4 gotas da solução fixadora sobre o material, que deverá ser completamente coberto pelo líquido. Deixar secar ao ar livre, em posição horizontal, até a formação de uma película leitosa e opaca na sua superfície.

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

Propinilglicol: Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20 cm.

Teste de Schiller:

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

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

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

- 1 Fechar o espécuro, retirando-o delicadamente. Colocar em recipiente próprio;
- 2 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 3 Retirar as luvas e auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;
- 4 Informar sobre a possibilidade de discreto sangramento após a coleta com cessação espontânea;
- 5 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 6 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 7 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- A faixa etária prioritária para o rastreamento do Câncer de Colo Uterino: mulheres de 25 a 64 anos. Mulheres em outra faixa etária a coleta do Exame de Citopatologia fica a critério clínico.
- Na faixa etária de 25 – 64 anos, a coleta do Exame de Citopatologia para rastreamento do Câncer Uterino deve ser feita com a seguinte periodicidade: os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de um ano e, se os resultados forem normais, o próximo exame deve ser feito a cada três anos (Ministério da Saúde, 2016).
- Os serviços de saúde que realizam a coleta de citologia oncológica com acesso à colposcopia e biópsia o teste de Schiller perde sua importância.
- Caso a visualização do colo não seja possível solicitar que a paciente tussa ou faça pequena força com o períneo.
- Não coletar de mulheres menstruadas: aguardar o 5º dia após término da menstruação.
- Não usar creme vaginal, ducha vaginal, ou ter relação sexual ou submeter-se a exames intravaginais (ex. ultrassom) dois dias antes do exame.
- Em mulheres idosas, com vagina ressecada recomenda-se molhar o espécuro com solução salina (SF 0,9%). Não lubrificar o espécuro com solução oleosa.
- Em paciente gestante ou com suspeita de gravidez realizar apenas coleta de material ectocervical.
- Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento.

- Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível. EXCEÇÃO: Se histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso (lesão precursora – controles cito/ colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais; câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual).
- Na requisição do exame, informar sempre a indicação da histerectomia (lesão tratada).
- Os procedimentos de acondicionamento, conferência, preenchimento de lâminas, preenchimento de guia de remessa e envio ao Laboratório de Citologia podem ser realizados pelos Técnicos/ Auxiliares de Enfermagem, tendo os seguintes cuidados:
 - a) As lâminas devem ser acondicionadas em local próprio e adequado para o transporte (caixa plástica).
 - b) Conferir cada lâmina com o formulário de solicitação do exame;
 - c) Preencher a relação de remessa na mesma sequência das lâminas e das requisições;
 - d) Enviar as lâminas ao Laboratório de Citologia conforme rotina do serviço;

Tamanho do espécúlo:

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

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica nº 13.** Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama. DF: Brasília, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017.** Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/resolucoes>>. Acesso em 05 out 2020.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=242097>. Acesso em 5 out 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 381**. Normatiza a Execução, pelo Enfermeiro, da Coleta de Material para Colpocitologia Oncótica pelo Método de Papanicolaou. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3812011_7447.html> Acesso em: 06 out 2020.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS: Secretaria de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para a Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. DF: Brasília, 2016.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Priscilla Brandão B. Pegoraro COREN/SP 184.203 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740 Edméia Ap. Nunes Duft COREN/SP 52.754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/SP 246362 Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Tienne de Almeida Antonio Rampazzo COREN/SP 213.414	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Tienne de Almeida Antonio Rampazzo COREN/SP 213.414	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 30 Coleta de Citologia Hormonal Única

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não se aplica.

4. Executante

Enfermeiro

5. Material

- Luvas de procedimento
- Máscara cirúrgica
- Álcool a 70%
- Lâminas
- Cotonetes
- Frasco porta-lâminas de plástico
- Lápis
- Caixa térmica
- Requisição de exame
- Livro de registro de exames

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e acolher o paciente e responsável com atenção;
- 2 Receber a guia de requisição de exames;
- 3 Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida e com letra legível, contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão do SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, exames solicitados, identificação do profissional (nome, número do registro e carimbo);
- 4 Identificar as lâminas com iniciais do nome e número do prontuário a lápis;
- 5 Identificar o frasco porta-lâmina com nome do paciente, número do prontuário e

nome da unidade;

- 6 Orientar paciente e responsável quanto à coleta, posicionando a paciente na maca com auxílio do responsável;
- 7 Realizar a coleta de secreção vaginal, em introito vaginal com cotonete;
- 8 Realizar esfregaço da secreção, em duas lâminas, em forma de Z e três esfregaços paralelos nos lados não fosco, acondicionando-as em frasco porta-lâminas preenchidos com álcool à 70%;
- 9 Orientar a responsável sobre o resultado do exame e retorno à consulta médica;
- 10 Registrar em livro de controle o número do prontuário, nome do paciente, data da coleta, nome do médico solicitante;
- 11 Acondicionar os frascos identificados em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

7. Observações

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

8. Referências Bibliográficas

- **Caderno de Coleta de Exames Laboratoriais.** Secretaria Municipal da Saúde São Paulo, 2006. Disponível em: <
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1930> Acesso em 12 nov 2019.
- **Manual de Exames Laboratoriais.** Instituto de Patologia Clínica. Campinas, 2010.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Ednilce F. Jesus Santos COREN/SP 050086 Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242835	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Ednilce F. Jesus Santos COREN/SP 050086 Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242835	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Ednilce F. Jesus Santos COREN/SP 050086 Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242835	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 31 Coleta de Exames Laboratoriais nas Unidades de Saúde

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Distúrbios de coagulação

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem

5. Material

- EPIs (luvas de procedimento, óculos de proteção, avental, máscara cirúrgica)
- Tubos para coleta de sangue à vácuo
- Agulha descartável
- Seringa descartável
- Sistema a vácuo: suporte, tubo e agulha descartável
- Kit estéril para urocultura
- Kit não estéril para Urina I
- Frasco para exame protoparasitológico de fezes
- Frasco para coleta de Urina 24 h
- Caixa térmica azul com gelo reciclável congelado (para urina, fezes, baciloscopia, biópsias e outros exames. Cada tipo de material em uma caixa separada e devidamente identificada na parte externa)
- Caixa vermelha sem gelo reciclável para hemoderivados que deverão ser separados em estantes pela cor da tampa
- Gelo reciclável
- Caixa para descarte de material perfurocortante
- Livro de registro para controle de exames realizados

Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente pelo nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos. Solicitar documento com foto e conferir com o nome constante no exame;
- 2 Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 3 Separar a guia de requisição de exames;
- 4 Verificar quais exames foram solicitados e se contém, quando necessário, os demais documentos anexados (SADT, SINAN, Filipeta);
- 5 Solicitar ao paciente que assine o Termo de Consentimento para realização dos exames;
- 6 Verificar se os dados estão completos e igualmente descritos em todos os documentos, com letra legível respeitando os espaços dos quadrados do formulário, contendo os dados: nome completo do paciente (sem abreviaturas), sexo, data de nascimento, matrícula, dados completos do solicitante (nome, categoria profissional, número do conselho de classe, assinatura e carimbo), número do cartão SUS e data da solicitação do exame. Se for gestante, assinalar o campo gestante do formulário;
- 7 Confirmar com o paciente se este encontra-se com o tempo de jejum adequado e demais preparos para os exames solicitados (vide Manual do Laboratório Municipal);
- 8 Questionar sobre os medicamentos de uso contínuo do usuário, orientando-o a ingeri-los/administrá-los após a coleta de sangue, evitando sempre que possível ultrapassar o horário de costume;
- 9 Identificar o(s) frasco(s) dos exames entregues pelo usuário (fezes e urina), com as etiquetas, de acordo com o tipo de exame. Checar se os frascos estão bem vedados e colocar nas respectivas caixas térmicas, as quais deverão estar com gelo reciclável congelado na quantidade padronizada (vide versão atualizada do Manual de Coleta do Laboratório Municipal de Campinas) e devidamente fechada;
- 10 Identificar a guia de requisição com a etiqueta controle;
- 11 Registrar em livro-controle: data da coleta, dados do paciente e discriminar os exames solicitados, colocando o número da etiqueta controle;
- 12 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame;
- 13 Fornecer etiqueta com número do exame para controle;

- 14 Encaminhar o paciente à sala de coleta, quando necessário, de acordo com exames solicitados;
- 15 Deixar a guia de exames juntamente com as etiquetas e os tubos separados para proceder a coleta de sangue, de modo que o usuário não fique de posse desse material;

Na sala de coleta:

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

- 12 Aguardar o total preenchimento do tubo para depois colocar o próximo e é essencial obedecer à sequência dos tubos preconizada pela CLSI (*Clinical and Laboratory Standards Institute*): 1º tubo de tampa azul- (Citrato / para Unidades autorizadas), 2º tubo de tampa amarela e/ou vermelha com Gel Ativador, 3º tubo de tampa roxa (EDTA) e por último, 4º tubo de tampa cinza (fluoreto de sódio/EDTA/ K2 ou K3);
- 13 Homogeneizar por inversão suavemente todos os tubos no mínimo oito vezes, inclusive o de tampa amarela e/ou vermelha. Uma inversão é contada após virar o tubo para baixo e retorná-lo à posição inicial;
- 14 Retirar a agulha da veia acionando, imediatamente, o dispositivo de segurança da agulha, e colocando uma gaze ou algodão sobre o local e pedir para o paciente pressionar o local sem dobrar o braço;
- 15 Descartar a agulha em caixa própria para resíduos perfurocortantes; separar o adaptador de agulha (canhão) para posterior higienização e desinfecção;
- 16 Após a coleta dos exames na presença do usuário, etiquetar os tubos corretamente;
- 17 Mostrar ao usuário submetido ao exame e/ou seu responsável os tubos etiquetados buscando a confirmação de que todas as amostras de sangue estão corretamente identificadas;
- 18 Realizar novamente a checagem e separação das guias de solicitação de exames e acondicionar em local que garanta sua integridade;
- 19 Encaminhar ao Laboratório Municipal as guias de exames em malote próprio e os materiais coletados separados em caixas térmicas contendo gelo reciclável e acondicionados adequadamente;
- 20 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);
- 21 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 22 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

6. Observação

- Não entregar para o usuário os tubos e/ou o pedido de exame enquanto ele aguarda ser chamado na sala de coleta.
- Recomenda-se um fluxo único para o procedimento de coleta e não dividido por equipes de referência.
- Recomenda-se arquivar as guias de solicitação de exames na Unidade, evitando assim que o usuário rasure a mesma.

- Deve-se identificar o nome do funcionário que efetuou cada coleta ou que recebeu amostras, mantendo-se o registro na unidade de forma a garantir a rastreabilidade, conforme a RDC nº 302 de 13/10/2005.
- Orienta-se a registrar em livro de coleta quando o paciente trazer a guia de exames em mãos, vinda de outro serviço (Policlínicas, Hospital Mario Gatti, etc).
- Para os usuários incapacitados de realizar coleta espontânea de urina, deve-se realizar Cateterismo Vesical de Alívio (POP 27).
- Para coleta de cada exame e orientar o paciente quando este for realizar coleta em residência ver descrição do procedimento no Manual de Coleta de Exames Laboratoriais. Campinas/SP - 2012, do Laboratório Municipal de Patologia Clínica de Campinas.
- Exames de DST/AIDS deverão ser realizados de acordo com a Portaria nº 77 MS/GM 12/01/2012.
- Exames de Microbiologia: as amostras para exames de: A fresco de Secreção vaginal – Grupo 13, Culturas em Geral (úlceras, Secreções de ferida, ocular e orofaringe) – Grupo 15 e Cultura de fezes – Grupo 16, DEVEM SER ARMAZENADAS E TRANSPORTADAS AO LABORATÓRIO EM MALOTE SEM GELO, A TEMPERATURA AMBIENTE.
- RDC 302 (item 6.1.7): “A amostra deve ser identificada no momento da coleta ou da sua entrega quando coletada pelo paciente”. O descarte das etiquetas da cartela não utilizadas é de responsabilidade do profissional da coleta.
- Atenção: usar 01 adaptador de agulha por paciente a cada dia, realizando a desinfecção posteriormente.

7. Referência Bibliográfica

- BRASIL. Portaria nº77 MS/GM de 12/01/2012. Disponível em;<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html>.
Acesso em: 12 nov 2019. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 14 out 2005.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Coleta de Exames Laboratoriais**. Disponível em: <
[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/unidades/laboratorio/Manual de Coleta de Exames.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/unidades/laboratorio/Manual%20de%20Coleta%20de%20Exames.pdf)>. Acesso em 12 nov 2019. Campinas, 2012.

- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem:** Assistência de Enfermagem. Campinas, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Caderno de Coleta de Exames Laboratoriais.** São Paulo, 2006.
- LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Fluxograma para coleta de sangue, 2015**

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Tienne de Almeida A. Rampazzo COREN/SP 213.414	27/12/2013
11/01/2016	02	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Cristiane Giacomelli da Costa COREN/SP: 165.390 Débora Tresoldi Cerri COREN/SP 90271 Marcio Vieira Carvalho COREN/SP 127.548 Cláudia Zímaro C. Caiola CRF/SP 14.289	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Michelle F. L. Gardini CRF/SP 68891 Laboratório Municipal de Campinas	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 32 Coleta para verificação do Tempo de Protrombina (punção digital)

1. Definição

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

2. Objetivo

Monitoramento de RNI em pacientes recebendo tratamento com varfarina como alternativa ao monitoramento laboratorial convencional, em especial para o tratamento da fibrilação atrial crônica.

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

- Luva
- Gaze
- Lanceta
- Tiras testes
- Aparelho de análise de coagulação humana

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente e confirmar documento de identidade, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 2 Reunir o material apropriado para a técnica a ser realizada;
- 3 Colar a etiqueta no pedido laboratorial;
- 4 Higienizar as mãos (POP 42);

- 5 Ligar o aparelho e seguir as instruções do fabricante;
- 6 Posicionar o paciente na cadeira e avaliar o dedo que se encontra em melhor condição para a punção capilar (sem lesões e com melhor perfusão periférica);
- 7 Calçar as luvas de procedimento;
- 8 Realizar a antisepsia da região lateral do dedo escolhido, aguardando a total evaporação do álcool;
- 9 Introduzir a tira teste no aparelho e seguir as instruções do fabricante;
- 10 Realizar a punção digital com lanceta e pressionar o dedo a fim de obter uma gota de sangue volumosa e depositá-la no local indicado na fita;
- 11 Desprezar a lanceta no perfurocortante;
- 12 Orientar o paciente a pressionar o dedo com gaze por alguns instantes até parar o sangramento;
- 13 Aguardar a análise do aparelho e anotar o resultado no impresso disponível; desprezar a tira teste no perfurocortante;
- 14 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);
- 15 Informar o resultado ao paciente;
- 16 Registrar o resultado no pedido do exame e no livro de controle interno. Anotar o horário, assinar e carimbar;
- 17 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- As temperaturas elevadas do ambiente influenciam na sensibilidade do aparelho.
- Sempre que for utilizado um novo frasco, colocar o novo chip que acompanha as tiras. A utilização do chip de código trocado pode produzir resultados incorretos.
- Manter o aparelho numa superfície horizontal, plana ou segurá-lo na posição horizontal. O frasco recipiente das tiras devem permanecer sempre fechado.
- O local de inserção da fita no aparelho deve ser limpo com álcool 70°. Carregar o aparelho após o uso para manter a bateria na próxima utilização.
- Realizar o teste controle semanalmente conforme orientação do fabricante.

8. Referências Bibliográficas

- Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC. **Coaguchek XS no Monitoramento do INR em Pacientes recebendo tratamento com varfarina.** Disponível em: <www.saude.gov.br/sctie> Acesso em 12 nov 2019. Brasília, 2012.

- RAMOS, F. S; HOLGADO, J. S, et al. **Protocolo de Anticoagulación Oral**. Disponível em: <

https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/Protocolo_Anticoagulacion%20Oral.pdf>

Acesso em: 12 nov 2019. Castilla-La Mancha, 2007.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Priscila P. Marques COREN/SP 245050 Valéria Cristina J. Figueiredo COREN/SP 61341	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Priscila P. Marques COREN/SP 245050 Valéria Cristina J. Figueiredo COREN/SP 61341	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Juliana A. L. Shikasho COREN/SP 245718 Luciana S. S. Gonçalves COREN/SP 72141 Rosimeire T. T. Furlan COREN/SP 32487 Valéria Cristina Jodjahn Figueiredo COREN/ SP 61341	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450

POP 33 Coleta de PKU

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, auxiliares/ técnicos de Enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Reunir o material;
- 2 Higienizar as mãos (POP 42);
- 3 Apresentar-se ao responsável/família e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 4 Preencher os formulários, livros de registros e cartão de coleta, checando todas as informações com a família;
- 5 Calçar as luvas de procedimento;
- 6 Solicitar ao responsável que permaneça em pé e segure a criança na posição vertical;
- 7 Massagear suavemente o calcanhar da criança para ativar a circulação;

- 8 Realizar antissepsia no local;
- 9 Secar o excesso de álcool, evitando que haja diluição da amostra e hemólise;
- 10 Segurar o pé e o tornozelo da criança, envolvendo com o dedo indicador e o polegar, todo o calcanhar;
- 11 Puncionar, com movimento firme e contínuo, uma das laterais da região plantar do calcanhar;
- 12 Desprezar a primeira gota, evitando a interferência de outros fluidos teciduais nos resultados;
- 13 Encostar o verso do papel filtro na nova gota que se formar na região demarcada para a coleta e fazer movimentos circulares com o papel, até o preenchimento de todo o círculo;
- 14 Deixar o sangue fluir naturalmente e de maneira homogênea no papel;
- 15 Repetir o procedimento até preencher todos os círculos;
- 16 Colocar a criança deitada, após a coleta, e comprimir levemente o local da punção com algodão ou gaze;
- 17 Colocar a amostra para secar, em temperatura ambiente, na posição horizontal, por cerca de 3 horas;
- 18 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado.
- 19 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);
- 20 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 21 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Não há necessidade de jejum da criança.
- Não preencher os espaços vazios dos círculos com pequenas gotas de sangue para completar a área total, pois proporciona sobreposição do sangue e interfere nos resultados.
- Caso necessário, faça uma nova punção para obter a gota adequada, que deverá ser próximo da primeira, nunca no mesmo local, utilizando nova lanceta.
- Não expor as amostras ao sol para evitar o ressecamento.
- Após secar, as amostras devem ser acondicionadas em um único envelope, e estes colocados dentro de caixa térmica com gelox e enviar ao laboratório.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 822**. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html>.
Acesso em: 12 nov 2019. Brasília, 2001.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em:
<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=242097>. Acesso em 5 out 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção Básica**. 2ª Ed. São Paulo, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Disponível em:
< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal.pdf>
Acesso em: 12 nov 2019. Brasília, 2002.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740.	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740.	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740.	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450

POP 34 Colocação de Colar Cervical

1. Definição

Imobilização da coluna cervical de uma vítima de trauma e manutenção da tração e do alinhamento da cabeça e pescoço.

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Resistência ao movimento. Espasmos dos músculos do pescoço. Aumento da dor. Comprometimento da via aérea ou da ventilação.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Colar cervical de tamanhos variados e/ou ajustáveis.

6. Descrição do procedimento

- 1 Explicar o procedimento ao paciente caso este esteja consciente e solicitar que não mova a cabeça e nem o pescoço;
- 2 **Primeiro socorrista:** fazer a estabilização manual da cabeça e do pescoço da vítima em posição alinhada neutra; utilizar ambas as mãos, colocando o 2º ao 5º dedo e palmas da mão sob a região occipital e cada um dos polegares na região temporomandibular. Manter ligeira tração cefálica e o alinhamento da coluna cervical, eixo nariz, umbigo, pés;
- 3 **Segundo socorrista:** retirar suavemente, roupas e adereços do pescoço e orelhas, para que esses não interfiram na colocação do colar cervical. Medir a distância entre a mandíbula e uma linha imaginária na base do pescoço (músculo trapézio) com uma das mãos, em posição transversal e avaliar o número de dedos que cabe nesse espaço, para determinar o tamanho do colar. Utilizar a medida feita com os dedos na lateral do colar (considerando apenas o plástico rígido e não a parte de espuma), para a seleção do tamanho adequado ou para fazer a regulagem nos colares ajustáveis;

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

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

7. Observação

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

8. Referência Bibliográfica

- PHTLS/NAEMT. **Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado**. Tradução Renata Acavone ET al. – 7ªed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Deise Duarte S. Sousa COREN/SP 250.719 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740 Edméia Ap. Nunes Duft COREN/SP 52.754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Deise Duarte S. Sousa COREN/SP 250.719 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740 Edméia Ap. Nunes Duft COREN/SP 52.754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Deise Duarte S. Sousa COREN/SP 250.719 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740 Edméia Ap. Nunes Duft COREN/SP 52.754	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450

POP 35 Colocação do Dispositivo para Incontinência Urinária

1. Definição

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

2. Objetivo

Conforto e controle da diurese em pacientes incontinentes ou inconscientes.

3. Contraindicação

Alergia ao látex.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Reunir o material;
- 2 Chamar a paciente, confirmar o nome, e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);
- 4 Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- 5 Preparar os materiais, cortando a fita hipoalergênica previamente (1 tira de 20cm);
- 6 Paramentar-se com os EPI;
- 7 Realizar a tricotomia dos pêlos pubianos se necessário;
- 8 Realizar higiene íntima, secando o pênis;

- 9 Colocar o dispositivo como um preservativo, deixando um espaço livre na ponta do pênis;
- 10 Enrolar a fita hipoalergênica, metade sobre o dispositivo e metade sobre a pele para garantir a fixação;
- 11 Conectar o coletor ao dispositivo;
- 12 Recolher o material utilizado;
- 13 Retirar o EPI e higienizar as mãos (POP 42);
- 14 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 15 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Trocar o dispositivo diariamente.
- Realizar a higiene do pênis e do dispositivo, com água e sabão e secar muito bem.
- Se possível, retirar o dispositivo durante a noite, dando preferência ao uso de fralda.
- Observar frequentemente: garroteamento, fixação, vazamentos e lesões decorrentes do trauma pela fita hipoalergênica.
- Suspender o uso se apresentar lesões ou edema no pênis. Aguardar restabelecimento da pele.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Prático do Cuidador**. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2ª ed. Brasília, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=242097>. Acesso em 5 out 2020.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual para Cuidadores Informais de Idosos**. Campinas, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Débora Tresoldi Cerri COREN/SP 90.271 Flavio Ventura dos Santos COREN/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Débora Tresoldi Cerri COREN/SP 90.271 Flavio Ventura dos Santos COREN/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230997 Natalia Panonto Correia COREN/SP 283180	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450

POP 36 Contenção Mecânica

1. Definição

É uma técnica de contenção física, com finalidade terapêutica, que utiliza dispositivos manuais para restringir os movimentos físicos do paciente no leito, em consequência de alterações psíquicas e comportamentais.

2. Objetivo

Evitar danos à integridade física do paciente, da equipe e de outras pessoas ao redor, com indicação restrita aos quadros psicopatológicos que coloquem em risco a vida do paciente e/ou das pessoas ao redor.

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Conjunto de faixas específicas para contenção física
- Lençol
- Algodão Ortopédico

6. Descrição do procedimento

- 1 É necessário que um dos membros coordene as ações, explicando o procedimento ao paciente e orientando a equipe;
- 2 Iniciar a aplicação sempre pelo membro que apresenta maior risco de ser solto pelo paciente - dos MMSS pelos punhos e dos MMII pelos tornozelos, protegendo com algodão ortopédico e mantendo a faixa dobrada;
- 3 Abrir a faixa, juntar as pontas e passá-las pelo lado oposto da faixa com os punhos/tornozelos no meio, amarrando na lateral da cama;

- 4 Proceder a contenção do tórax passando a faixa própria pela linha média mamilar e sem atingir a região do diafragma. Em caso de mulheres, utilizar a região inframamária colocando a faixa embaixo das mamas devolvendo-as à posição original;
- 5 Colocar os dedos médio e indicador entre a faixa e o tórax, avaliando se há compressão excessiva. Se os dedos entrarem com dificuldade deve-se relaxar a tração e se entrarem com muita facilidade deve-se ajustá-la. A faixa não pode ser colocada sob as costas e passada por debaixo das axilas e tracionada para cima (em mochila);
- 6 Proceder a contenção dos tornozelos envolvendo-os e fixando a faixa na lateral do leito;
- 7 Reavaliar o paciente continuamente mantendo a elevação da cabeça do paciente, perfusão sanguínea, edema e pulsos periféricos dos quatro membros, avaliando se há presença de lesões cutâneas, expansão da caixa torácica, nível de consciência e estado psíquico, verificando sinais vitais antes e após a administração de fármacos e outros cuidados gerais;
- 8 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 9 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).
- 10 Avaliar continuamente a necessidade de manter a contenção.

7. Observação

- A contenção mecânica deve ter o envolvimento da equipe multidisciplinar para que a decisão de a realizar faça parte de um projeto terapêutico baseado clinicamente, não o realizando com finalidade punitiva ou intimidadora.
- Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro.
- Deve-se iniciar a retirada das faixas de contenção a partir do membro inferior não dominante e cerca de um minuto após, retira-se a faixa do membro superior do lado contrário, aguardando novamente um minuto até a liberação de um outro membro.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 427/2012.** Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html> Acesso em 12 nov 2019. Brasília, 2012.

- MARCOLAN, J. F. **A contenção Física do Paciente: Uma Abordagem Terapêutica.** São Paulo. 2004.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740. Marina Akemi Shinya Fuzita COREN/SP 242.841	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740. Marina Akemi Shinya Fuzita COREN/SP 242.841	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450

POP 37 Desbridamento Instrumental Conservador

1. Definição

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

2. Objetivo

Promover a limpeza da ferida, deixando-a em condições adequadas para cicatrizar. Reduzir o conteúdo bacteriano, impedindo à proliferação dos mesmos e, também, preparar a ferida para intervenção cirúrgica (ex. enxerto e cicatrização por terceira intenção).

3. Contraindicação

Paciente em fase terminal. Necrose no calcanhar de pacientes com insuficiência vascular. Necrose seca em membros com insuficiência vascular. Pacientes em terapia anticoagulante e distúrbios hemorrágicos (contra-indicação relativa).

4. Executante

Enfermeiro capacitado.

5. Material

- EPI (luvas de procedimento, avental, óculos de proteção, máscara cirúrgica)
- Mesa auxiliar ou bandeja
- Bacia/cuba, se necessário
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly
- Cabo e lâmina de bisturi
- Tesoura curva (se necessário)
- Pacote de gazes esterilizadas
- Solução fisiológica 0,9% (morno ou temperatura ambiente)
- Agulha 25x12 ou 40x12
- Luvas de procedimento e/ou estéril

- Equipamento de proteção individual
- Produtos/ cobertura padronizados selecionados

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar paciente confirmando o nome e apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 2 Reunir material necessário para o procedimento;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);
- 4 Paramentar-se com os EPI's;
- 5 Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- 6 Observar o curativo anterior antes da remoção;
- 7 Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada da fita adesiva hipoalergênica e desprendimento da cobertura;
- 8 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;
- 9 Se necessário proceder à limpeza, nas áreas próximas da ferida e pele peri-ferida com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze;
- 10 Retirar luvas e higienizar as mãos (POP 42);
- 11 Abrir o pacote utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
- 12 Calçar luvas de procedimento ou estéreis;
- 13 Acoplar a seringa de 20 ml na agulha 25X12 ou 40X12;
- 14 Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%;
- 15 Secar a pele periférica com gaze;
- 16 Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico (com autorização do paciente), semanal/quinzenal;
- 17 Tracionar com a pinça dente de rato o tecido não viável, próximo à borda, em seguida corta-se paralelamente ao leito, removendo o tecido como uma tampa. Outra opção é realizar a técnica de escarotomia que consiste na realização de incisões quadriculadas de aproximadamente 2 a 5 mm de profundidade, favorecendo a escarectomia;
- 18 Realizar o curativo utilizando produtos/coberturas indicadas;
- 19 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 20 Retirar as luvas de procedimento/estéreis;
- 21 Higienizar as mãos (POP 42);

- 22 Agendar retorno de acordo com a necessidade;
- 23 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 24 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

Desbridamento métodos:

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

Classificação quanto ao mecanismo de ação:

- **Autolítico:** refere-se à lise natural da necrose pelos leucócitos e enzimas digestivas do próprio corpo, que entraram em contato no leito da ferida, durante a fase inflamatória (ex: hidrogel, hidrocoloide, etc).
- **Químico:** são substâncias enzimáticas exógenas e são seletivas, porém se o tecido viável estiver presente pode ser levemente dolorido (ex: papaína gel).
- **Biológico:** são utilizadas larvas de moscas que secretam coquetel de enzimas proteolíticas que liquefazem a necrose e facilita a limpeza da ferida. Desbridamento seletivo.
- **Mecânico:** Consiste na remoção dos tecidos mortos ou de corpos estranhos do leito da ferida com a utilização de força física (ex: fricção, úmido seco, irrigação com SF 0,9 %). Esse é um método não seletivo.
- **Instrumental conservador:** este método é realizado com a utilização de objetos cortantes, tais como tesoura, lâminas de bisturi e outros instrumentais necessários dependendo da agressividade do procedimento, e pode variar desde a retirada de calosidades até grandes excisões (Atenção: o plano de fáscia é o limite do enfermeiro). Os enfermeiros devem ser qualificados para realizar a técnica.
- A escolha do método deve considerar as condições clínicas do paciente, a urgência do tratamento (infecção, sepse, osteomielite), o tipo de tecido necrosado e a habilidade e competência do profissional.
- As situações clínicas citadas NAS CONTRAINDICAÇÕES são consideradas exceções para a prática, porém se houver instalação de processo infeccioso, essas orientações não se aplicam e o desbridamento deve ser implementado.
- Na presença de sangramento ou reação de sensibilidade à dor avaliar a continuidade do procedimento.
- Avaliar os casos de pacientes em uso de antiplaquetários ou anticoagulantes.

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=242097>. Acesso em 5 out 2020.
- JORGE S. A; DANTAS S. R. P. E. **Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas**. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte: Atheneu, 2003.
- SANTOS, J. B. D; PORTO, S. G; SUZUKI, L. M.; SOSTIZZO, L. Z; ANTONIAZZI, J. L. Hospital das Clínicas de Porto Alegre. **Avaliação e Tratamento de Feridas: Orientações aos profissionais de saúde**. Porto Alegre, 2011.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP. **Manual de Processos de Trabalho da EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS E ESTOMAS**. Disponível em: < <https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/emptfe.pdf> >. Acesso em: 12 nov 2019. 2ª ed. Campinas, 2011.
- SOBEST. **Guia De Boas Práticas: Preparo Do Leito Da Lesão e Desbridamento**. Disponível em: <https://82721500-4ad7-4e03-84fb-41a0aefba7a4.filesusr.com/ugd/78b27d_565938ac508a40f68e6ebad03ad65cfa.pdf> Acesso em 08 out 2020. São Paulo, 2017.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Shirley Ruriko da Silveira COREN/SP 44822-SP Regina Grimaldi de Oliveira COREN/SP 68635 Cíntia Mastrocola Soubhia COREN/SP 30609 Flavio Ventura Edson Eden de Oliveira COREN/SP 24259 Mariana Charantola Silva COREN/SP 154624	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Shirley Ruriko da Silveira COREN/SP 44822-SP Regina Grimaldi de Oliveira COREN/SP 68635 Cíntia Mastrocola Soubhia COREN/SP 30609 Flavio Ventura Edson Eden de Oliveira COREN/SP 24259 Mariana Charantola Silva COREN/SP 154624	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP: 230997 Regina Grimaldi de Oliveira COREN/SP 68635 Cíntia Mastrocola Soubhia COREN/SP 30609	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450

POP 38 Exame de Espirometria

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

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

4. Executante

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

5. Material

- Álcool 70%
- EPI (Avental descartável, máscara N95, luvas de procedimento)
- Gazes
- Bocal descartável
- Clips nasal
- Papel toalha
- Medicação broncodilatadora (prescrição médica)
- Caneta azul
- Lápis comum
- Papel sulfite A4
- Balança calibrada

- Esfigmomanômetro e estetoscópio
- Computador com programação específica para o exame
- Impressora
- Espirômetro
- Filtro descartável para função pulmonar
- Seringa calibradora

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando e explicando o procedimento que será realizado;
- 2 Conferir se a guia de requisição está preenchida com letra legível contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, exames solicitados, identificação do profissional (nome, número do registro e carimbo);
- 3 Verificar se as orientações do preparo para exame foram seguidas;
- 4 Solicitar a presença de um acompanhante;
- 5 Preparar e calibrar o espirômetro (computador), conferir os parâmetros conforme normas técnicas (SBPT);
- 6 Mensurar dados antropométricos;
- 7 Higienizar as mãos (POP 42);
- 8 Calçar luvas de procedimento, avental descartável, máscara N95, e outros EPIs necessários;
- 9 Preparar e orientar os pacientes, verificando se há contraindicações;
- 10 Manter paciente sentado de 5 a 10 minutos, pedir que respire através do tubo contendo o bocal conectado ao espirômetro;
- 11 Colocar presilha de borracha no nariz, respiração pela boca e tenha que passar pelo aparelho;
- 12 Pedir que o paciente respire tranquilamente por algum tempo;
- 13 Encher o pulmão de ar completamente e assoprar com máxima de força e rapidez possível depois lentamente;
- 14 Aplicar a medicação broncodilatadora spray (prescrição medica), aguardar 20 minutos em repouso;
- 15 Repetir o exame novamente;
- 16 Orientar o paciente a higienizar a cavidade oral pós uso da medicação broncodilatadora;

- 17 Entregar o resultado do exame em duas vias para o paciente;
- 18 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 19 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);
- 20 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 21 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- O paciente deve estar em repouso por 5 a 10 minutos antes do exame.
- Não é necessário jejum.
- Não ingerir chás, cafés, ou bebidas alcóolicas 6 horas antes do início do exame
- Suspender por 4 horas o uso do broncodilatadores de ação rápida (Sabutamol) e por 10 horas de ação prolongada (Tiotropio).
- Não fumar nas 2 horas que antecedem o exame.

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=242097>. Acesso em 5 out 2020.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TIRIOLOGIA. **Espirômetros: Requisitos** Rio de Janeiro, 1996: pp. 1-9.
- JARDIM, J. R. B; ROMALDINI, H; RATTO, O. R. **Proposta para Unificação dos Termos e Símbolos Pneumológicos no Brasil**. J Pneumol 1983: PP 9:45-51.
- PEREIRA, C. A. C, NEDER, J. A. Sociedade de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) **Diretrizes para Testes de Função Pulmonar**. J Pneumol. 2002; 28(3): S1 –S 238.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Eunice de Souza COREN/SP 57.076 Mônica de Azevedo Lacerda COREN/SP 0366530 Ana Carolina F. Moreira COREN/SP 323.329 Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242835	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Eunice de Souza COREN/SP 57.076 Mônica de Azevedo Lacerda COREN/SP 0366530 Ana Carolina F. Moreira COREN/SP 323.329 Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242835	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242835	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450

POP 39 Exame Clínico das Mamas

1. Definição

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

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar a paciente e pedir para que a mesma confirme seu nome.
- 2 Apresentar-se a paciente, recepcionando-a no local onde será feita o exame.
- 3 Reunir o material;
- 4 Higienizar as mãos (POP 45);
- 5 Realizar anamnese e registrar em prontuário;
- 6 Oferecer camisola/avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando-a que retire a parte superior da roupa e coloque a camisola com a abertura para frente;
- 7 Solicitar à paciente que sente na maca;
- 8 Realizar a inspeção estática das mamas, observando lesões, alterações na pele, retrações, edemas e abaulamentos;

- 9 Realizar a inspeção dinâmica das mamas: Solicitar à paciente que abra os braços paralelos ao corpo e levante até a cabeça, e com as mãos na cintura contraia a musculatura peitoral;
- 10 Realizar palpação dos linfonodos axilares e supraclaviculares ainda com a paciente sentada.
- 11 Solicitar à paciente que deite na maca e coloque os braços atrás da cabeça;
- 12 Observar o acrômio BREAST (em inglês):
B - massa na mama (*breast mass*),
R - retração (*retraction*),
E - edema (*edema*),
A - linfonodos axilares (*axillary nodes*),
S - ferida no mamilo (*scaly nipple*) e
T - sensibilidade na mama (*tender breast*);
- 13 Realizar palpação das mamas, uma de cada vez;
- 14 Utilizar as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos para examinar todo o tecido mamário de forma circular da área distal para proximal do mamilo;
- 15 Cada quadrante deve ser examinado com três níveis de pressão: leve, médio e profundo;
- 16 A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não pressionada (comprimida) a menos que haja descarga papilar espontânea;
- 17 Auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;
- 18 Orientar a paciente sobre os achados e solicitar exame complementar se necessário;
- 19 Higienizar as mãos (POP 45);
- 20 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, Resolução COFEN nº 545/2017 e 429/2012 (POP 13);
- 21 Registrar o procedimento, conforme sistemas vigentes
- 22 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 59).

7. Observação

- Em caso de mulheres mastectomizadas a palpação deve ser realizada na parede do tórax, pele e incisão cirúrgica;

- Em caso de descarga papilar presente, independente do aspecto, proceder à coleta da secreção em uma lâmina, identificando a mama coletada. Preencher impresso específico para coleta de secreção papilar. Encaminhar ao laboratório e anotar procedimento no prontuário;
- O exame clínico das mamas deve ser feito sempre que houver alguma queixa relacionada às mamas;
- Em caso de alterações/achados durante o exame clínico das mamas é necessário a solicitação de exames complementares;

8. Referências Bibliográficas

- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Disponível em: <www.campinas.sp.gov.br/saude>. Acesso em: 18 nov 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=242097>. Acesso em 5 out 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Saúde da Mulher**. Disponível em: <www.campinas.sp.gov.br/saude>. Acesso em: 12 nov 2019. Campinas, 2017.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 13. **Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama**. Brasília, 2006.
- BARROS, S. M. O. de **Enfermagem Obstétrica E Ginecológica: Um Guia Para A Prática Assistencial**. São Paulo: Rocca, 2002.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Priscilla Brandão B. Pegoraro COREN/SP 184.203 Débora Tresoldi Cerri COREN/SP 90.271 Edméia Ap. Nunes Duft COREN/SP 52.754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Tienne de Almeida Antonio Rampazzo COREN/SP 213.414	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181450

POP 40 Realização de Eletrocardiograma

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando-se ao paciente e explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 2 Checar a prescrição/solicitação;
- 3 Reunir o material;

- 4 Higienizar as mãos (POP 42);
- 5 Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- 6 Checar o funcionamento do eletrocardiógrafo, verificando a integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente e conectado à rede de energia. Atentar para orientações do fabricante);
- 7 Solicitar a retirada e/ou retirar objetos metálicos e/ou eletrônicos;
- 8 Solicitar e/ou posicionar o paciente em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacente, relaxados, Certificando-se que o paciente não esteja em contato com alguma parte metálica no leito;
- 9 Solicitar e/ou expor tornozelos, punhos e tórax;
- 10 Cobrir o paciente, com o auxílio do lençol, para que o mesmo não fique totalmente exposto;
- 11 Inserir papel milimetrado no local indicado;
- 12 Ligar o aparelho e iniciar o ECG, seguindo as orientações do fabricante;
- 13 Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado;
- 14 Efetuar a remoção de gordura, com algodão/gaze embebido em álcool a 70%, das faces internas dos punhos e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);
- 15 Instalar/colocar eletrodos em membros superiores e membros inferiores, (conforme orientação do fabricante), para obtenção dos registros das derivações monopolares e bipolares, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:
Cabo vermelho (RA) em membro superior direito;
Cabo amarelo (LA) em membro superior esquerdo;
Cabo preto (RL) em membro inferior direito;
Cabo verde (LL) em membro inferior esquerdo.
- 16 Colocar os eletrodos de sucção (preferencialmente), ou eletrodos descartáveis no tórax, para obtenção dos registros das derivações precordiais, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:
Cabo vermelho (V1) em 4º espaço intercostal, à direita do esterno;
Cabo amarelo (V2) em 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno;
Cabo verde (V3) em 5º espaço intercostal, diagonalmente entre V2 e V4;
Cabo marrom (V4) em 5º espaço intercostal, na linha média claviclar;
Cabo preto (V5) em 5º espaço intercostal, na linha axilar anterior;
Cabo roxo (V6) em 5º espaço intercostal, na linha axilar média.

- 17 Verificar, no aparelho, as luzes de alerta para: pilha/bateria, memória, saturação, ruído, eletrodo solto, filtro, ganho, velocidade, modo de operação, up/down, calibração e derivações e, caneta e haste de plotagem. Corrigir problemas que forem detectados;
- 18 Iniciar o exame;
- 19 Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
- 20 Aguardar o sinal sonoro, que indica o término da aquisição dos potenciais elétricos;
- 21 Retirar todos os eletrodos cardioclip (braçadeira);
- 22 Realizar limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores;
- 23 Retirar e/ou destacar folha do ECG;
- 24 Identificar o ECG com: nome completo do paciente, idade, data de nascimento, data e hora da realização, carimbo e assinatura do profissional, nome da instituição;
- 25 Desligar o aparelho, desconectando os cabos do paciente;
- 26 Auxiliar o paciente a levantar da maca, se necessário;
- 27 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 28 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 29 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 30 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

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

- É possível alteração na disposição das derivações precordiais quando as mesmas estiverem voltadas para a direita (V1R, V2R, V3R, V4R, V5R, V6R) e com derivações posteriores à esquerda (V7, V8, V9, V10, V11, V12). Nos referidos casos, deve-se identificar as novas derivações no ECG;
- Em situações nas quais os eletrodos cardioclip (braçadeiras) não possam ser utilizados nos membros devido a amputações, imobilizações e/ou traumas, devem ser utilizados eletrodos descartáveis nas porções proximais dos membros;
- Em crianças, dependendo da idade, devemos utilizar eletrodos descartáveis nos membros, em substituição ao eletrodo cardioclip (braçadeiras);

8. Referências Bibliográficas

- SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- VASCONCELOS, C. C. C. S. **Eletrocardiograma**. Natal, 2010.
- FISCHBACH, F. T. **Manual De Enfermagem: Exames Laboratoriais E Diagnósticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- SOUZA, L. P; LIMA, M. G. Atuação Do Enfermeiro Na Realização e Interpretação do Eletrocardiograma (ECG) Em Unidade De Terapia Intensiva (UTI). **UNINGÁ** n.37, p.173-194, 2013. Disponível em:
- <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131122_175052.pdf>. Acesso em 11 Set 2018.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Elton Pallone de Oliveira COREN/SP 156.486 Cristiane da Rocha Ferreira Dias COREN/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN-SP 72.902
11/01/2016	02	Priscila de Paula Marques COREN-SP 245050 Valeria Cristina Jodjahn Figueiredo COREN-SP 61341	Rosana Aparecida Garcia COREN-SP 72.902
10/02/2020	03	Priscila de Paula Marques COREN-SP 245050 Valeria Cristina Jodjahn Figueiredo COREN-SP 61341 Grasiela Nogueira COREN-SP Paula Valéria Domingues Magri COREN/ SP 180960	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181450

POP 41 Equipamento de Proteção Individual

1. Definição

Obrigatoriedade de uso dos Equipamentos de Proteção Individual nas Unidades de Saúde.

2. Objetivo

Garantir a saúde e a proteção do servidor, minimizando e/ou evitando consequências negativas em casos de acidentes de trabalho. O EPI também é usado para garantir que o profissional não será exposto a doenças ocupacionais, que podem comprometer a capacidade de trabalho e de vida durante e depois da fase ativa de trabalho.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Descrição

- 1 Utilizar em todos os locais/ situações de trabalho que possuam riscos ambientais capazes de causar danos à saúde dos servidores e/ou nas áreas identificadas por aviso;
- 2 A Prefeitura Municipal de Campinas deverá fornecer os EPI's gratuitamente aos seus servidores cuja atividade exija a sua utilização, sendo obrigatório o uso nas circunstâncias ou situações de trabalho definidas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA;
- 3 Os EPI's, por questão de organização e higiene, devem ser de uso individual, ou seja, cada servidor deve possuir o seu;
- 4 Os servidores poderão solicitar informação/ treinamento específico sobre EPI quando necessário;
- 5 O servidor deverá ser responsabilizado pela conservação e guarda dos EPI's distribuídos, no caso de dano, perda ou extravio dos mesmos, o servidor deverá receber outro em substituição;
- 6 A recusa, por parte do servidor, da utilização de qualquer EPI estabelecido pela Prefeitura, o sujeitará as sanções legais;

7 Medidas de controle a serem adotadas:

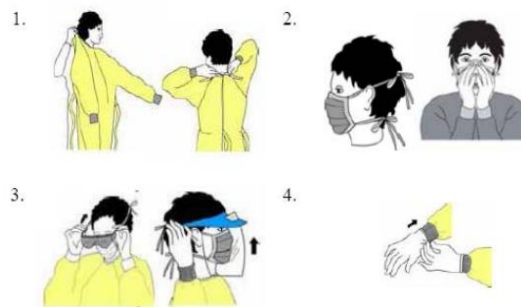
- Os Equipamentos de Proteção Individual devem ser utilizados durante todo o período em que a atividade realizada ofereça risco a segurança e saúde do servidor, não podendo levá-los para a residência e tão pouco a trabalhos realizados fora do expediente que não sejam a serviço da Prefeitura Municipal de Campinas.

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL											
Atividade realizada/ EPI	Óculos de proteção	Máscara Cirúrgica descartável	Máscara N95 / PFF2	Luva térmica	Luva para proteção contra agentes químicos	Luva de procedimento (látex ou vinil)	Touca descartável	Bota em EVA ou PVC	Avental plástico	Avental descartável manga longa	Japona térmica
Vacina	X										
Expurgo / Lavagem de materiais	X	X			X	X	X	X	X		
Preparo e acondiciona/to. área limpa	X *	X				X	X				
Pequenas cirurgias	X	X				X Luva estéril	X			X	
Autoclave				X							
Assistência a pacientes com Tuberculose, Varicela (Catapora) e Herpes Zoster, Sarampo e Influenza.			X			X					
Limpeza da Unidade (uso de produtos domissanitários)					X			X			
Motorista material de coleta						X				X	
Atividades na câmara fria								X			X

EPI	OBJETIVO	MODELO
Avental descartável, manga longa	Proteger de respingos e contato com materiais biológicos tais como sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.	
Avental plástico	Proteger parte frontal do usuário contra riscos químicos, biológicos e físicos.	
Bota em PVC ou EVA	Proteger os membros inferiores contra umidade e produtos químicos.	
Luva de procedimento descartável (látex, vinil e/ou nitrílica)	Proteger as mãos contra riscos biológicos e químicos. Obrigatório quando houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, como mucosas ou áreas da pele não íntegra, ferimentos, escaras e feridas cirúrgicas, procedimentos ginecológicos, etc.. As luvas estéreis estão indicadas para procedimentos invasivos e assépticos.	
Luva em borracha nitrílica	Proteger as mãos do usuário contra riscos químicos.	
Luva térmica em silicone	Proteger as mãos do usuário contra agentes térmicos – temperatura até 250 C°.	
Máscara cirúrgica descartável	Proteger o servidor da Saúde de infecções por inalação de gotículas transmitidas à curta distância e pela projeção de sangue ou outros fluidos corpóreos que possam atingir suas vias respiratórias; minimizar a contaminação do ambiente com secreções respiratórias geradas pelo próprio servidor ou pelo paciente em condição de transporte.	
Respirador semifacial PFF2 / N95	Proteger as vias respiratórias para evitar contaminação por agentes biológicos e químicos. Deve ser usada na assistência a pacientes em Precauções Aéreas, ou seja, sempre que houver possibilidade de contato com partículas suspensas no ar ($\leq 5\mu\text{m}$), das seguintes doenças: Tuberculose, Varicela (Catapora) e Herpes Zoster, Sarampo e Influenza. (aerossóis)	
Óculos de segurança lente incolor	Proteger durante procedimentos que haja a possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos, sendo indicados também durante a manipulação de produtos químicos em atividades no expurgo e desinfecção de materiais.	
Touca descartável	Proteger o servidor contra exposição a fluidos infectantes; prevenir de contaminação dos cabelos dos funcionários (no expurgo) e a queda dos cabelos no preparo de produtos para a saúde (no preparo, esterilização e arsenal).	

8 Sequência de paramentação dos EPI's:

- 1 – Avental
- 2 – Máscara
- 3 – Óculos
- 4 – Luvas



9 Retirada correta dos EPI's:

- 1 – Luvas
- 2 – Óculos
- 3 – Máscara
- 4 – Avental



10 Orientação higienização e conservação dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI's:

- Caso o EPI seja lavável, prefira sempre realizar a lavagem com sabão neutro;
- Esteja atento para EPI's que devem ser higienizados com produtos específicos;
- Seque os EPI's na sombra, pois eles podem ser danificados quando expostos ao sol;
- Tome cuidado para não derrubar o EPI durante a higienização, pois isso pode comprometer sua integridade;
- Assim que utilizar o EPI, guarde-o corretamente em local seguro e livre de fatores potencialmente prejudiciais ao material do equipamento — como calor ou umidade;
- Nunca guarde o EPI molhado ou úmido, pois ele pode criar mofo ou outras bactérias;
- Não utilize os calçados de segurança sem meias;
- Se o EPI foi descartável sempre faça o descarte em um local adequado.

11 Reutilização e guarda do respirador PFF2 / N95:

- As PFF podem ser reutilizadas pela mesma pessoa enquanto estiverem em bom estado, isto é, com vedação aceitável, tirantes elásticos íntegros e não estiverem sujas ou contaminadas por fluidos corpóreos.
- Para a guarda recomenda-se colocá-la em embalagem individual não hermética, de forma a permitir a saída da umidade (por exemplo, embalagem plástica perfurada). Não é recomendável o uso de embalagem de papel ou de outro material que absorva umidade ou sirva de substrato para a proliferação do patógeno.

12 Como colocar máscara cirúrgica descartável e PFF2 / N95:

Máscara cirúrgica descartável

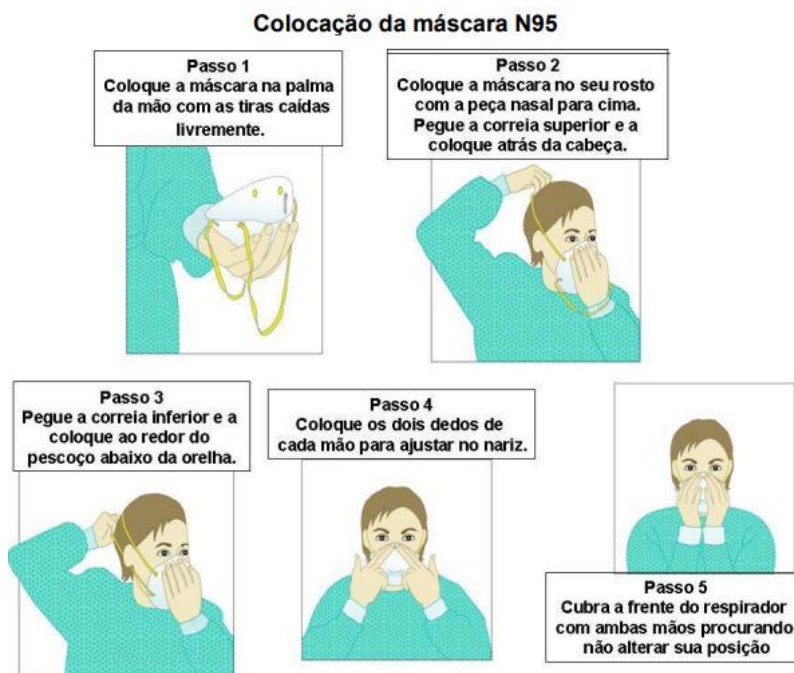
Colocar sobre o nariz, boca e queixo;

Adaptar a peça flexível sobre o nariz;

Amarrar logo acima das orelhas e na nuca;



Respirador descartável PFF2/ N95



6. Referências Bibliográficas

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cartilha de proteção respiratória contra agentes biológicos para trabalhadores de saúde.** Brasília/DF; ANVISA; 1^a ed.; 2009. 95 p. tab, ilus. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=327062&_101_type=document>. Acesso em: 6 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 6 – Equipamento de proteção individual.** Disponível em: <https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-06.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.** Disponível em: <https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-32.pdf> . Acesso em: 6 jan. 2020.
- BRASIL. **RESOLUÇÃO – RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html>. Acesso em: 6 jan. 2020.
- TRAMONTINI, Cibele Cristina et al. **Composição da fumaça produzida pelo bisturi elétrico: revisão integrativa da literatura.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 144-153, Feb. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100144&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Nov. 2019.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
06/01/2020	01	Gustavo de Freitas Correa Liliana Vala Zoldan	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN 181.450

POP 42 Higienização simples das mãos

1. Definição

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

2. Objetivo

Remover a sujeira e outros resíduos, reduzir a microbiota transitória e prevenir a transmissão de microorganismos patogênicos.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;
- 2 Retirar adornos;
- 3 Arregaçar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário;
- 4 Posicionar-se em frente a pia, sem encostar-se à mesma;
- 5 Abrir a torneira;
- 6 Molhar as mãos;
- 7 Fechar a torneira;
- 8 Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido neutro para cobrir toda superfície das mãos;
- 9 Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos:
 - palma contra palma;
 - palma direita sobre dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos;
 - palma esquerda sobre o dorso da mão direita, entrelaçando os dedos;

- palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais;
- parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai e vem;
- rotação dos polegares direito e esquerdo;
- friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;
- esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;

10 Abrir a torneira;

11 Enxaguar as mãos no sentido dos dedos para os punhos;

12 Enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;

13 Fecha a torneira com auxílio do mesmo papel toalha que enxugou as mãos e desprezã-lo na lixeira de resíduos comuns.

7. Observação

- Segundo a NR32 não se deve usar adornos no local de trabalho.
- Os cinco momentos para a higienização das mãos são: antes de contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente, após contato com as áreas próximas ao paciente.
- Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais.
- Evite espirrar, pois os microrganismos disseminam-se com maior facilidade em superfícies úmidas.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo para prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. Elaborado pela Equipe técnica da ANVISA. Brasília, 2013.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- STACCIARINI T.S.G., **Procedimentos operacionais padrão em enfermagem**. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Portaria nº 485 de 11 de novembro de 2005. Norma Regulamentadora nº 32 (NR32)**: Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. ANEXO I, artigo 32.2.4.5 b, 2005.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740 Leonora Adissi Cordeiro COREN/SP 280.535	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740 Leonora Adissi Cordeiro COREN/SP 280.535	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN 181.450

POP 43 Higienização Pré-Operatória das Mãos

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

Utiliza-se a mesma técnica para a lavagem das mãos simples, substituindo-se o sabão por uma solução degermante (POP 42).

- 1 Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;
- 2 Retirar adornos;
- 3 Arregaçar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário;
- 4 Posicionar-se em frente a pia, sem encostar-se à mesma;
- 5 Abrir a torneira;
- 6 Molhar as mãos, antebraços e cotovelos;
- 7 Recolher com as mãos em concha, a solução antisséptica e espalhar nas mãos, antebraços e cotovelos. No caso de usar escova impregnada com antisséptico, pressionar a parte da esponja contra a pele e espalhar por todas as partes;

- 8 Friccionar ou escovar, com a escova estéril, as mãos, antebraços e cotovelos, por 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos;
- 9 Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador (espátula);
- 10 Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, retirando todo o resíduo do produto usado;
- 11 Manter as mãos em um nível mais alto que os cotovelos;
- 12 Fechar a torneira com o cotovelo, se a torneira não for fotossensível;
- 13 Enxugar as mãos e antebraços com compressa estéril, iniciando pelas mãos e seguindo por antebraço e cotovelo;
- 14 Colocar a compressa estéril em local apropriado.

7. Observação

- Segundo a NR32 não se deve usar adornos no local de trabalho.
- Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais.
- A degermação das mãos deve ser sempre realizada antes de procedimentos cirúrgicos ou invasivos.
- Antes de iniciar a degermação das mãos e antebraços, colocar a touca, a máscara cirúrgica e os óculos de proteção.
- Evitar o uso de água muito quente ou muito fria na lavagem das mãos para evitar ressecamento da pele.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM nº 529, de 01 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde**. MINISTERIO DA SAÚDE / ANVISA / FIOCRUZ, 2013.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Manual de procedimentos de enfermagem**. COREN DF. Distrito Federal, 2012.
- SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer 14/2010**. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos, São Paulo, 2010
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Higienização das Mãos**. Brasília/DF, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Portaria nº 485 de 11 de novembro de 2005. Norma Regulamentadora nº 32 (NR32): Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde**. ANEXO I, artigo 32.2.4.5 b, 2005.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740 Leonora Adissi Cordeiro COREN/SP 280.535	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740 Leonora Adissi Cordeiro COREN/SP 280.535	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181450

POP 44 Lavagem Gástrica

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Ingestão de substância corrosiva.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do 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 Checar a prescrição;
- 3 Reunir o material;

- 4 Higienizar as mãos (POP 42);
- 5 Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- 6 Paramentar-se com o EPI;
- 7 Proceder à técnica de Sondagem nasogástrica, se o paciente não estiver sondado (POP 62);
- 8 Se estiver com sonda, conectar o equipo da solução na sonda nasogástrica e infundir lentamente;
- 9 Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com cabeça fletida, diminuindo a passagem do conteúdo gástrico para o duodeno durante a lavagem gástrica;
- 10 Administrar volumes fracionados de SF 0,9% conforme prescrição médica, permitindo retorno do líquido infundido. Repetir o procedimento até que o líquido instilado retorne claro e não se observe resíduos;
- 11 Retirar a sonda e recolher o material;
- 12 Após a sondagem oferecer gargarejo para limpar a boca;
- 13 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 14 Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- 15 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 16 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 17 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

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

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Brasil, 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasil, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de**
- **Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Tienne de Almeida A. Rampazzo COREN/SP 213.414 Edméia Aparecida N. Duft COREN/SP 52754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Tienne de Almeida A. Rampazzo COREN/SP 213.414 Edméia Aparecida N. Duft COREN/SP 52754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230997 Natália Panonto Correia COREN/SP 283180	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181450

POP 45 Lavagem Intestinal

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem

5. Material

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

6. Descrição do 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 Checar a prescrição;
- 3 Reunir o material;
- 4 Higienizar as mãos (POP 42);
- 5 Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- 6 Aquecer a solução prescrita a 37° e conectar o equipo macrogotas e a sonda retal;
- 7 Paramentar-se com os EPIs;
- 8 Posicionar o paciente em DLE, se possível, com MIE estendido e MID fletido;
- 9 Lubrificar a sonda retal com a própria solução a ser administrada ou utilize xylocaina 2%;
- 10 Introduzir a sonda retal lentamente no ânus, cerca de 5 a 7 cm nas crianças e 10 a 13 cm nos adultos;
- 11 Infundir a solução de acordo com a prescrição médica;
- 12 Após o término da infusão, retirar a sonda e comprimir as nádegas;
- 13 Oferecer a comadre, colocar fralda descartável ou encaminhar o paciente ao vaso sanitário, conforme condições clínicas;
- 14 Deixar o paciente confortável;
- 15 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 16 Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- 17 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 18 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 19 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

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

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atendimento domiciliar**: Protocolo de assistência de enfermagem. Campinas/SP, 2014.
- SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer nº 032/2010**. Lavagem Intestinal, 2010.
- POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Flavio Ventura dos Santos COREN/SP 224.222 Cristiane da Rocha Ferreira Dias COREN/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Flavio Ventura dos Santos COREN/SP 224.222 Cristiane da Rocha Ferreira Dias COREN/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230997 Natália Panonto Correia COREN/SP 283180	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181450

POP 46 Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Materiais

1. Definição

Remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas, redução da carga microbiana presente nos produtos para saúde, utilizando água, detergentes, produtos e acessórios de limpeza, por meio de ação mecânica (manual ou automatizada), atuando em superfícies internas (lúmen) e externas, de forma a tornar o produto seguro para manuseio do profissional, adequadamente limpo e preparado para desinfecção e ou esterilização, conforme especificidade dos artigos, garantindo a eficácia do processamento.

2. Objetivo

Diminuir carga microbiana dos artigos através da remoção de biofilmes e endotoxinas. Remover resíduos orgânicos e inorgânicos para que os mesmos não comprometam a integridade dos artigos e nem a eficácia do processamento, tornando-se barreira física que impeça a ação do agente desinfetante e esterilizante.

3. Contraindicação

Não há.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material (por sala)

Expurgo: Descontaminação prévia/Limpeza:

- EPIs: gorro, máscara, óculos de proteção, luvas de borracha, avental impermeável, sapato fechado impermeável, antiderrapante, protetor auricular se necessário
- Recipientes plásticos de cor opaca com tampa
- Seringa de 20 ml
- Jarra medidora 1litro
- Detergente enzimático
- Panos limpos e macios e/ou toalhas descartáveis que não soltem resíduos, preferencialmente de cor clara
- Escovas de cerdas duras, finas e acessórios de limpeza não abrasivos não liberem partículas, ou cerdas
- Álcool 70%

- Protetor auditivo se necessário
- Detergente neutro próprio para limpeza de produtos para saúde (proibido uso de detergente doméstico)

Preparo e esterilização de materiais

- EPIs: Luvas de procedimento, máscara cirúrgica, gorro, sapato fechado impermeável, antiderrapante, protetor auricular se necessário
- Embalagem: Papel grau cirúrgico
- Tesouras
- Panos limpos e macios e/ou toalhas descartáveis que não soltem resíduos e de cor clara
- Álcool 70%
- Detergente neutro próprio para limpeza de produtos para saúde (proibido uso de detergente doméstico)
- Caixas plásticas com tampa
- Máquina seladora
- Pacote desafio tipo BOWIE & DICK
- Pacote desafio com indicador biológico e integrador químico classe 5, ampolas com indicador biológico para controle
- Pacote desafio com integrador químico classe 5 (liberador de carga)
- Incubadora para indicador biológico
- Caneta adequada para registro no papel grau cirúrgico
- Etiquetas
- Livro de registro para monitoramento do processo de esterilização contendo o resultado dos testes (BOWIE & DICK, indicador biológico e integrador químico) e impressos da autoclave com os parâmetros de cada ciclo (tempo, temperatura e pressão) e da incubadora
- Instrumento para controle dos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão) da autoclave (na falta da impressão da autoclave)
- Local para armazenamento (armários, recipientes com tampas, estantes)

Desinfecção de materiais termossensíveis

- EPIs: luvas de borracha, máscara (compatível com a toxicidade do germicida), óculos de proteção, gorro, avental impermeável, sapato fechado impermeável antiderrapante, protetor auricular se necessário;
- Recipiente plástico de cor opaca e com tampa para solução química;
- Recipientes plásticos com tampa para armazenamento e transporte de materiais;
- Embalagens plásticas;
- Detergente enzimático;
- Seringa de 20 ml;
- Jarra medidora 1litro;
- Instrumento para controle dos parâmetros físicos/ químicos da solução e tempo de imersão;
- Solução química desinfetante (Ex:Hipoclorito de sódio 1%, Dióxido de cloro 7%, Ácido Peracético, álcool 70%);
- Toalhas descartáveis que não soltem resíduos
- Escovas de cerdas duras, finas e acessórios de limpeza não abrasivos que não liberem partículas, ou cerdas;
- Detergente neutro próprio para limpeza de produtos para saúde (proibido uso de detergente doméstico);
- Fita adesiva para identificação dos recipientes com soluções (conter: nome do produto, data do preparo, validade da solução, nome do profissional e COREN).
- Seladora.

6. Descrição do procedimento

Expurgo – Área Suja: Descontaminação Prévia/Limpeza:

- 1 Higienizar as mãos (POP 42);
- 2 Colocar os EPIs, proporcionando barreira física entre o profissional e os fluídos corporais e matéria orgânica;
- 3 Separar os artigos que serão processados, desmontar peças que apresentam articulações, encaixes ou conexões;
- 4 Remover o excesso de matéria orgânica visivelmente presente com auxílio de gaze, pois a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes, tornando o método ineficaz;
- 5 Preparar recipiente com solução contendo detergente enzimático, conforme

- orientação de diluição do fabricante, colocando os materiais em imersão completa, sem sobreposição de material, mantendo o recipiente tampado, durante tempo recomendado pelo fabricante e não excedendo este tempo, para a solução não se tornar substrato para as bactérias, propiciando aumento da contaminação dos artigos;
- 6 Retirar os materiais e desprezar a solução com detergente enzimático, a qual deverá ser utilizada uma única vez;
 - 7 Enxaguar os materiais em água corrente para remoção da solução;
 - 8 Esta etapa deve ser feita com o artigo dentro de uma solução para que não haja dispersão de gotículas no ambiente. O uso do detergente enzimático não substitui a fricção dos artigos;
 - 9 Realizar limpeza manual com auxílio de escova/bucha não abrasiva e detergente, com movimentos de fricção. A presença de ferrugem, crostas, umidade, oxidações, ranhuras comprometem a qualidade do processo de esterilização;
 - 10 Enxaguar novamente até completa remoção dos resíduos;
 - 11 Colocar os materiais sobre uma bancada forrada com toalha descartável, para secagem do material;
 - 12 Secar individualmente cada material com o auxílio de toalha descartável e realizar atenta inspeção a fim de identificar presença de resíduos, ranhuras, oxidações, umidade ou secreções. Caso perceba alguma inadequação do material, este deverá ser separado para novo processo de limpeza ou inutilização;
 - 13 Colocar os materiais secos em recipiente limpo e encaminhar para a sala de preparo e esterilização de materiais;
 - 14 Após o manuseio dos materiais, deixar o ambiente de trabalho em ordem (POP 56): hamper vazio, pia limpa e seca passando álcool 70% em todas as bancadas;
 - 15 Higienizar as caixas plásticas e as lavar as luvas de borrachas;
 - 16 Higienizar as mãos (POP 42).

Área Limpa - Preparo e esterilização de materiais

- 1 Higienizar as mãos (POP 42);
- 2 Preparar o setor para o início das atividades verificando se todos os insumos, testes para monitoramentos químico, físico e biológico, todos os tamanhos de sistema de barreira estéril, livro de registros e soluções estão disponíveis e aptos para uso;

- 3 Realizar limpeza diária da câmara interna da autoclave com solução de detergente neutro e posteriormente umedecidas apenas com água até a remoção total dos resíduos de detergente. Isso aumenta a vida útil do equipamento e evita a obstrução do dreno com resíduos liberadas pelo sistema de barreira estéril;
- 4 Realizar limpeza diária da face externa da autoclave e demais equipamentos observando as orientações dos fabricantes, quanto a limpeza dos mesmos;
- 5 Realizar desinfecção das mesas, bancadas e armários com álcool a 70% antes de iniciar as atividades;
- 6 Higienizar novamente as mãos (POP 42);
- 7 Colocar os EPIs - luvas de procedimento, gorro e máscara;
- 8 Separar os materiais que serão embalados e observar limpeza, integralidade e funcionalidade;
- 9 Montar kits para procedimentos conforme necessidade do serviço;
- 10 Cortar o papel grau cirúrgico de modo que o material fique bem-acondicionado, evitando pacotes muito grandes ou muito pequenos em relação ao material a ser acondicionado, garantindo uma embalagem que não comprometa o processo de esterilização (abertura e manuseio do material sem risco de contaminação). Ao utilizar embalagem dupla garantir que não apresentem dobras internas.
- 11 Selar o pacote de modo que permita sua abertura sem contaminação do material estéril, garantindo que a selagem seja contínua, pois pequenas falhas permitem a entrada de microrganismos;
- 12 Dispor os artigos de modo vertical para facilitar a entrada e circulação do vapor. O acondicionamento adequado dos pacotes dentro da autoclave permite a circulação do ar e do vapor, garantindo que todos os materiais sejam expostos ao agente esterilizante, à temperatura e ao tempo previsto;
- 13 Manter as paredes livres e espaços entre os pacotes, não ultrapassando 70% da capacidade da câmara. Os pacotes dos materiais devem ser dispostos de modo que o lado filme fique em contato com o lado filme do outro pacote;
- 14 Posicionar o Indicador Biológico “pacote desafio” no local com maior dificuldade de circulação do vapor - em cima do dreno e na posição horizontal, no primeiro ciclo, diariamente, atentando para que as paredes da câmara permaneçam livres e também deixar espaço entre os pacotes;
- 15 Ligar autoclave conforme orientações do fabricante e aguardar completar ciclo de esterilização, registrando os parâmetros do ciclo em impresso próprio;
- 16 Observar durante o ciclo de esterilização se temperatura e pressão foi atingida;

- 17 Ao final do ciclo, aguardar o manômetro indicar ausência total de pressão e entreabrir a porta por dez minutos para saída do vapor;
- 18 Quando os pacotes estiverem frios, higienizar as mãos e retirá-los da câmara da autoclave;
- 19 Observar integralidade dos pacotes e presença de umidade, manchas, sujidade, perfurações, rasgos. Caso ocorra alguma alteração, comunicar a enfermeira e reprocessar o material;
- 20 Separar o Teste Biológico “pacote desafio”, colocar na incubadora para realizar leitura conforme orientação do fabricante e registrar em livro controle. Liberar os materiais para uso conforme resultado da leitura do teste. A Incubadora deverá ser ligada 1 hora antes da incubação. As cargas não devem ser liberadas quando houver alteração nos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão), os indicadores químicos presentes no papel grau cirúrgico não corarem indicando que os materiais não foram expostos à esterilização ou o indicador biológico der resultado positivo;
- 21 Identificar os pacotes processados com a data da esterilização, data de validade, ciclo e funcionário responsável. As anotações podem ser feitas na aba de papel de manuseio do material;
- 22 Armazenar em local limpo, seco e arejado os materiais esterilizados, evitando sobrecarga de peso, amassar os pacotes ou amarrar com fitas e elásticos, pois danificam a integridade do papel grau cirúrgico;
- 23 Observar os materiais já estocados quanto a integridade da embalagem e validade da esterilização (7 dias) e se necessário encaminhar para ser reprocessado;
- 24 Manter a sala em ordem (POP 56).

Observações: o primeiro ciclo do dia deverá ser realizado sem carga contendo o teste de Bowie&Dick, seguindo orientações do fabricante. No primeiro ciclo com carga, deverá ser realizado o teste biológico com integrador químico e em todos os demais ciclos, apenas o teste com integrador químico.

Desinfecção de materiais

- 1 Higienizar as mãos (POP 42);
- 2 Colocar os EPIs, proporcionando barreira física entre o profissional, os fluídos corporais, matéria orgânica e não orgânica;
- 3 Preparar o setor para o início das atividades verificando se todos os materiais, acessórios e soluções estão disponíveis e aptos para uso, fazendo higienização e desinfecção das mesas, bancadas, caixas e armários com álcool a 70%;
- 4 Efetuar limpeza dos materiais conforme descrito no item: Expurgo: Área suja;
- 5 Respeitar as barreiras técnicas na ausência de barreira física ao realizar a desinfecção química, cuidando de utilizar entre outras coisas, acessórios de limpeza exclusivos para produtos que serão desinfetados e pia exclusiva para limpeza, para garantir que não tenha contaminação cruzada entre o ambiente sujo e o limpo;
- 6 Secar individualmente cada material com o auxílio de pano limpo e macio ou toalha descartável de cor clara que não liberem fibras, inspecionando a limpeza, do sentido proximal para o distal (controle do processo de limpeza), mantendo desmontadas e desconectadas todas as peças removíveis. Os artigos com lumens devem ser secos com ar sob pressão;
- 7 Escolher o agente desinfetante de acordo com a classificação dos produtos para saúde: artigos semicríticos ou não críticos;
- 8 Observar a compatibilidade dos artigos em relação ao desinfetante e seu tempo de ação: O hipoclorito a 1% é corrosivo com metais, tem ação descolorante, é inativado na presença de matéria orgânica, quando exposto a radiação ultravioleta e ao calor. O álcool 70% deixa opaco o acrílico, resseca alguns plásticos e borrachas e não é recomendado para produtos óticos;

Desinfecção de nível intermediário com hipoclorito a 1%:

- 1 Preparar a solução desinfetante de hipoclorito a 1% em recipiente opaco, com tampa e de uso exclusivo, previamente identificado com o nome da solução;
- 2 Preencher instrumento para controle do processo de desinfecção e rastreamento, o qual deve conter: identificação da solução desinfetante, horário que foi preparada, tempo de validade, assinatura/COREN do profissional que realizou o preparo da solução e o teste de concentração, horário de imersão e retirada dos produtos, itens desinfetados e assinatura/COREN do profissional executor;

- 3 Imergir completamente todas as peças no recipiente contendo solução de hipoclorito a 1%, preenchendo todas as estruturas ocas e lumens com o auxílio de uma seringa de 20 ml. Os materiais leves, que tendem a boiar, devem ser mantidos imersos por meio de estruturas plásticas perfuradas mais pesadas colocadas sobre os itens;
- 4 Retirar os materiais após 30 minutos, cronometrados a partir do último item imerso na solução;
- 5 Enxaguar abundantemente em água potável até a retirada total do agente desinfetante, a presença de resíduos de hipoclorito nos artigos inalatórios pode causar irritação na mucosa respiratória dos pacientes.
- 6 Colocar os artigos sobre pano limpo ou toalha descartável de cor clara que não liberem fibras e secar de forma minuciosa, imediatamente após enxague, inspecionando novamente do sentido proximal para o distal (monitoramento do processo de desinfecção), montar as peças removíveis/ kits e secar os lumens com ar sob pressão;
- 7 Encaminhar os produtos secos para área de preparo em caixa com tampa previamente limpa e desinfetada;
- 8 Embalar os artigos em sacos plásticos atóxicos, selando-os (quando aplicável) e/ou guardá-los em recipiente plástico com tampa previamente limpo, desinfetado e identificados;
- 9 Identificar os materiais desinfetados com o nome do artigo, nome do agente desinfetante, data da desinfecção, data de validade e assinatura e COREN do profissional executor;
- 10 Armazenar os materiais desinfetados em local separados dos esterilizados;
- 11 Desprezar solução de hipoclorito após o vencimento, lavar e secar recipiente e tampa para evitar a criação de biofilme. A solução de hipoclorito de sódio 1% tem validade de 24 horas, porém recomenda-se desprezá-la a cada 12 horas, ou conforme necessidade;

Desinfecção de nível intermediário com Álcool 70%:

- 1 Friccionar os artigos não críticos ou superfícies após a limpeza, com álcool 70% por 30 segundos, aguardando a secagem por evaporação ou passar o álcool em toda superfície do artigo por 3 vezes, aguardando a evaporação total do mesmo em todas elas. O processo de desnaturação proteica dos componentes microbianos ocorre durante a evaporação do álcool 70%;

- 2 Encaminhar os produtos secos para área de preparo em caixa com tampa previamente limpa e desinfetada;
- 3 Embalar os artigos em sacos plásticos atóxicos, selando-os (quando aplicável) e/ou guardar os artigos em recipiente plástico com tampa previamente limpo, desinfetado e identificado;
- 4 Identificar os materiais desinfetados com o nome do artigo, nome do agente desinfetante, data da desinfecção, data de validade, assinatura e COREN do profissional executor;
- 5 Armazenar os materiais desinfetados em local separados dos esterilizados;
- 6 Manter o álcool 70% em recipiente fechado, previamente identificado (almotolia), em local ventilado e fresco, distante de fonte de faísca, por ser volátil e inflamável. Este produto em almotolia tem validade de 7 dias.

Desinfecção de alto nível com dióxido de cloro estabilizado a 7%:

- 1 Preparar a solução desinfetante de dióxido de cloro estabilizado a 7% em recipiente opaco, com tampa e de uso exclusivo, previamente identificado com o nome da solução, diluindo o produto conforme orientação do fabricante (5 ml para cada litro de água);
- 2 Aguardar a homogeneização do produto (10 minutos) e testar a sua concentração com fita dosadora. Esse teste deve ser realizado logo após o preparo e/ou a cada troca de plantão, se necessário. Se houver alteração da concentração deve se desprezar a solução;
- 3 Identificar a data de abertura e data de validade após aberto do frasco de fitas dosadoras, sempre que abrir um novo;
- 4 Preencher instrumento para controle do processo de desinfecção e rastreamento, o qual deve conter: identificação da solução desinfetante, horário que foi preparada, tempo de validade, assinatura/COREN do profissional que realizou o preparo da solução e o teste de concentração, horário de imersão e retirada dos produtos, itens desinfetados e assinatura/COREN do profissional executor;
- 5 Imergir completamente todas as peças no recipiente contendo dióxido de cloro estabilizado a 7%, preenchendo todas as estruturas ocas e lumens com o auxílio de uma seringa de 20 ml. Os materiais leves, que tendem a boiar, devem ser mantidos imersos por meio de estruturas plásticas perfuradas mais pesadas colocadas sobre os itens;

- 6 Retirar os materiais após 15 minutos, cronometrados a partir do último item imerso na solução;
- 7 Enxaguar abundantemente em água potável até a retirada total do agente desinfetante;
- 8 Colocar os artigos sobre pano limpo ou toalha descartável de cor clara que não liberem fibras e secar de forma minuciosa, imediatamente após enxague, inspecionando novamente do sentido proximal para o distal (monitoramento do processo de desinfecção), montar as peças removíveis/ kits e secar os lumens com ar sob pressão;
- 9 Encaminhar os produtos secos para área de preparo em caixa com tampa e previamente limpa e desinfetada;
- 10 Embalar os artigos em sacos plásticos atóxicos, selando-os (quando aplicável) e/ou guardar os artigos em recipiente plástico com tampa previamente limpo, desinfetado e identificado;
- 11 Identificar os materiais desinfetados com o nome do artigo, nome do agente desinfetante, data da desinfecção, data de validade, assinatura e COREN do profissional executor;
- 12 Armazenar os materiais desinfetados em local separados dos esterilizados;
- 13 Desprezar solução de dióxido de cloro ao fim do processo de trabalho, esta solução desinfetante tem validade de 24 horas após a diluição.
- 14 Após processo de desinfecção dos produtos para saúde higienizar e guardar as caixas plásticas para evitar formação de biofilme. Lavar, secar, desinfetar (quando aplicável) e guardar as EPI reutilizáveis (luvas de borrachas, óculos ou protetor facial), guardar os produtos desinfetantes utilizados no processo em local adequado, deixar hamper vazio, pia limpa e seca, friccionar álcool 70% em todas as bancadas, após limpeza;
- 15 Manter a sala em ordem (POP 56).
- 16 Higienizar as mãos (POP 42);

7. Observações

- **Limpeza:** primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterelização, sendo um processo mecânico de remoção de sujidade de artigos e superfícies, mediante o uso da água e detergente neutro ou detergente enzimático.

- **Desinfecção:** processo físico ou químico de destruição de microrganismos, exceto os esporulados, realizada através de água quente ou em ebulição (acima de 60°C). Quando utiliza produtos desinfetantes (hipoclorito de sódio, glutaraldeído, álcool 70%) é chamada desinfecção por meio químico.
- **Esterilização:** processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, não sendo mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.
- Após retirar os pacotes da autoclave não colocar sobre superfícies frias, para evitar a condensação do vapor que ainda resta dentro deles.
- Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água diariamente e controlar seu funcionamento, mantendo caderno de registro dos parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido.
- Ao condicionar os materiais na autoclave, colocar bacias, vidros e cubas sempre com sua abertura voltada para baixo. No momento da embalagem, esses materiais devem ter a abertura voltada para o lado papel do papel grau cirúrgico.
- Não utilizar esponja de aço ou produtos abrasivos, pois danificam o material e facilitam sua corrosão.
- A Comissão de Processamento de Artigos Médico-Odontológicos - S.M.S Campinas, definiu como prazo de validade dos materiais - 07 dias, tendo em vista a diversidade de condições de estocagem.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações gerais para central de esterilização** - Série A normas e manuais técnicos nº 108. Brasília, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/orientacoes_gerais_central_es_terilizacao.html>. Acesso em: 27 dez. 2013.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Manual de normas e rotinas de processamento de artigos e superfícies para a rede municipal de saúde de Florianópolis**. 2008. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.50.39.d685b587076a740_1197dd7a94b058abd.pdf. Acesso em: 13 dez. 2013.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Tienne de Almeida Antonio Rampazzo COREN/SP 213.414 Vera Lúcia Verdu COREN/SP 41.409	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Tienne de Almeida Antonio Rampazzo COREN/SP 213.414 Vera Lúcia Verdu COREN/SP 41.409	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Lilian Cristina Primo COREN 96835 Tienne de Almeida Antonio Rampazzo COREN/SP 213.414	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450

POP 47 Medida da Circunferência Abdominal

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Fita métrica não extensível/ inelástica.

6. Descrição do procedimento

- 1 Reunir o material;
- 2 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;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);
- 4 Solicitar ao paciente que fique em pé, ereto, abdome relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;
- 5 Afastar a roupa do paciente de forma que a região da cintura fique despida;
- 6 Posicionar-se lateralmente ao paciente e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca;
- 7 Segurar o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre o ponto médio localizado;
- 8 Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura; não deve ficar larga, nem apertada;
- 9 Pedir ao paciente que inspire e, em seguida, que expire totalmente;

- 10 Realizar a leitura antes que a pessoa inspire novamente;
- 11 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 12 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 13 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

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

8. Referências bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde**. Brasília/DF, 2011.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas/SP, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Priscilla Bacci Pegoraro COREN/SP 184.203	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Priscilla Bacci Pegoraro COREN/SP 184.203	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398.938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 48 Medida da Circunferência do Quadril

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

6. Descrição do procedimento

- 1 Reunir o material;
- 2 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;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);
- 4 Orientar o paciente a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com mínimo de roupas possível;
- 5 Colocar a fita métrica ao redor do quadril, ao nível das espinhas ilíacas anteriores, sem comprimir a pele, levando em consideração a porção mais volumosa do glúteo;
- 6 Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes;
- 7 Realizar a leitura;
- 8 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 9 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 10 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Referências bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem**: Assistência de Enfermagem. Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas/SP, 2009.
- PORTO, CC. **Exame clínico - Bases para a prática médica**. Guanabara Koogan- 4ª edição; 2000.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Marina Akemi S. Fuzita COREN/SP 242.841	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Marina Akemi S. Fuzita COREN/SP 242.841	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181450

POP 49 Medida de Estatura

1. Definição

Técnica para obtenção da altura dos indivíduos.

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Antropômetro

6. Descrição do procedimento

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

Crianças menores de 2 anos:

- 1 Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços;
- 2 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 totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro; os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro;
- 3 Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam;

- 4 Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;
- 5 Retirar a criança;
- 6 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 7 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 8 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:

- 1 Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento;
- 2 Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;
- 3 Solicitar ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/ parede;
- 4 Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;
- 5 Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;
- 6 Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;
- 7 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 8 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 9 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

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

8. Referências bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde**. Brasília/DF, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.

- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas/SP, 2009.
- PORTO, CC. **Exame clínico - Bases para a prática médica**. Guanabara Koogan - 4ª edição; 2000.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Marina Akemi S. Fuzita COREN/SP 242.841	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Marina Akemi S. Fuzita COREN/SP 242.841	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181450

POP 50 Medida do Perímetro Cefálico

1. Definição

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

2. Objetivo

Avaliar o desenvolvimento cerebral e detectar precocemente anomalias.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

6. Descrição do procedimento

- 1 Reunir o material;
- 2 Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);
- 4 Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal;
- 5 Passar a fita métrica por baixo da cabeça da criança posicionando-a sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima;
- 6 Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça;
- 7 Realizar a leitura;
- 8 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 9 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 10 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

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

8. Referências bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Jamile Nepomuceno COREN/SP 196.665	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Jamile Nepomuceno COREN/SP 196.665	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181450

POP 51 Medida do Perímetro Torácico

1. Definição

Medida da circunferência torácica obtida na altura dos mamilos.

2. Objetivo

Avaliar o desenvolvimento da criança comparando às outras medidas antropométricas.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

6. Descrição do procedimento

- 1 Reunir o material;
- 2 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;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);
- 4 Colocar a criança deitada ou sentada caso já consiga permanecer nessa posição;
- 5 Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos;
- 6 Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax;
- 7 Realizar a leitura;
- 8 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 9 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 10 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

A medida não deve ser feita sobre a roupa.

8. Referências bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem**: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO. Secretaria Municipal de Saúde. **Procedimentos Operacionais Padrão para as Unidades Básicas de Saúde**. Colombo/PR, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Marina Akemi S. Fuzita COREN/SP 242.841	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Marina Akemi S. Fuzita COREN/SP 242.841	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 52 Medida do Peso Corporal

1. Definição

Método para obtenção da medida do peso corporal dos indivíduos.

2. Objetivo

Avaliar a evolução pondero estatural do indivíduo.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Balança mecânica ou digital
- Papel toalha

6. Descrição do procedimento

- 1 Reunir o material;
- 2 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;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);
- 4 Forrar a base da balança com papel- toalha;
- 5 Verificar as condições de a balança destravá-la, tarar e travá-la (mecânica) ou ligá-la e verificar a tara (eletrônica);
- 6 Pedir ao paciente 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 paciente 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 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 11 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 12 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

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

8. Referências bibliográficas

- CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS: Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas/SP, 2009.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53400	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53400	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 53 **Movimentação em Bloco**

1. Definição

Deslocar/rolar em bloco o paciente enquanto se mantém a estabilização manual, com mínimo movimento da coluna. O rolamento em bloco é indicado para colocar o paciente na prancha longa, ou outro dispositivo que facilite o transporte do mesmo, e para virar o paciente com suspeita de trauma vertebromedular para examinar seu dorso.

2. Objetivo

Impedir a angulação da coluna cervical.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar/ de Enfermagem.

5. Material

- Prancha longa
- Colar cervical

6. Descrição do procedimento

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

Paciente em Decúbito Dorsal Horizontal ou Posição Supina:

- 1 Realizar colocação do colar cervical adequada e eficiente, protegendo a coluna cervical de compressão (POP 34);
- 2 **Primeiro socorrista:** manter a cabeça do paciente estabilizada em posição neutra alinhada durante todo procedimento;
- 3 **Segundo socorrista:** ajoelhar-se na altura da metade do tórax;
- 4 **Terceiro socorrista:** ajoelha-se na altura dos joelhos do paciente;
- 5 Esticar os braços do paciente e colocá-los juntos ao corpo com as palmas das mãos voltadas para o tronco, enquanto as pernas são colocadas em posição neutra alinhada;

- 6 Segurar o paciente pelos ombros (segundo socorrista) e quadris (terceiro socorrista) de tal forma que se mantenha a posição neutra alinhada das extremidades inferiores;
- 7 Rolar o paciente “em bloco”, ou seja, ao mesmo tempo, para decúbito lateral;
- 8 Posicionar a prancha longa, de forma que a borda inferior fique entre os joelhos e os tornozelos do paciente e a borda superior se estenda além da cabeça do paciente;
- 9 Manter a prancha longa contra o dorso do paciente, e deslocá-lo em bloco sobre a mesma, que deve ser abaixada ao chão com o paciente sobre;
- 10 Logo após deve-se segurar o paciente firmemente pelos ombros, pelve e extremidades inferiores;
- 11 Movimentar o paciente para cima e lateralmente sobre a prancha longa (a estabilização neutra alinhada é mantida sem puxar a cabeça ou o pescoço do paciente);
- 12 Verificar se o paciente encontra-se posicionado na prancha longa com sua cabeça no topo da prancha e seu corpo centrado.

Paciente em Decúbito Ventral ou Semipronação:

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

7. Observação

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

8. Referência bibliográfica

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Deise Duarte S. Sousa COREN/SP 250.719 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Deise Duarte S. Sousa COREN/SP 250.719 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Cristiane da Rocha Ferreira Dias COREN/SP 120.740	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 54 Montagem de caixas transporte de Vacina

1. Definição

Procedimentos necessários para a retirada dos imunobiológicos da Sala de Vacinas para outro serviço ou setor em caso de falta de energia ou problemas na rede de frio, a fim de garantir as condições adequadas de armazenamento.

2. Objetivo

Manter os imunobiológicos em temperaturas adequada (entre +2° e +8°C), de forma a preservar a eficácia do produto.

3. Contraindicação

Não realizar transferência de imunobiológicos que tenham passado por altas temperaturas (incêndio); ou enchentes; ou que tenham sofrido descaracterização do rótulo ou embalagem.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Caixas térmicas para transporte de imunobiológicos, de preferência de material Poliuretano, ou isopor (para grandes volumes), em quantidade e tamanho suficiente para garantir o transporte adequado (temperatura adequada e baixa mobilidade do produto)
- Bobinas reutilizáveis em quantidade suficiente a manter a temperatura dos imunobiológico nas caixas térmicas
- Impresso: **Controle de Imunobiológicos em Situação de Transferência para outra unidade/almojarifado (guarda provisória)** – para situações que **não** ocorreram alteração de temperatura
- Impresso: **Ficha de Notificação de Alteração de Temperatura** (da Divisão de Imunização/CVE/SES) – para situações que ocorreram alteração de temperatura

6. Descrição do procedimento

Falta de energia elétrica:

- 1 Ligar para a central de atendimento da companhia de energia - CPFL, munido do CEP da unidade, a fim de obter elementos para a tomada de decisão (Fones: 0800 101010/ 3756-8627/ 3756-8625);
- 2 Em caso de **retorno da energia em período menor que 2 horas**: não abrir a geladeira/câmara até o retorno da energia;
- 3 Em caso de interrupção da energia por um período **maior que 2 horas ou a previsão de retorno da energia ocorrer no horário em que a unidade de saúde estiver fechada**, o enfermeiro deverá seguir os procedimentos semelhantes a problemas na rede de frio;

Problemas na rede de frio dos imunobiológicos:

- 1 Higienizar as mãos (POP 42);
- 2 Montar a caixa para transporte de vacinas;
- 3 Comunicar a VISA de referência do ocorrido e o Distrito de Saúde para providenciar o transporte desses imunobiológicos até o almoxarifado/ou outra unidade para armazenamento. Em horários, fora do expediente administrativo (segunda a sexta, das 17:00 às 22:00h; ou sábado, domingo e feriados) acionar o Plantão DEVISA (fone: 99529-6722) para **o transporte** dos imunobiológicos para o almoxarifado;
- 4 Relacionar as vacinas (vacina e quantidade de frascos) a serem transferidas em 2 vias do impresso - **CONTROLE DE IMUNOBIOLÓGICOS EM SITUAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE/ALMOXARIFADO - Guarda Provisória**, e encaminhar 1 via junto com a caixa de vacinas para o almoxarifado/outra unidade receptora. Atenção: este impresso somente deverá ser utilizado se não ocorrer alteração de temperatura dos imunobiológicos;
- 5 Se houve alteração de temperatura dos imunobiológicos (transporte para quarentena) deve-se acrescentar 1 via do impresso **Ficha de Notificação de Alteração de Temperatura** preenchida. Quando a situação ocorrer à noite, finais de semana ou feriados, a ficha deve ser encaminhada junto com as vacinas para o almoxarifado; quando ocorrer em horário administrativo esta ficha deve ser encaminhada a VISA Regional. **A unidade de origem é a responsável pela notificação da alteração de temperatura ao sistema de vigilância em saúde;**

- 6 O Enfermeiro responsável pela sala de vacinas da UBS deverá verificar e testar a adequação da rede de frio para receber os imunobiológicos retirados da unidade, caso o transporte tenha sido realizado por alteração na rede elétrica;
- 7 Providenciar transporte para buscar os imunobiológicos armazenados em outra Unidade/Almoxarifado, montar caixa térmica e abastecer a câmara de vacina novamente;
- 8 Em caso de defeito da Câmara de Vacina, encaminhar e-mail para a Manutenção (saude.manutencaochamado@campinas.sp.gov.br) e Marta Baron (marta.baron@campinas.sp.gov.br), com cópia para Visa Regional. Neste chamado descrever o equipamento, número de patrimônio e alterações apresentadas pelo equipamento. Após o conserto da geladeira/câmara, executar os passos 6 e 7 desta orientação;
- 9 Se for necessário, providenciar pedido eventual de vacina ao Almoxarifado para as atividades diárias, até a decisão da viabilidade de utilização das vacinas quando os imunobiológicos estiverem em quarentena;

7. Observação

O coordenador da UBS e/ou equipe de enfermagem da unidade são os responsáveis pela montagem da caixa e acondicionamento das vacinas para o transporte ao almoxarifado/outra unidade.

8. Referências bibliográficas

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações**. 5ª edição, Brasília, 2017. 136 p.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas/SP, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
10/02/2020	01	Cristina A. B. Albuquerque COREN/SP 52406 Gabriela Felix Marchesi COREN/SP 278006 Paula Valéria Domingues COREN/SP 180960	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450

POP 55 Oxigenoterapia

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Altas concentrações de O₂ em pacientes com DPOC.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- EPI (luvas de procedimento)
- Bandeja ou cuba rim
- Kit cateter nasal e/ou kit máscara de Venturi e/ou kit máscara de nebulização
- Fonte de oxigênio
- Água destilada
- Fluxômetro de O₂

6. Descrição do procedimento

- 1 Conferir a prescrição médica;
- 2 Reunir o material;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);
- 4 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 5 Paramentar-se com o EPI;
- 6 Posicionar adequadamente o paciente (elevando a cabeceira do leito se acamado ente 30 a 45°).

Cateter nasal

- Medir a distância do cateter entre a ponta do nariz e o lóbulo da orelha, identificando com esparadrapo para saber até que ponto o cateter será introduzido;
- Lubrificar a ponta do cateter, antes da introdução, com lubrificante hidrossolúvel;
- Introduzir o cateter nasal até local marcado;
- Fixar o cateter com esparadrapo e/ou micropore sobre a testa ou face do paciente, garantindo que o mesmo sinta-se confortável;
- Preencher o umidificador com água destilada até o nível recomendado pelo fabricante;
- Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;
- Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;

Máscara de nebulização

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

Máscara de Venturi

- Conectar o umidificador, sem água destilada, no fluxômetro de oxigênio;
- Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;
- Abrir válvula reguladora e do fluxo de oxigênio do fluxômetro, de acordo com a prescrição médica, certificando-se da sua permeabilidade;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Kit cateter nasal é composto por: cateter com numeração adequada, extensor de silicone e umidificador.
- Kit máscara de Venturi é composto por: máscara facial, extensor de silicone, traqueia, umidificador, regulador de fluxo de oxigênio e adaptador para nebulização.
- Kit máscara de nebulização é composto por: máscara facial, traqueia, cadarço e umidificador.

- Observar a verificação da permeabilidade, ou seja, sem dobras, fixação do fluxômetro de oxigênio, fluxo de saída de oxigênio.
- Verificar se a fonte de oxigênio contém oxigênio suficiente para liberar a quantidade prescrita.
- Observar estado das mucosas e vias aéreas superiores do paciente a fim de evitar ressecamento das mesmas.
- Fornecer cuidados orais de higiene frequente.
- Ajustar corretamente e frequentemente a força da fita elástica e/ou outros dispositivos para fixação, fazendo o uso de protetores, se necessário, para evitar lesões.
- Registrar a liberação de oxigênio e o fluxo em litros, relatando a resposta do paciente à terapia e instruções dadas ao paciente e familiar.

8. Referências bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão: Enfermagem**, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas/SP, 2009.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO. **Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2014.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Elton Pallone de Oliveira COREN/SP 156.486 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740 Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Deise Duarte S. Sousa COREN/SP 250.719 Edméia Ap. N. Duft COREN/SP 52.754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Elton Pallone de Oliveira COREN/SP 156.486 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740 Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Deise Duarte S. Sousa COREN/SP 250.719 Edméia Ap. N. Duft COREN/SP 52.754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Talita Carlos Rodrigues Romano COREN/SP 141.332 Marcelle Regina Silva Benetti COREN/SP 73.273	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 56 Organização de Salas e Setores

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Descartar materiais com validade vencida ou com a qualidade comprometida;
- 2 Checar o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos do setor no início de cada plantão. Em caso de algum problema ou mau funcionamento, comunicar imediatamente o enfermeiro responsável;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);
- 4 Calçar as luvas;

- 5 Umedecer o pano limpo com álcool 70% e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo;
- 6 Se houver locais com presença de matéria orgânica, proceder primeiro a limpeza com hipoclorito de sódio 1%, aguardar 10 minutos e remover com água e sabão. Após, secar a superfície e limpar com álcool a 70% conforme descrição no item anterior;
- 7 Verificar os materiais em falta no setor e providenciar a reposição.

7. Observação

- As superfícies referidas neste protocolo compreendem: mobiliários, equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, divãs, suporte para soro, balança, computadores e outros com os quais o profissional e os materiais terão contato durante o trabalho.
- Ao término do plantão a unidade deve estar limpa, organizada e com os materiais repostos. Nas situações em que isso não for possível, comunicar as pendências ao profissional a assumir a unidade e registrar os motivos no livro de ocorrência.
- Após a realização de procedimentos em que haja contaminação da sala por secreções ou produtos, deve ser realizada uma limpeza sistemática, concorrente ou terminal de acordo com cada situação a ser definida pelo enfermeiro na rotina de cada serviço.
- Enfermeiro deve ser responsável por determinar a execução e a periodicidade do procedimento de limpeza a fim de garantir o atendimento seguro ao paciente e ao profissional.
- Para realização de limpeza concorrente e terminal utilizar o POP 42.

8. Referência bibliográfica

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília/DF, 2010.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- CUNHA F. M. B.; et al. **Manual de boas práticas para o serviço de limpeza – abordagem técnica e prática**. Faculdade de odontologia, São José dos Campos/ SP, 2010.

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Tienne de A. Antonio Rampazzo COREN/SP 213.414 Celso Luís de Moraes COREN/SP 142.823	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Tienne de A. Antonio Rampazzo COREN/SP 213.414 Celso Luís de Moraes COREN/SP 142.823	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 57 Pranchamento em Posição Supina

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não existe contraindicação para realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Prancha longa
- Colar cervical

6. Descrição do procedimento

Três ou mais Socorristas:

- 1 Os socorristas devem realizar a estabilização e o alinhamento manuais tanto pela frente como por trás do paciente;
- 2 Uma vez obtida a estabilização alinhada manual da cabeça e do pescoço do paciente, o colar cervical de tamanho correto pode ser colocado (POP 34);
- 3 A prancha longa é colocada atrás do paciente e pressionada contra ele. Assim que a prancha estiver no lugar, mantém-se a estabilização manual por todo o procedimento e o paciente é fixado na prancha longa;
- 4 Dois socorristas ficam em pé de cada lado do paciente, virados na direção do deste, e inserem a mão que se encontra mais próxima do paciente sob a axila dele, segurando a alça mais próxima sem movimentar o ombro do paciente. A outra mão segura a alça superior da prancha. Enquanto o alinhamento e a estabilização manuais são mantidos o paciente e a prancha são deitados no chão;

- 5 Conforme o paciente é baixado ao chão, o socorrista, atrás dele, mantém a estabilização manual, rotacionando suas mãos;
- 6 Os outros socorristas, posicionados um de cada lado da maca, precisam soltar sua porção superior e colocar as mãos sob o braço do profissional responsável pela estabilização manual da cabeça e do pescoço do paciente;
- 7 Com o paciente e a prancha no chão, este é imobilizado na prancha longa.

Dois Socorristas:

- 1 O primeiro socorrista faz e mantém a estabilização manual da cabeça e do pescoço do paciente, enquanto o segundo socorrista verifica a medida e coloca o colar cervical de tamanho adequado (POP 34);
- 2 Após a colocação do colar, o segundo socorrista posiciona a prancha atrás do paciente e na frente do primeiro socorrista;
- 3 O segundo socorrista segura a prancha com a mão mais próxima a ela. Esse profissional agora põe a outra mão, com a palma e os dedos estendidos, na cabeça do paciente, e aplica uma leve pressão para auxiliar a manutenção da estabilização manual;
- 4 O primeiro socorrista agora pode liberar a cabeça do paciente com as mãos mais próximas do segundo socorrista. Com sua outra mão, o socorrista se reposiciona ao lado da cabeça do paciente, aplicando pressão lateral enquanto se move e posiciona a prancha à altura da cabeça do paciente ou mais acima;
- 5 O paciente e a prancha são colocados no chão, enquanto os dois socorristas mantêm a estabilização manual, exercendo igual pressão lateral na cabeça do paciente. Os socorristas responsáveis pelo atendimento pré-hospitalar precisam trabalhar juntos durante esse movimento, garantindo a máxima estabilização manual;
- 6 Assim que o paciente e a prancha estiverem no chão, a estabilização manual pode ser mantida por um socorrista localizado acima da cabeça do indivíduo, até que este seja imobilizado na prancha longa;

7. Observação

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

8. Referência bibliográfica

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Deise Duarte S. Sousa COREN/SP 250.719 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Deise Duarte S. Sousa COREN/SP 250.719 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398.938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 58 Realização de curativo

1. Definição

O curativo consiste no cuidado dispensado a uma região do corpo em que há ruptura da integridade de um tecido corpóreo. O procedimento compreende o processo de limpeza e/ou desbridamento, seleção e aplicação de cobertura e/ou tratamento tópico em uma determinada lesão a fim de proporcionar um meio adequado ao processo de cicatrização.

2. Objetivo

Manter a ferida limpa, prevenir infecções e traumas físicos, aliviar a dor, promover isolamento térmico, conforto físico e psicológico, permitir trocas sem traumas, manter a umidade no leito da ferida em proporções adequadas (absorver/controlar o excesso de exsudato) viabilizando o processo de cicatrização e cura.

3. Contraindicação

É importante verificar se há contraindicações específicas da cobertura indicada ao tipo de tecido e/ou etiologia da lesão, e se o paciente apresenta alergia a algum componente do material a ser utilizado (Consultar Manual de Curativos 2016).

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Mesa auxiliar ou bandeja
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly
- Cabo e lâmina de bisturi (se necessário)
- Tesoura
- Pacote de gazes esterilizadas
- Atadura de rayon estéril
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente
- Agulha 25x12 ou 40x12
- Seringa de 20 ml
- Álcool 70%

- Luvas de procedimento e/ou estéril
- Micropore/ Esparadrapo
- Atadura de crepe de largura adequada a extensão da lesão
- Espátula
- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme as características da lesão
- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário
- Papel Toalha

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente, confirmar o nome e o número do prontuário, 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, se não houver, solicitar avaliação;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);
- 4 Reunir todo o material, conforme o ambiente (UBS/ domicílio);
- 5 Aquecer o soro;
- 6 Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- 7 Higienizar novamente as mãos;
- 8 Calçar as luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
- 9 Observar o curativo anterior antes da remoção;
- 10 Remover o curativo anterior com cuidado, umedecendo com SF 0,9%, se houver aderência, removendo a cobertura sem traumatizar a lesão;
- 11 Caracterizar a ferida quanto ao tamanho (extensão e profundidade), evolução, tipo de tecido, exsudato, odor, bordas e pele ao redor, atentando-se a presença de sinais de infecção (edema, hiperemia, calor e dor). Solicitando reavaliação do caso pelo enfermeiro/médico se necessário;
- 12 Na presença de sujidades em áreas próximas da ferida ou ao redor, proceder a limpeza com sabonete neutro, água corrente tratada, e secar com gaze ou papel toalha;
- 13 Descartar curativo anterior e luvas no lixo apropriado;
- 14 Abrir o pacote de curativo utilizando a técnica asséptica, arrumar as pinças no campo, abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
- 15 Calçar as luvas de procedimento e outros EPIs necessários;

- 16 Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%. Utilizar preferencialmente o frasco de SF0,9% de 250 ml ou seringa de 20 ml para realizar a irrigação;
- 17 Com o auxílio das pinças limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida em SF 0,9%;
- 18 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. Evitar limpeza mecânica e/ou fricção onde houver tecido de granulação;
- 19 Na presença de tecido desvitalizado (leito/bordas, aderido/solto), solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/desbridamento;
- 20 Secar apenas a região perilesional e bordas com gaze, a fim de evitar a maceração dos mesmos;
- 21 Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico (mediante autorização prévia do paciente), semanal ou quinzenalmente;
- 22 Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo **enfermeiro/médico***, e ocluir o curativo conforme a necessidade (gazes, rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);
- 23 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 24 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- 25 Orientar o paciente quanto a periodicidade de troca de curativos primários/secundários conforme a prescrição do enfermeiro/médico, bem como os cuidados na manutenção do curativo e retornos programados a Unidade;
- 26 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 27 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 28 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observações

- Os curativos crônicos devem ser avaliados pelo Enfermeiro desde o primeiro atendimento, contemplando a Sistematização da Assistência de Enfermagem, com a prescrição do cuidado a ser prestado, e se responsabilizando pelas subseqüentes evoluções e avaliações periódicas necessárias, sendo delegada aos profissionais de nível médio a execução do procedimento.
- Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do paciente e local da realização do curativo. No domicílio recomenda-se a técnica limpa.

- Na Unidade a técnica limpa pode ser utilizada sempre criteriosamente e recomenda-se o uso de instrumentais estéreis (pinças) ou utilizar luvas estéreis na ausência dos mesmos.
- A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.
- A realização de curativo de imobilização ortopédica pode ser realizada por profissional de enfermagem capacitado (antes ou após a imobilização), sob indicação do médico (prescrição escrita do médico de referência para o procedimento ortopédico) e supervisão, direção e orientação do Enfermeiro, conforme parecer Coren 07/2015.
- ***O desbridamento só pode ser realizado por enfermeiros e médicos.**
- A indicação dos produtos/coberturas deve ser feita considerando o momento evolutivo da lesão, tipo de tecido, patologia, adesão ao tratamento, recursos disponíveis, materiais padronizados e protocolo de uso da Secretaria Municipal de Saúde. Consultar o Manual de Curativos Nov/2016 e o Guia de Tratamento de Feridas Nov/2016 no site da SMS.

8. Referências bibliográficas:

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer nº 07/2015.** Realização de curativo pelo técnico de imobilização ortopédica. 2015.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Tratamento de Feridas.** Campinas/SP, 2016.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem:** Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Curativos.** Campinas/SP, 2016.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamento de Feridas.** Campinas/SP 2006
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- HESS, C. T. **Tratamento de Feridas e Úlceras.** Rio de Janeiro: Editora Reichmann & Affonso, 2002.
- RIBEIRÃO PRETO. SMS. **Manual de Assistência Integral às Pessoas com**

Feridas, 2011.

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53.400 Edson Eden de Oliveira COREN/SP: 24.259 Mariana Charantola Silva COREN/SP: 154.624 Regina Grimaldi Oliveira COREN/SP: 44.822 Cíntia Mastrocola Soubhia COREN/SP: 30.609 Marisa F. Gomes Machado COREN/SP 45.813 Flavio Ventura dos Santos COREN/SP: 22.422 Shirley Ruriko da Silveira COREN/SP: 44.822	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/SP 246.362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Regina Grimaldi de Oliveira COREN/SP 68.635 Cíntia Mastrocola Soubhia COREN/SP 30.609 Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230.997 Cecília de Moraes Barbosa Horita COREN/SP 207.373 Thaís Gomes do Nascimento COREN: 128.914 Grasiela Nogueira COREN/SP: 325500 Paula Valéria Domingues Magri COREN/SP: 180960	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 59 Retirada de Pontos

1. Definição

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

2. Objetivo

Facilitar a cicatrização.

3. Contraindicação

Sinais de processos inflamatórios ou infecciosos.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

1. Reunir o material;
2. 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;
3. Higienizar as mãos (POP 42);
4. Paramentar-se com os EPIs;
5. Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar limpeza local com soro fisiológico;
6. Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, próximo a pele com a tesoura de Íris;
7. Colocar os pontos retirados sobre uma gaze;
8. Cobrir a ferida se houver necessidade;
9. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

10. Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
11. Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
12. Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

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

8. Referências bibliográficas

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO. **Parecer 039/2013.** Realização de sutura e retirada de pontos por profissionais de Enfermagem. 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017.** Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012.** Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO. **Parecer 039/2013.** Realização de sutura e retirada de pontos por profissionais de Enfermagem. 2013.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica.** 2ª edição. São Paulo/SP, 2015.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Celso Luis de Moraes COREN/SP 142.823 Jamile Nepomuceno Guimarães COREN/SP 196.665	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Vanessa Cristina dos Santos COREN/SP 246.362	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Regina Grimaldi de Oliveira COREN/SP 68.635 Cíntia Mastrocola Soubhia COREN/SP 30.609 Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230.997 Cecília de Moraes Barbosa Horita COREN/SP 207.373 Thaís Gomes do Nascimento COREN/SP 128.914	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 60 Realização Peak Flow

1. Definição

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

2. Objetivo

Diagnosticar doenças respiratórias como: asma, bronquite crônica e enfisema.

Avaliar severidade das doenças.

Monitorizar a evolução das doenças e registrar dados objetivos, instrumentando o médico para intervenções específicas.

Verificar a resposta à medicação. Prevenir crises.

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem habilitado.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se, acolher o paciente e responsável com atenção;

- 2 Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores;
- 3 Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida e com letra legível, contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão do SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, identificação do profissional solicitante (nome, número do registro e carimbo);
- 4 Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado;
- 5 Mensurar peso e altura do paciente;
- 6 Preencher a planilha de pico de fluxo expiratório com nome do paciente, idade, sexo, peso e altura;
- 7 Solicitar ao paciente que realize o exame em pé;
- 8 Certifique-se de que o “contador” está a zero;
- 9 Encaixar o bocal no fluxômetro;
- 10 Solicite ao paciente que inspire o mais profundamente possível;
- 11 Posicione o bocal descartável, solicitando ao paciente que o aperte a boquilha com os lábios para evitar que o ar se escape para fora do medidor;
- 12 Oriente o paciente a soprar o mais forte e rapidamente que conseguir, durante 2 segundos;
- 13 Orientar o paciente a não tossir, nem bloquear a boquilha com saliva ou com a língua;
- 14 Anote o valor obtido;
- 15 Repita o processo mais duas vezes e aponte o valor mais elevado no seu registro (os três valores obtidos devem ser similares).

7. Observações

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

8. Referências Bibliográficas:

- CAMELO, J. S.; TERRA FILHO, J. ; MANÇO, J. C. **Pressões respiratórias máximas em adultos normais**. Jornal de Pneumologia, v.11, n.4, p. 181-184, 1985.
- COSTA, D. **Fisioterapia Respiratória Básica**. São Paulo. Editora Atheneu, 1999.
- COSTA, D; SAMPAIO, L. M. M.; LORENZZO, V. A. P.; JAMAMI, M.; DAMASO, A.
- R. **Avaliação da força muscular respiratória e amplitudes torácicas e abdominais após a RFR em indivíduos obesos**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 11, n. 2, p.156-160, 2003.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Eunice de Souza COREN/SP 57.076 Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242.835 Ana Carolina F. Moreira COREN/SP 323.329	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Eunice de Souza COREN/SP 57.076 Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242.835	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Eunice de Souza COREN/SP 57.076 Camila Monteiro G. Dias Silva COREN/SP 242.835	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 61 Sondagem Nasoenteral

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro

5. Material:

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Checar a prescrição;
- 2 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;
- 3 Reunir o material;
- 4 Higienizar as mãos (POP 42);
- 5 Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- 6 Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contraindicação. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;
- 7 Paramentar-se com os EPIs;
- 8 Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;
- 9 Inspeccionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;
- 10 Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;
- 11 Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;
- 12 Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide adicionando 15 a 20 cm, marcando com fita adesiva;
- 13 Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;
- 14 Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, que indica que a sonda atingiu a nasofaringe e nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça, ocorrendo o fechamento da traquéia e abertura do esôfago;
- 15 Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;
- 16 Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;
- 17 Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia e/ou cianose;
- 18 Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;
- 19 A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;
- 20 Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito, facilitando o posicionamento da sonda para o duodeno através dos movimentos peristálticos;
- 21 Deixar o paciente confortável;

- 22** Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 23** Higienizar as mãos;
- 24** Encaminhar o paciente para controle radiológico;
- 25** Após confirmar a localização da sonda pela radiografia, retirar o fio guia e iniciar a nutrição/medicação;
- 26** Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado e identificado, para repassar a sonda se necessário;
- 27** Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 28** Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 29** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Lubrificar a sonda internamente com 10 ml de água ou SF antes da passagem da sonda, para facilitar a saída do fio guia;
- Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem orogástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;
- Em pacientes com suspeita de trauma raquimedular, não elevar o decúbito;
- No sistema de sondagem nasoenteral, o RX é considerado padrão ouro para verificar localização da sonda e segurança no procedimento, pelas Sociedades Americana, Européia e Brasileira de Terapia Nutricional (ASPEN, ESPEN, SBNPE);
- Aguardar 30 minutos para realizar a radiografia, devido ao tempo de migração da sonda para duodeno/jejuno;
- Checar a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;
- Realizar higiene oral a cada 6h;
- Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação;
- Lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;
- Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;
- Higienizar as narinas do paciente pelo menos uma vez ao dia;

- Se houver resistência durante a passagem, girar a sonda e ver se ela avança. Se ainda houver resistência, retirar a sonda, deixar que o paciente descanse, lubrificar novamente a sonda, e passar pela outra narina;
- Deixar toalhas próximas do paciente, para o caso deste sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação.

8. Referências bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 453/2014**. 0453/2014 - Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional. 2014.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas/SP, 2009.
- POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63 de 6 de julho de 2000**. Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral. Brasília/DF, 2000.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Tienne de Almeida A. Rampazzo COREN/SP 213.414 Chaula Vizelli COREN/SP 173.997 Flavio Ventura dos Santos COREN/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Tienne de Almeida A. Rampazzo COREN/SP 213.414 Chaula Vizelli COREN/SP 173.997 Flavio Ventura dos Santos COREN/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230.997 Natália Panonto Correia COREN/SP 283.180	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 62 Sondagem Nasogástrica

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

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

4. Executante

Enfermeiro, Técnicos / Auxiliares de Enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Reunir o material;
- 2 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;
- 3 Checar a prescrição;
- 4 Higienizar as mãos (POP 42);
- 5 Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- 6 Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contra-indicação. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;
- 7 Paramentar-se com os EPIs;
- 8 Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;
- 9 Inspeccionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;
- 10 Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;
- 11 Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;
- 12 Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide adicionando dois dedos, marcando com fita adesiva;
- 13 Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;
- 14 Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;
- 15 Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;
- 16 Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;
- 17 Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia ou cianose;
- 18 Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;
- 19 A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;
- 20 Acoplar a sonda ao coletor caso sonda tenha como objetivo a drenagem de conteúdo gástrico. Manter coletor abaixo do nível da cintura do paciente, a fim de possibilitar a drenagem;

- 21 Deixar o paciente confortável;
- 22 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 23 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 24 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 25 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

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

8. Referência bibliográfica

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 453/2014**. 0453/2014 - Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional.2014.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas/SP, 2009.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/ DF, 2012.
- UNAMUNO M.R.D.L.; JULIO S.M. **Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações**. Medicina, Ribeirão Preto, 35: 95-101, jan./mar. 2002.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Tienne de Almeida A. Rampazzo COREN/SP 213.414 Cristiane da Rocha Ferreira Dias COREN/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Tienne de Almeida A. Rampazzo COREN/SP 213.414 Cristiane da Rocha Ferreira Dias COREN/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230.997 Natália Panonto Correia COREN/SP 283.180	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/SP 181.450

POP 63 Transferência de Prontuário

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

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

5. Material

- Guia de remessa específica
- Envelope
- Prontuário do paciente

6. Descrição do procedimento

Ação Administrativa

- 1** Solicitar ao usuário endereço antigo e endereço atual obrigatoriamente;
- 2** Verificar qual o CS destino da área de abrangência de transferência;
- 3** Numerar as folhas do prontuário (apenas a frente da folha) e anotar o total de folhas na última página do prontuário, como o modelo: “Nesta data, feito a transferência deste prontuário para o CS XXXX, com um total de número de folhas de 98 até o momento”;

- 4 Transferência intramunicipais:** Fazer guia de remessa em QUATRO vias completas (1ª via: CS de origem; 2ª via: CS de origem após assinatura do CS de destino; 3ª via: CS de destino, 4ª via: Distrito). Transferências intermunicipais/interestaduais: utilizar mesmo fluxo enviando ao DRS;
- 5** Atentar para que todos os nomes contidos no prontuário estejam completos e com o respectivo número da FF;
- 6** Colocar novo endereço no sistema SIGA e alterar vínculo para a nova unidade de referência.

Descrição do procedimento:

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

Entrada de Prontuário

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

7. Observação

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

8. Referências bibliográficas

- ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - **RDC N° 63 de 25 de Novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM N°1.638/2002** (Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5). 2002.
- CONARQ. Conselho Nacional de Arquivos. **Resolução N° 22, 30 de junho de 2005**. Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde. 2005.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
20/09/15	01	Helen Florêncio COREN/SP Márcio Carvalho COREN/SP - 0127548	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Helen Florêncio COREN/SP Márcio Carvalho COREN/SP - 0127548	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN 181.450

POP 64 Terapia de Reidratação Oral

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Pacientes apresentando desidratação grave, impossibilitado de receber líquido por via oral na quantidade adequada, (íleo paralítico, abdômen agudo, alteração do estado de consciência ou convulsões e choque hipovolêmico).

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

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

6. Descrição do procedimento

- 1 Reunir o material;
- 2 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 3 Conferir prescrição de enfermagem ou médica;
- 4 Higienizar as mãos (POP 42);
- 5 Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água;
- 6 Ofertar ao paciente em curtos intervalos toda vez que ele desejar;
- 7 Solicitar reavaliação do paciente após o término da terapia;

- 8 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados garantindo a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 9 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 10 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 11 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Crianças poderão receber o SRO no volume de 50 a 100 ml/kg de peso, por um período máximo de 4 a 6h.
- Considera-se fracasso da reidratação oral se as dejeções aumentam, se ocorrem vômitos incoercíveis, ou se a desidratação evolui para grave.
- Não apresentando melhora do quadro, solicitar a avaliação médica.
- Durante a permanência do paciente ou acompanhante no serviço de saúde, orientar a reconhecer os sinais de desidratação, preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral, praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

8. Referências bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.
- POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia Prático de Atualização Departamento Científico de Gastroenterologia**. Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. N.01. Março, 2017.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53.400	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53.400	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Adriana Cristina D'Orásio COREN/SP 306.501	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN 181.450

POP 65 Teste de Gravidez

1. Definição

Exame realizado com fita reagente, em mulheres em idade fértil que apresentem atraso menstrual (geralmente igual ou maior a 7 dias), para identificação do hormônio gonadotrofina coriônica (HCG) em uma amostra de urina.

2. Objetivos

Detectar precocemente a gravidez. Identificar situações oportunas para uso de anticoncepção de emergência. Orientar planejamento reprodutivo. Identificar situações de exposição à violência sexual e ao risco de infecção por doenças sexualmente transmissíveis.

3. Público alvo

Mulheres em idade fértil que apresentem atraso menstrual.

Mulheres com atraso do MAC >3 dias.

4. Contraindicação

Mulheres em idade não fértil (acima de 49 anos) ou que não tenham atividade sexual;

5. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

6. Material

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

7. Descrição do procedimento

- 1 Chamar a paciente pelo nome completo e pedir para identificar-se dizendo o seu nome e para que apresente um documento de identidade com foto;
- 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 Reunir o material;

- 4 Higienizar as mãos (POP 42);
- 5 Apresentar-se a paciente e explicar o procedimento a ser realizado, sanando as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 6 Questionar a paciente sobre o período de amenorreia e sintomas, registrando em prontuário;
- 7 Calçar as luvas de procedimento;
- 8 Oferecer o frasco ou copo descartável e encaminhá-la ao sanitário;
- 9 Orientar a paciente a coletar uma pequena amostra de urina;
- 10 Anotar o lote e validade do teste rápido no prontuário da paciente e abrir a embalagem do teste;
- 11 Receber a amostra de urina e proceder à realização do teste, introduzir a tira em posição vertical com as setas na posição vertical e para baixo;
- 12 Emergir até a linha “Mark line” retire a tira após 10-15 segundos e colocar a tira sob material ou superfície não absorvente;
- 13 Esperar as faixas coloridas aparecerem e aguardar tempo da reação completa de 5 minutos;
- 14 **Interpretar o resultado (ENFERMEIRO):**
 - a. **Negativo:** aparece apenas uma faixa na região do controle.
 - b. **Positivo:** aparecem duas faixas iguais e separadas de cores na região do controle e do teste;
- 15 Explicar o resultado a paciente;
- 16 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 17 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 18 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 19 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

8. Observação

- A intensidade da cor das faixas do teste pode variar visto que estágios diferentes da gravidez têm concentrações diferentes do hormônio de hCG.
- É recomendado que o teste seja feito na Unidade Básica de Saúde, caso seja feito fora deve orientar o paciente a realizar um teste confirmatório sob supervisão da equipe de enfermagem.
- O enfermeiro deve estar atento a mudanças de marca utilizada e, após leitura da bula, capilarizar possíveis mudanças à equipe.

- Coletar preferencialmente a primeira urina da manhã, por conter maior concentração do hormônio.
- Poderá ser também utilizada outra amostra de qualquer período do dia, respeitando o intervalo entre micções recomendado pelo fabricante.
- Não há necessidade de realizar teste rápido de gravidez se atraso menstrual for acima de 15 a 16 semanas. Deve ser confirmada a gravidez pelo exame clínico, com palpação e ausculta de batimentos cardíacos fetais.
- Preferencialmente acolher a usuária em sala que possua sanitário.
- Em caso de resultado positivo, agendar o mais breve possível a primeira consulta de pré-natal.
- Caso a gravidez seja indesejada, a paciente deverá ser encaminhada para atendimento da equipe de referência e de IMEDIATO com o enfermeiro.
- Caso resultado negativo com manifestação de desejo de engravidar: agendamento de consulta para orientações.
- Caso resultado negativo sem manifestação de desejo de engravidar: agendamento de planejamento reprodutivo para escolha e indicação de método anticoncepcional.

9. Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste Rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico.**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Brasília, 2014.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO. **Parecer nº 031 /2013** – CT PRCI nº 101.092. Realização de teste de gravidez e informação do resultado. 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017.** Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012.** Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53.400	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Analu Lima Ataíde COREN/SP 236.871 Marta de Souza Pereira COREN/SP 248.634 Viviane Cristina Claro COREN/SP 124.521 Tienne de Almeida Antonio Rampazzo COREN/SP 213.414	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Chaúla Vizelli COREN/SP 173.997 Tienne de Almeida Antonio Rampazzo COREN/SP 213.414	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN 181.450

POP 66 Teste Rápido para Hepatite B

1. Definição

Teste qualitativo utilizado na triagem da infecção pelo vírus da hepatite B, por meio da detecção do de antígeno do HBs (HBsAg) no soro, plasma ou sangue total.

2. Objetivo

Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado. Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento. Evitar a progressão hepática e suas complicações, como o câncer e a cirrose.

3. Contraindicação

Não deve ser utilizado em fase post-mortem;

4. Executante

Técnicos e Auxiliares de enfermagem capacitados poderão executar o teste, porém o laudo é privativo do enfermeiro.

5. Material

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão
- Manual de instrução
- Álcool 70%
- Algodão ou gaze não estéril
- Cronômetro ou relógio
- Caneta esferográfica
- Caneta de tinta permanente
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos
- Laudo TR HBsAg (anexo 1)

6. Descrição do procedimento

- 1 Ler o manual de instrução;
- 2 Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);
- 4 Colocar os EPIs;
- 5 Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
*Cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.
- 6 Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- 7 Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- 8 Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;
- 9 Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;
- 10 Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- 11 Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
- 12 Realizar punção digital;
- 13 Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta capilar evitando a formação de bolhas. Realizar nova coleta, caso ocorra a formação de bolhas. Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.



Tubo Capilar



Pipeta Capilar

- 14** Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar três gotas da amostra no poço (S) do dispositivo de teste (verificar o manual do fabricante).



- 15** Adicionar uma gota de solução tampão no poço, sobre a amostra (verificar o manual do fabricante).
- 16** Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado; se resultado negativo aguardar mais 15 minutos.
- 17** Fazer a interpretação conforme:
- Se após 30 minutos aparecer apenas uma linha azul na área de controle, a amostra será considerada **NÃO REAGENTE**.



- Se aparecer a linha vermelha na área de controle e azul na área de teste, a amostra será considerada **REAGENTE**.



- Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado **INVÁLIDO**. Armazene para análise técnica

do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail diagnostico@ aids.gov.br



- 18 Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- 19 Retirar os EPIs;
- 20 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 21 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 22 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

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

8. Referências bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV)**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/manual_para_capacitacao_de_tr_para_as_hepatites_b__17745.pdf> Acesso em: 10 fev. 2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico de Hepatites Virais**. Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
20/09/2015	01	Eliana Cristina Petoilho COREN/SP 59305 Graziela Maria G. Espindola COREN/SP 89391 Josiane do Carmo Dias COREN/SP 073073 Marita Fontenele A. Coelho COREN/SP 151929 Marta de Souza Pereira COREN/SP 248634	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Eliana Cristina Petoilho COREN/SP 59305 Graziela Maria G. Espindola COREN/SP 89391 Josiane do Carmo Dias COREN/SP 073073 Marita Fontenele A. Coelho COREN/SP 151929 Marta de Souza Pereira COREN/SP 248634	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN 181.450

POP 67 Teste Rápido para Hepatite C

1. Definição

Teste qualitativo utilizado na triagem da infecção pelo vírus da hepatite C (HCV), por meio da detecção do anticorpo anti-HCV no soro ou sangue total

2. Objetivo

Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado. Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento. Evitar a progressão hepática e suas complicações, como o câncer e a cirrose.

3. Executante

Técnicos e Auxiliares de enfermagem capacitados poderão executar o teste, porém o laudo é privativo do enfermeiro.

4. Material

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução diluente
- Manual de instrução
- Álcool 70%
- Algodão ou gaze não estéril
- Cronômetro ou relógio
- Caneta esferográfica
- Caneta de tinta permanente
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos
- Laudo TR HCV (anexo 1)

5. Descrição do Procedimento

- 1 Ler o manual de instrução;
- 2 Observar as orientações de acordo com cada laboratório;

- 3** Higienizar as mãos (POP 42);
- 4** Colocar os EPIs;
- 5** Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
*cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.
- 6** Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- 7** Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- 8** Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;
- 9** Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;
- 10** Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- 11** Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
- 12** Realizar punção digital;
- 13** Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta.
 - a.** Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.



Tubo Capilar



Pipeta Capilar

- b.** Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar uma gota da amostra no poço do dispositivo de teste.
- c.** Adicionar três gotas de solução tampão no poço, sobre a amostra.
- d.** Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;

14 Fazer a interpretação conforme:

- a.** Se aparecer apenas uma linha vermelha na área de controle, a amostra será considerada NÃO REAGENTE.



- b.** Se aparecer a linha vermelha na área de teste e vermelha na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE.



- c.** Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail <diagnostico@ aids.gov.br>.



- 15** Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- 16** Retirar os EPIs;
- 17** Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção (POP 14);
- 18** Emitir o laudo diagnóstico em duas vias;
- 19** Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 59).

6. Observação

- Em casos de resultados reagentes, agendar atendimento para acompanhamento no ambulatório de hepatites virais, via sistema on-line.
- Resultados positivos devem ser confirmados com um teste confirmatório.

7. Referências bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV)**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/manual_para_capacitacao_de_tr_para_as_hepatites_b__17745.pdf> Acesso em: 10 fev. 2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico de Hepatites Virais**. Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.telelab.aids.gov.br>>. Acesso em: 10 fev. 2020.
- MESTRINER, C.A. **Teste-rápido no diagnóstico laboratorial da hepatite c**. Wama Diagnóstico, Departamento de Pesquisa e Desenvolvimento. Disponível em: <<https://www.wamadiagnostica.com.br/reagentes/imuno-rapido/>> Acesso em: 10 fev. 2020.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
20/09/2015	01	Eliana Cristina Petoilho COREN/SP 59305 Graziela Maria G. Espindola COREN/SP 89391 Josiane do Carmo Dias COREN/SP 073073 Marita Fontenele A. Coelho COREN/SP 151929 Marta de Souza Pereira COREN/SP 248634	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Eliana Cristina Petoilho COREN/SP 59305 Graziela Maria G. Espindola COREN/SP 89391 Josiane do Carmo Dias COREN/SP 073073 Marita Fontenele A. Coelho COREN/SP 151929 Marta de Souza Pereira COREN/SP 248634	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN181.450

POP 68 Teste Rápido Duplo Percurso para HIV com Amostra de Fluido Oral

1. Definição

Diagnóstico da infecção pelo HIV por meio da detecção de anticorpos contra o vírus no fluido oral.

2. Objetivo

Ampliar o acesso da população em geral, principalmente das populações mais vulneráveis, ao diagnóstico da infecção pelo HIV. Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento.

Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado. Diminuir o risco de transmissão vertical.

3. Contraindicação

Indivíduos infectados pelo HIV imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem não produzir anticorpos contra o vírus;

Uso prolongado de antirretroviral;

Crianças menores de 02 anos, filhos de mãe soropositiva.

4. Executante

Técnicos e Auxiliares de enfermagem capacitados poderão executar o teste, porém o laudo é privativo do enfermeiro.

5. Material

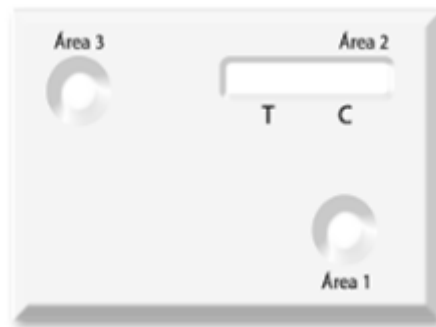
- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos
- Kit diagnóstico: Coletor de amostras de fluido oral, frasco para eluição da amostra, com dosador e tampa, suporte de teste HIV e frasco com solução-tampão de corrida
- Manual de instrução
- Gaze não estéril
- Cronômetro ou relógio
- Caneta esferográfica
- Caneta de tinta permanente

- Recipiente para descarte de material biológico
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos
- Laudo TR DPP HIV Fluído Oral (anexo 2)

6. Descrição do procedimento

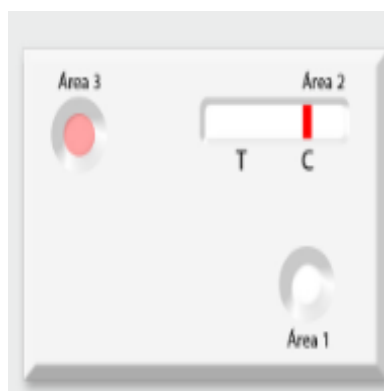
- 1 Ler o manual de instrução;
- 2 Observar as orientações de acordo com cada laboratório, pois a quantidade de sangue e diluente utilizados poderá ser modificada conforme fabricante.
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);
- 4 Colocar os EPIs;
- 5 Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
* cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.
- 6 Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- 7 Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- 8 Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou na plataforma de duplo percurso não for visível duas linhas, uma na área de controle e outra na área do teste, despreze esse material e recomece;
- 9 Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste e no frasco de eluição, com caneta de tinta permanente;
- 10 Abrir o frasco para eluição da amostra;
- 11 Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- 12 Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
- 13 Questionar o usuário, antes de iniciar o teste, para saber se ele comeu, fumou, bebeu, inalou qualquer substância, escovou os dentes ou praticou qualquer atividade oral 30 minutos antes do teste. Em caso afirmativo, orientar o usuário a lavar a boca com água e aguardar 30 minutos para fazer a coleta de fluido oral;
- 14 Solicitar a retirada total de batom antes do teste, fornecendo gaze não estéril;

- 15** Orientar o usuário a inserir o coletor acima dos dentes, no espaço que fica entre o final da gengiva e o começo da bochecha, realizar ligeira fricção, passando o coletor gentilmente, quatro vezes, tanto na arcada superior quanto na arcada inferior;
- 16** Inserir o coletor no frasco de eluição, identificado, quebrar a haste, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos;
- 17** Retirar a tampa do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01; realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço;



Plataforma para imunocromatografia de duplo percurso

- 18** Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram;
- 19** Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03 (conforme orientação do fabricante);
- 20** Aguardar 10 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
- 21** Fazer a interpretação conforme:
 - a.** Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostra será considerada NÃO REAGENTE.



- b. Se aparecer a linha rosa ou roxa na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE.



- c. Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail diagnostico@ aids.gov.br

7. Observação

- Se o resultado do exame for considerado **REAGENTE** para a infecção pelo HIV, realize um segundo teste rápido, de outro fabricante para confirmação do diagnóstico;
- Após confirmação, encaminhar o usuário para o Centro de Referência DST/AIDS com referência/contra referência, em horário comercial de segunda à sexta.
- Em casos de resultados discordantes, encaminhe amostra de sangue para o Laboratório Municipal (formulário LMC campo 06 HIV).

8. Referências bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para utilização de Teste Rápido DPP HIV com amostra de fluido oral**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://telelab.aids.gov.br>>. Acesso em 10/02/2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em 10/02/2020.

- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Recomendações para o funcionamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do estado de São Paulo.** Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças. Informes Técnicos Institucionais. Rev. Saúde Pública 2009; 43(2):383-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/IT-SES.pdf>>. Acesso em 10/02/2020.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Capacitação para o diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando testes rápidos.** Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças. Manual treinando, 2011.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Eliana Cristina Petoilho COREN/SP 59305 Graziela Maria G. Espindola COREN/SP 89391 Josiane do Carmo Dias COREN/SP 073073 Marita Fontenele A. Coelho COREN/SP 151929 Marta de Souza Pereira COREN/SP 248634	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Eliana Cristina Petoilho COREN/SP 59305 Graziela Maria G. Espindola COREN/SP 89391 Josiane do Carmo Dias COREN/SP 073073 Marita Fontenele A. Coelho COREN/SP 151929 Marta de Souza Pereira COREN/SP 248634	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN 181.450

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS
CENTRO DE REFERÊNCIA
PROGRAMA MUNICIPAL DST/AIDS
Rua Regente Feijó - 637 - Centro - Campinas / SP
TEL: 3234.5000 / 3236.3711
e-mail: saude.aids@campinas.sp.gov.br



Nome: _____
Data de nascimento: _____ Sexo: F () M () Matrícula: _____

TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Amostra: sangue total _____ Data da coleta: _____

TESTE 1:
Nome do produto: _____
Método: imunocromatografia
Lote: _____
Resultado do teste: (NAO REAGENTE ou REAGENTE)

TESTE 2:
Nome do produto: _____
Método: imunocromatografia
Lote: _____
Resultado do teste: (NAO REALIZADO ou NAO REAGENTE ou REAGENTE)

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO:

AMOSTRA (NÃO REAGENTE ou REAGENTE ou INDETERMINADA) PARA HIV

Responsável Técnico: _____ Data: _____

Amostra reagente ou não reagente para o HIV

- A amostra que apresentar resultado não reagente no teste rápido terá seu resultado definido como “**Amostra não reagente**”.
- As amostras que apresentarem resultado reagente em dois testes rápidos terão seu resultado definido como “**Amostra reagente**”.
- Nas amostras que apresentarem resultados discordantes em dois testes rápidos deverá ser realizada a coleta de amostra por punção venosa para sorologia convencional para HIV.
- Indivíduos infectados pelo HIV, em uso de antirretroviral, imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem não produzir anticorpos contra o vírus, sendo este teste diagnóstico contraindicado;
- Se o resultado da 1ª amostra foi definido como “**Amostra não reagente**” para o HIV e se o usuário estiver em janela imunológica recomenda-se nova testagem.¹

Responsável pela entrega do resultado: _____ Data: _____

¹ A avaliação do período de janela imunológica deve ser avaliada caso a caso, variando conforme o indivíduo e especificidade do teste utilizado de 30 a 90 dias.

POP 69 Teste Rápido para HIV com Amostra de Sangue

1. Definição

Diagnóstico da infecção pelo HIV I e II por meio da detecção qualitativa de anticorpos contra o vírus no sangue total venoso, soro e plasma. Existem vários formatos de TR, os mais frequentemente disponibilizados pelo Ministério da Saúde, utilizam como método a imunocromatografia, com plataforma de fluxo lateral ou plataforma de duplo percurso (DPP).

2. Objetivo

Ampliar o acesso da população em geral, principalmente das populações mais vulneráveis, ao diagnóstico da infecção pelo HIV. Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento. Fornecer resultado por pessoal capacitado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório. Diminuir o risco de transmissão vertical.

3. Contraindicação

Indivíduos infectados pelo HIV imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem não produzir anticorpos contra o vírus. Uso prolongado de antirretroviral. Crianças menores de 02 anos, filhos de mãe soropositiva.

4. Executante

Técnicos e Auxiliares de enfermagem capacitados poderão executar o teste, porém o laudo é privativo do enfermeiro.

5. Material

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos
- Manual de instrução
- Álcool 70%
- Algodão ou gaze não estéril
- Cronômetro ou relógio
- Caneta esferográfica
- Caneta de tinta permanente

- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos
- Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos
- Laudo TR HIV (anexo 2)
- **Kit diagnóstico** – imunocromatografia em plataforma de fluxo lateral: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução diluente;
- **Kit diagnóstico** – imunocromatografia em plataforma de duplo percurso: lanceta para punção digital, alça coletora descartável, frasco para eluição da amostra, com dosador e tampa, plataforma de teste DPP Sífilis e frasco com solução-tampão de corrida;

6. Descrição do procedimento

- 1 Ler o manual de instrução;
- 2 Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);
- 4 Colocar os EPIs;
- 5 Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
* cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.
- 6 Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- 7 Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- 8 Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou na plataforma de duplo percurso não for visível duas linhas, uma na área de controle e outra na área do teste, despreze esse material e recomece;
- 9 Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste e no frasco de eluição, com caneta de tinta permanente;
- 10 Abrir o frasco para eluição da amostra se for realizar o teste de duplo percurso;
- 11 Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- 12 Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;

13 Realizar punção digital;

14 Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar, alça coletora ou pipeta capilar evitando a formação de bolhas. Realizar nova coleta, caso ocorra a formação de bolhas.



Tubo Capilar



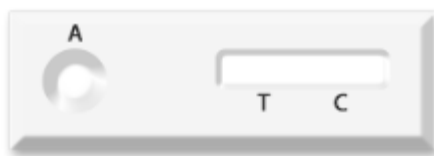
Alça Coletora



Pipeta Capilar

15 Realização do Teste:

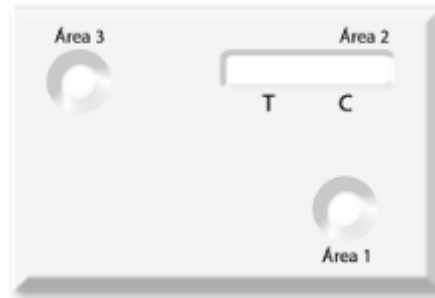
- Imunocromatografia de fluxo lateral



Plataforma para imunocromatografia de fluxo lateral

- 1** Colocar a pipeta capilar na posição vertical e dispensar uma gota da amostra no poço do dispositivo de teste A. Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço;
- 2** Adicionar quatro gotas de diluente no poço em que foi colocada anteriormente a amostra;
- 3** Aguardar 20 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.

- Imunocromatografia em plataforma de duplo percurso

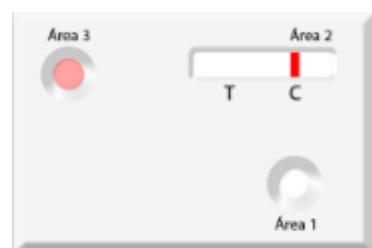
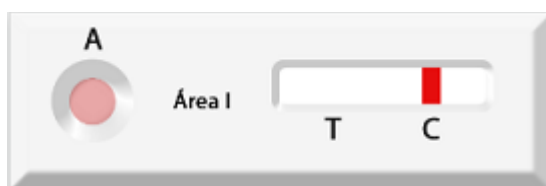


Plataforma para imunocromatografia de duplo percurso

- 1 Inserir a alça coletora no frasco de eluição, identificado, quebrar a alça coletora, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos;
- 2 Retirar a tampa superior do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01. Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço (conforme orientação do fabricante);
- 3 Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram;
- 4 Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03;
- 5 Aguardar 10 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado

16 Interpretação do Teste:

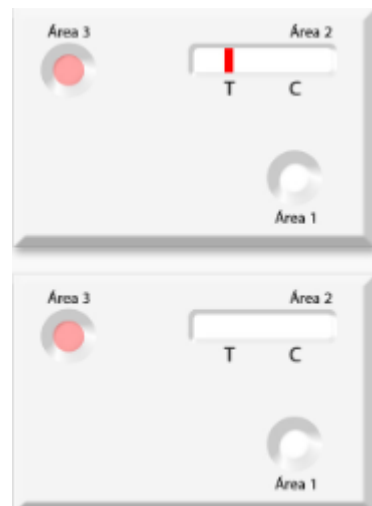
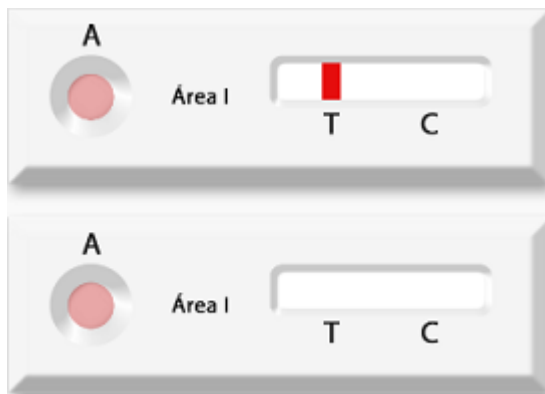
- a. Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostra será considerada NÃO REAGENTE.



- b. Se aparecer a linha rosa ou roxa na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE.



- c. Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail diagnostico@ aids.gov.br



- d. Não interpretar o teste após o período padronizado para a realização da leitura;

- 17 Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- 18 Retirar os EPIs;
- 19 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 20 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 21 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Se o resultado do exame for considerado **REAGENTE** para a infecção pelo HIV, realize um segundo teste rápido, de outro fabricante para confirmação do diagnóstico.
- Após confirmação, encaminhar o usuário para o Centro de Referência DST/AIDS com referência/contra referência, em horário comercial de segunda à sexta.
- Nos casos de resultados discordantes, encaminhe amostra de sangue para o Laboratório Municipal (formulário LMC campo 06 HIV).

- Alguns fatores podem intervir no resultado ou gerar resultado **falso negativo**: Paciente em janela imunológica; Amostra coagulada ou lipêmica; Volume incorreto de amostra e tempo incorreto de leitura.
- Alguns fatores podem intervir no resultado ou gerar resultado **falso positivo**: Doença autoimune; Vacina influenza; Transplantes.

8. Referências bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico do HIV**. Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.telelab.aids.gov.br>>. Acesso em 10/02/2020.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Recomendações para o funcionamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do estado de São Paulo**. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças. Informes Técnicos Institucionais. Rev. Saúde Pública 2009; 43(2):383-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/IT-SES.pdf>>. Acesso em 10/02/2020.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Capacitação para o diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando testes rápidos**. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças. Manual treinando, 2011.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Eliana Cristina Petoilho COREN/SP 59305 Graziela Maria G. Espindola COREN/SP 89391 Josiane do Carmo Dias COREN/SP 073073 Marita Fontenele A. Coelho COREN/SP 151929 Marta de Souza Pereira COREN/SP 248634	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Eliana Cristina Petoilho COREN/SP 59305 Graziela Maria G. Espindola COREN/SP 89391 Josiane do Carmo Dias COREN/SP 073073 Marita Fontenele A. Coelho COREN/SP 151929 Marta de Souza Pereira COREN/SP 248634	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN 181.450

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS
CENTRO DE REFERÊNCIA
PROGRAMA MUNICIPAL DST/AIDS
Rua Regente Feijó - 637 - Centro - Campinas / SP
TEL: 3234.5000 / 3236.3711
e-mail: saude.aids@campinas.sp.gov.br

Nome: _____
Data de nascimento: _____ Sexo: F () M () Matrícula: _____

TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Amostra: sangue total

Data da coleta: _____

TESTE 1:

Nome do produto: _____

Método: imunocromatografia

Lote: _____

Resultado do teste: **(NAO REAGENTE ou REAGENTE)**

TESTE 2:

Nome do produto: _____

Método: imunocromatografia

Lote: _____

Resultado do teste: **(NAO REALIZADO ou NAO REAGENTE ou REAGENTE)**

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO:

AMOSTRA (NÃO REAGENTE ou REAGENTE ou INDETERMINADA) PARA HIV

Responsável Técnico: _____

Data: _____

Amostra reagente ou não reagente para o HIV

- A amostra que apresentar resultado não reagente no teste rápido terá seu resultado definido como “Amostra não reagente”.
- As amostras que apresentarem resultado reagente em dois testes rápidos terão seu resultado definido como “Amostra reagente”.
- Nas amostras que apresentarem resultados discordantes em dois testes rápidos deverá ser realizada a coleta de amostra por punção venosa para sorologia convencional para HIV.
- Indivíduos infectados pelo HIV, em uso de antirretroviral, imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem não produzir anticorpos contra o vírus, sendo este teste diagnóstico contraindicado;
- Se o resultado da 1ª amostra foi definido como “Amostra não reagente” para o HIV e se o usuário estiver em janela imunológica recomenda-se nova testagem.¹

Responsável pela entrega do resultado: _____

Data: _____

¹ A avaliação do período de janela imunológica deve ser avaliada caso a caso, variando conforme o indivíduo e especificidade do teste utilizado de 30 a 90 dias.

POP 70 Teste Rápido para Sífilis

1. Definição

Teste Rápido (TR) utilizado para triagem da infecção pelo *Treponema pallidum*, que permite a detecção dos anticorpos específicos anti-*T. pallidum* no soro ou sangue total. Existem vários formatos de TR, os mais frequentemente disponibilizados pelo Ministério da Saúde, utilizam como método a imunocromatografia, com plataforma de fluxo lateral ou plataforma de duplo percurso (DPP);

2. Objetivo

Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado. Ampliar o diagnóstico e detectar precocemente a infecção, agilizando a resposta aos indivíduos e permitindo o rápido encaminhamento para assistência médica e início de tratamento. Prevenir a sífilis congênita.

3. Contraindicação

Não deve ser utilizado no controle de tratamento e/ou suspeita de reinfecção;

4. Executante

Técnicos e Auxiliares de enfermagem capacitados poderão executar o teste, porém o laudo é privativo do enfermeiro.

5. Material

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos
- Manual de instrução
- Álcool 70%
- Algodão ou gaze não estéril
- Cronômetro ou relógio
- Caneta esferográfica
- Caneta de tinta permanente
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos

- Laudo TR Sífilis (anexo 1)
- **Kit diagnóstico** – imunocromatografia em plataforma de fluxo lateral: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução diluente;
- **Kit diagnóstico** – imunocromatografia em plataforma de duplo percurso: lanceta para punção digital, alça coletora descartável, frasco para eluição da amostra, com dosador e tampa, plataforma de teste DPP Sífilis e frasco com solução-tampão de corrida;

6. Descrição do procedimento

- 1 Ler o manual de instrução;
- 2 Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- 3 Higienizar as mãos (POP 45);
- 4 Colocar os EPIs;
- 5 Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;

* cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.

- 6 Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- 7 Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- 8 Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou na plataforma de duplo percurso não for visível duas linhas, uma na área de controle e outra na área do teste, despreze esse material e recomece.
- 9 Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste e no frasco de eluição, com caneta de tinta permanente;
- 10 Abrir o frasco para eluição da amostra se for realizar o teste de duplo percurso.
- 11 Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- 12 Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
- 13 Realizar punção digital;

- 14** Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar, alça coletora ou pipeta capilar evitando a formação de bolhas. Realizar nova coleta, caso ocorra a formação de bolhas.



Tubo Capilar



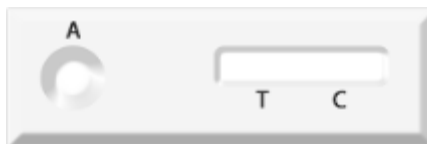
Alça Coletora



Pipeta Capilar

15 Realização do Teste

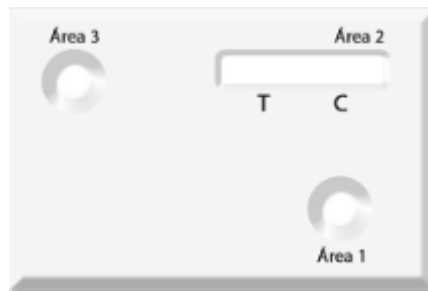
- **Imunocromatografia de fluxo lateral**



Plataforma para imunocromatografia de fluxo lateral

- 1 Colocar a pipeta capilar na posição vertical e dispensar uma gota da amostra no poço do dispositivo de teste A. Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço (conforme orientação do fabricante);
- 2 Adicionar quatro gotas de diluente no poço em que foi colocada anteriormente a amostra (conforme orientação do fabricante);
- 3 Aguardar 20 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.

- **Imunocromatografia em plataforma de duplo percurso**

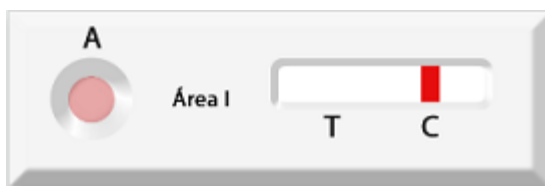


Plataforma para imunocromatografia de duplo percurso

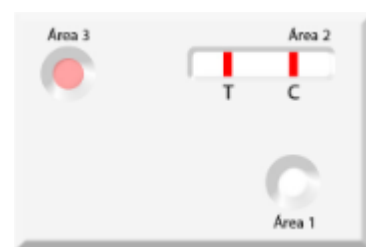
- 1 Inserir a alça coletora no frasco de eluição, identificado, quebrar a alça coletora, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos;
- 2 Retirar a tampa superior do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01. Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço;
- 3 Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram;
- 4 Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03;
- 5 Aguardar 10 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.

16 Interpretação do Teste

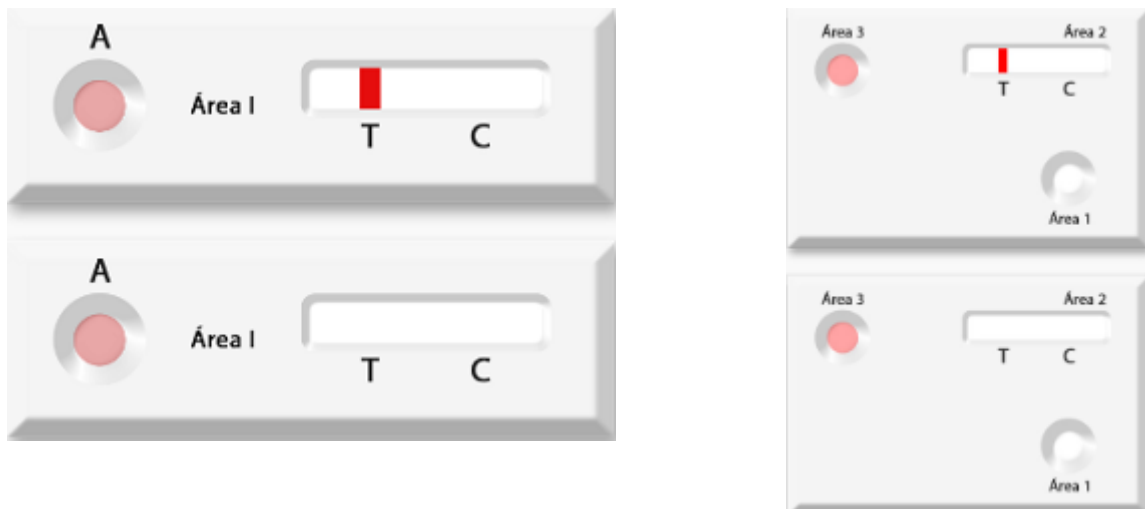
- a. Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostra será considerada **NÃO REAGENTE**.



- b. Se aparecer a linha rosa ou roxa na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada **REAGENTE**.



- c. Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail diagnostico@ aids.gov.br



- d. Não interpretar o teste após o período padronizado para a realização da leitura;

- 17** Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- 18** Retirar os EPIs;
- 19** Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 20** Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 21** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo *Treponema pallidum*. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis (janela imunológica).
- Em casos de resultados reagentes, encaminhe amostra de sangue para o Laboratório Municipal (formulário LMC campo 06 sífilis).

8. Referências bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico de Sífilis**. Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Eliana Cristina Petoilho COREN/SP 59305 Graziela Maria G. Espindola COREN/SP 89391 Jusiane do Carmo Dias COREN/SP 073073 Marita Fontenele A. Coelho COREN/SP 151929 Marta de Souza Pereira COREN/SP 248634	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Eliana Cristina Petoilho COREN/SP 59305 Graziela Maria G. Espindola COREN/SP 89391 Jusiane do Carmo Dias COREN/SP 073073 Marita Fontenele A. Coelho COREN/SP 151929 Marta de Souza Pereira COREN/SP 248634	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Larissa de Souza Tressoldi COREN/SP 398938	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN 181.450

POP 71 Troca de Bolsa de Estomia

1. Definição

Higienização e troca da bolsa coletora de efluentes intestinais ou urinários em pacientes portadores de colostomia, ileostomia ou urostomia.

2. Objetivo

Reter/coletar os efluentes. Manter a higienização do estoma. Proporcionar o conforto e bem estar ao paciente. Prevenir possíveis infecções e lesões de pele.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- EPIs (luvas de procedimento, máscara cirúrgica)
- Comadre
- Tesoura curva
- Soro fisiológico 0,9%
- Gaze ou papel higiênico
- Sabão de uso habitual
- Bolsa de estomia indicada ao paciente
- Escala de medida do estoma
- Placa da bolsa se houver (dispositivo de duas peças)
- Protetor de pele (se necessário)
- Pasta de resina sintética (se necessário)

6. Descrição do procedimento

- 1** Reunir o material;
- 2** Higienizar as mãos (POP 42);
- 3** Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

- 4** Promover a privacidade do paciente expondo apenas a área do estoma, colocando-o em decúbito dorsal;
- 5** Paramentar-se com os EPIs;
- 6** Esvaziar a bolsa coletora, observando o aspecto do material coletado (cor, consistência, quantidade, odor) e desprezar na comadre ou no vaso sanitário;
- 7** Umedecer a região do adesivo da bolsa ou da placa com gaze embebida em SF 0,9% aquecido e remover cuidadosamente da pele, evitando lesões na pele periestoma e facilitar a remoção da bolsa ou da placa;
- 8** Limpar o estoma e região periestomal com gaze, água e sabão ou SF 0,9%, observando as condições da pele e mantendo-a seca para aplicação do dispositivo. Utilizar gaze sobre o mesmo para evitar drenagem de urina ou fezes enquanto prepara a nova bolsa coletora;
- 9** Medir o estoma com escala de medidas, traçar molde no verso da bolsa, deixando área de segurança de 1mm e recortar. Estoma irregular, preparar molde sob medida;
- 10** Colocar a pasta de resina sintética (se necessário), preenchendo os espaços vazios na região periestoma. Aplicar pó protetor na pele periestoma em caso de sinais de irritação local;
- 11** Retirar o papel protetor da base adesiva da bolsa ou da placa;
- 12** Adaptar a nova bolsa coletora, ajustando sua abertura ao estoma, pressionando suavemente contra a parede abdominal. Colocar o clamp/presilha no dispositivo e fechar. A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes;
- 13** Em caso de dispositivo com duas peças (placa mais bolsa coletora), traçar o molde no verso da placa e recortar conforme medida. Após, adaptar a placa a abertura do estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa;
- 14** Deixar o paciente confortável;
- 15** Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 16** Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 17** Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 18** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

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

8. Referências bibliográficas

- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Orientações sobre ostomias**, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ostomias.pdf>. Acesso em: 11 out. 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.

- PORTAL OSTOMIZADOS. Disponível em: <http://www.ostomizados.com/index.html>
Acesso em: 27 nov. 2015.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Tienne de Almeida A. Rampazzo COREN/SP 213.414 Flavio Ventura dos Santos COREN/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Tienne de Almeida A. Rampazzo COREN/SP 213.414 Flavio Ventura dos Santos COREN/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Kristine Coely Leal Lemos COREN/SP 51558	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN 181.450

POP 72 Troca de Gastrostomia

1. Definição

Gastrostomia é uma abertura feita cirurgicamente no estômago para o meio externo, com finalidade de facilitar a alimentação enteral para o paciente e administração de líquidos ou medicamentos, quando a mesma está impossibilitada por via oral. Em casos no qual há necessidade do uso prolongado da nutrição enteral é indicado realização gastrostomia, desde que o paciente tenha condições clínicas para o procedimento cirúrgico e que seja avaliado pela equipe multiprofissional. A substituição da gastrostomia se dá em casos de rompimento balão, alterações estoma bem como processos infecciosos, obstrução, perda, tempo prolongado e desgaste natural. Em média essa troca acontece a cada 3 meses podendo prorrogar até 1 ano de acordo qualidade e tipo do material adquirido.

Razões para substituir um tubo ou dispositivo de gastrostomia: O dispositivo não está funcionando adequadamente (vazando, bloqueando regularmente, sujidade aderida); O dispositivo está deteriorado; O dispositivo está causando complicações no local do estoma; O dispositivo saiu acidentalmente.

2. Objetivo

Proporcionar uma alternativa de via nutricional

3. Contraindicação

Hemorragias e vômitos persistente.

4. Executante

Enfermeiro

5. Material

- EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção)
- Sonda foley com número ou gastrostomia adequada
- Gel de lidocaína 2%
- Seringa de 20 ml
- Água destilada – ampola

6. Descrição do procedimento

- 1 Reunir o material;
- 2 Higienizar as mãos (POP 42);
- 3 Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 4 Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;
- 5 Paramentar-se com os EPIs;
- 6 Retirar o Cateter antigo e rapidamente;
- 7 Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína 2%;
- 8 Introduzir a sonda delicadamente na abertura do estoma cerca de 12cm;
- 9 Insuflar o balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml), ou de acordo com recomendação do fabricante e fixar o cateter;
- 10 Aplique curativo no local da inserção, fixando-os com micropor, a fim de evitar que ele se movimente para dentro e para fora. E retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- 11 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 12 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 13 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Referências bibliográficas

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. DISTRITO FEDERAL. **Parecer nº 007/99**. Papel do Enfermeiro na troca de sondas de cistostomia e gastrostomia.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- SANTOS ET AL. Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 30º de março de 2011 [citado 2º de outubro de 2020];44(1):39-50. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47321>>. Acesso em: 10 fev. 2020

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230997 Flávio Ventura dos Santos COREN/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230997 Flávio Ventura dos Santos COREN/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230997 Natália Panonto Correia COREN/SP 283180	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN 181.450

POP 73 Troca de Traqueostomia

1. Definição

O termo traqueostomia refere-se à operação que realiza uma abertura e exteriorização da luz traqueal. O paciente traqueostomizado mantém uma via aérea artificial e, conseqüentemente, necessita de cuidados para evitar complicações relacionadas à presença cânula plástica com ou sem *cuff* ou *cânula de metal*, lesões e infecção local, ressecamento das secreções pulmonares, obstrução da cânula, risco de broncoaspiração e desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica. Dentre esses cuidados está a necessidade de troca, manter subcânula limpa, cuidados com a pele e o tubo traqueal. A troca de uma traqueostomia ocorre se necessário ou de acordo características individuais do paciente e do equipamento e varia de 30 dias a 6 meses dependendo do material utilizado (aço, alumínio, plástico ou silicone).

2. Objetivo

Facilitar o processo respiratório.

3. Contraindicação

Dispneia severa.

4. Executante

Enfermeiro.

5. Material

- EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção)
- Compressas de gazes
- Traqueostomia com número adequado ao procedimento
- Cadarço de fixação
- Gel de lidocaína 2%
- Soro fisiológico 0,9%

6. Descrição do procedimento

- 1 Reunir o material;
- 2 Higienizar as mãos (POP 42);
- 3 Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- 4 Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;
- 5 Paramentar-se com os EPIs;
- 6 Retirar a traqueostomia antiga e rapidamente;
- 7 Lubrificar a nova traqueostomia com lidocaína 2%;
- 8 Introduzir a traqueostomia delicadamente na abertura do estoma;
- 9 Retire a cânula suavemente e introduza a nova cânula e fixe-a. Troque as gazes entre a pele e o tubo traqueal;
- 10 Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- 11 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 12 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 13 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente.
- Quanto a realização de aspiração de secreção do estoma traqueal ou da cânula de traqueostomia definitiva no ambiente domiciliar, pode ser realizado por um cuidador familiar não remunerado, desde que capacitado pelo Enfermeiro, devendo o paciente ser acompanhado sistemático e supervisionado do Enfermeiro na execução dos procedimentos citados.
- O profissional Enfermeiro tem competência técnico-científica para a execução da troca da cânula de traqueostomia (externa e interna), tanto no ambiente hospitalar como no ambiente domiciliar. Obs: Traqueostomia deve ser trocada apenas por uma de mesmo material.

8. Referências bibliográficas

- BRASIL. Portaria no. 400, de 16 de novembro de 2009. **Atenção à Saúde à Pessoas Ostomizadas.** Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html.> Acesso em: 11 out. 2018.

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO. **Parecer nº 23/2013.** Procedimento de aspiração de secreção por cânula de traqueostomia. 2013.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO. **Parecer nº 006/2013,** Troca de Cânula de Traqueostomia por enfermeiro. 2013
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017.** Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012.** Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atendimento domiciliar.** Protocolo de assistência de enfermagem. Campinas/SP, 2014.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230997 Flávio Ventura dos Santos COREN/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230997 Flávio Ventura dos Santos COREN/SP 224.222	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Julimar Fernandes de Oliveira COREN /SP 230997 Natália Panonto Correia COREN/SP 283180	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN 181.450

POP 74 Troca de Sonda de Cistostomia

1. Definição

É a introdução de um cateter urinário estéril é introduzido e mantido em uma abertura cirúrgica (cistostomia supra púbica ou vesicostomia), formando um trajeto alternativo para a saída da urina contida na bexiga.

2. Objetivo

Drenar a urina contida na bexiga.

3. Contraindicação

Pós-operatório imediato.

4. Executante

Enfermeiro.

5. Material

- EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção)
- Kit sondagem (cuba rim, pinças, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado)
- Sonda foley ou de silicone de duas vias com calibre adequado
- Bolsa drenagem de urina sistema fechado (Bolsa coletora)
- Luva estéril
- Gaze estéril
- Duas seringas de 20ml
- Agulha para aspiração
- Ampola de água destilada
- Lidocaína gel 2%
- Solução aquosa clorexidina 0,2%
- Fita adesiva hipoalérgica
- Biombo

6. Descrição do procedimento

- 1 Reunir o material;
- 2 Chamar o paciente/confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);
- 4 Promover a privacidade do paciente;
- 5 Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;
- 6 Paramentar-se com os EPIs;
- 7 Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;
- 8 Abrir a ampola de água destilada sobre a mesa de cabeceira do paciente;
- 9 Desprezando o primeiro jato, colocar solução de Clorexidina 0,2% nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
- 10 Abrir a bisnaga de lidocaína gel 2% e colocar um pouco em local estéril;
- 11 Com auxílio de uma seringa de 20ml desinsufle o balonete da sonda que esta no paciente e retire-a. Desprezar sonda e bolsa no lixo adequado;
- 12 Calçar um par de luvas estéreis (POP 75);
- 13 Com auxílio de uma seringa de 20ml e uma agulha de aspiração, sem contaminar as mãos, aspirar água destilada necessária para insuflar o balonete. Testar o balonete introduzindo toda a água, após o teste reservar a seringa com água no campo estéril;
- 14 Com auxílio da pinça, proceder antisepsia do estoma;
- 15 Colocar o campo fenestrado sobre o estoma;
- 16 Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína 2%;
- 17 Introduzir a sonda delicadamente no estoma cerca de 20cm e insuflar o balonete com água destilada;
- 18 Conectar a bolsa coletora;
- 19 Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;
- 20 Retirar o campo fenestrado sem desconectar a bolsa coletora;
- 21 Proteger o estoma e a base da sonda com gaze estéril e ocluir com fita hipoalérgica;
- 22 Prender a bolsa coletora na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do executante;
- 23 Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;

- 24** Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos;
- 25** Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 26** Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 27** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente.
- Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica (sondagem e retirada da sonda).
- A mudança de cateteres de cistostomia ou bolsas de drenagem em intervalos fixos de rotina não é recomendada. Em vez disso, a troca de cateteres e bolsas de drenagem acontece com base em indicações clínicas como infecção, obstrução ou quando o sistema fechado está danificado. Segundo orientações da ANVISA a equipe de saúde não precisa monitorar rotineiramente bacteriúria assintomática em pacientes com cateter, mas recomenda-se a sua retirada precocemente.
- Manter o sistema de drenagem fechado, a não ser em situações específicas, como nas irrigações urinárias.
- Utilizar sondas de maior calibre (20 a 24 F) quando for passível a formação de coágulo.
- Trocar todo sistema de drenagem fechado quando ocorrer obstrução do cateter ou do tubo coletor, suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna do cateter, violação ou contaminação do cateter e/ou do sistema de drenagem e febre sem outra causa conhecida; (nunca trocar somente a bolsa coletora).
- Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e orientar o paciente a mantê-la nesta posição.
- Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga.
- Alternar os locais da fixação e trocar a fita adesiva a cada 24 horas.
- Manter o ponto distal de drenagem do coletor de urina suspenso, ou seja, sem que este encoste no solo.
- Realizar higiene íntima com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos duas vezes ao dia.
- Perguntar ao paciente se este apresenta alergia a látex, PVPI e/ou fita adesiva hipoalérgica ou esparadrapo).

- Em caso de urgência, (bexigoma, infecções de urina, entre outras) a troca do CVD poderá ser delegada a profissional auxiliar/técnico de enfermagem devidamente capacitado.
- Realizar o curativo do estoma a cada 24 horas.

8. Referências bibliográficas

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO. **Parecer nº 041/ 2012**. Troca de sonda de cistostomia, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Flavio Ventura dos Santos COREN/SP 224.222 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Flavio Ventura dos Santos COREN/SP 224.222 Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Julimar Fernandes de Oliveira COREN/SP 230997 Natália Panonto Correia COREN/SP 283180	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN 181.450

POP 75 Uso de Luvas Estéreis

1. Definição

É a colocação e retirada adequada das luvas esterilizadas com a finalidade de evitar contaminação.

2. Objetivo

Evitar contaminação de procedimentos assépticos e contaminação das mãos na retirada da luva.

3. Contraindicação

Procedimentos que não necessitem de tal material.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Luvas esterilizadas na numeração adequada.

6. Descrição do procedimento

- 1** Higienizar as mãos (POP 42);
- 2** Abrir a embalagem externa pela borda de abertura até o final;
- 3** Retirar a embalagem interna, colocando-a sobre uma superfície limpa;
- 4** Abrir as dobras horizontais do envelope;
- 5** Abrir os dois lados das dobras verticais do papel pelas abas presentes nestas, expondo as luvas de forma a não contaminar o campo estéril;
- 6** Segurar com o polegar e indicador da mão não dominante a dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura da mesma;
- 7** Unir os dedos da mão dominante, com a palma da mão voltada para cima e introduzi-la na abertura da luva, tracionando a luva com a mão não dominante em direção ao punho, até calçá-la por completo, desfazendo a dobra do punho;
- 8** Ajustar os dedos da mão que estão dentro da luva na medida em que a traciona;
- 9** Colocar os dedos da mão enluvada por baixo da dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura;

- 10 Unir os dedos da mão não dominante e introduzir na abertura da luva com a palma da mão voltada para cima, tracionando a luva em direção ao punho até calçá-la por completo, desfazendo a dobra do punho;
- 11 Ajustar as luvas de ambas às mãos;
- 12 Manter a mão enluvada longe do corpo e outras superfícies;
- 13 Desprezar o papel envelope da luva apenas após término do procedimento asséptico a ser realizado.

RETIRAR AS LUVAS

- 1 Segurar com o polegar e o indicador de uma das mãos a luva da outra mão, próximo ao punho desta;
- 2 Puxar a luva em direção aos dedos, virando-a para o lado avesso, a medida que vai sendo retirada;
- 3 Segurar a luva retirada com a mão que encontra-se com luva; permitir a retirada das luvas, evitando a contaminação das mãos e do ambiente;
- 4 Repetir o procedimento na outra mão, encapando a luva que era segurada;
- 5 Desprezar as luvas na lixeira correta (lixo comum ou infectante), dependendo da quantidade de sangue/secreção contida nestas;
- 6 Higienizar as mãos.

7. Observação

- Higienizar as mãos antes e depois de calçar as luvas. As luvas não oferecem proteção completa contra a contaminação, razão que justifica a importância da correta higienização das mãos antes de calçar as luvas.
- Utilizar luvas esterilizadas sempre que for manipular campos/materiais estéreis.

8. Referências bibliográficas

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.
- PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- BRASILIA. **Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos**: Considerações sobre seu uso. Boletim Informativo de Tecnovigilância. Brasília, n.2, abr-jun, 2011.

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740 Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53400	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Cristiane da Rocha F. Dias COREN/SP 120.740 Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53400	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Adriana Cristina D'Orásio COREN/SP 306.501	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN 181.450

POP 76 Vacinação – rotinas

1. Definição

Determinação das normas e procedimentos necessários na organização do trabalho em sala de vacina.

2. Objetivos

Padronizar a organização e funcionamento da Sala de Vacinas, a fim de garantir a máxima segurança na administração de imunobiológico.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Para o Controle da temperatura da geladeira:

- Termômetro de refrigerador (digital de máxima e mínima)
- Mapa de controle diário da temperatura
- Ficha de Notificação de Alteração de Temperatura
- Livro para registro de intercorrências

Para a execução da limpeza concorrente:

- Água e sabão
- Álcool a 70%

Para organização dos insumos:

- Câmara Fria ou refrigerador exclusivo para imunobiológico
- Caixa Térmica de uso diário
- Planilha Diária e Mensal de Controle de Frascos de Imunobiológicos padronizada para o SI-PNI (vacina, lote, validade e quantidade- entradas e saídas)
- Planilha para controle de doses em estoque padronizada para o Sistema de informação vigente (entrada e saída)
- Material de insumo médico-hospitalar
- Recipiente rígido para acondicionamento de material perfurocortante

Para atendimento ao paciente:

- Bandeja
- Seringas e agulhas
- Imunobiológicos
- Cartão de vacinas
- Cartão espelho (no sistema ou no papel)
- Carimbo
- Material de escritório (lápiz, caneta, borracha e régua)
- Termômetro de ambiente
- Computador com acesso à internet

6. Descrição do procedimento

- 1 Averiguar a limpeza e organização da sala;
- 2 Verificar e anotar a temperatura da câmara de vacinas, certificando-se que as vacinas se mantiveram na temperatura entre +2°C a +8°C (este registro deve ser realizado no início, no meio e ao final do dia de trabalho). O procedimento de verificação das temperaturas das câmaras frias segue a instrução do fabricante do equipamento;
- 3 Anotar os valores da temperatura máxima, mínima e do momento em impresso próprio e mantendo-o arquivado na Sala de Vacinas;
- 4 Comunicar ao enfermeiro se houver alteração de temperatura na câmara fria (inferior a 2°C ou superior a 8°C); não utilizar estes imunobiológicos, mantendo-os separados e em temperatura adequada até o transporte ao almoxarifado central; e comunicar a VISA Regional;
- 5 Preencher a Ficha de Notificação de Alteração de Temperatura. A decisão de utilização ou descarte dos imunobiológicos com alteração de temperatura é do Programa Estadual de Vacinação, esta informação é repassada pela VISA Regional e desta para a unidade, a fim de que possa registrar adequadamente na movimentação de estoque;
- 6 Verificar o funcionamento, limpeza e temperatura do ar condicionado da Sala de Vacinas, e registrar a temperatura do ambiente;
- 7 Manter os registros das manutenções preventivas e corretivas da câmara fria e ar condicionado arquivados na sala de vacinas;
- 8 Manter arquivos eletrônicos ou físicos atualizados com os manuais, orientações do programa de imunização, e arquivos do sistema informatizado, para consulta dos

profissionais;

- 9** Organizar os impressos e material de escritório necessário para as atividades;
- 10** Realizar a limpeza concorrente das superfícies com água e sabão e após desinfecção com álcool a 70%;
- 11** Higienizar as mãos (POP 42);
- 12** Checar e repor os materiais necessários para o atendimento, verificando o prazo de validade;
- 13** Organizar o estoque de consumo diário de imunobiológicos e diluentes, segundo o quantitativo populacional e demanda de cada unidade;
- 14** Semanalmente, separar os imunobiológicos para utilização, realizando o controle dos lotes e validade, utilizando o Sistema de informação vigente, bem como a inclusão dos mesmos no e-SUS AB. Após a organização do estoque semanal, realizar a transferência de saldo, pelo Sistema de informação vigente, para que o almoxarifado possa disponibilizar a cota adequada. A transferência de saldo deve estar atualizada com antecedência de, no máximo, quatro (04) dias antes da entrega do BEC;
- 15** Checar a capacidade do recipiente de perfurocortantes e trocá-lo se necessário;
- 16** Se utilizar a caixa térmica de uso diário, ao final do dia, verificar o prazo de utilização dos imunobiológicos restantes e os que estiverem dentro do prazo de utilização deverão ser armazenados na câmara fria;
- 17** Diariamente registrar em Planilha Diária de Controle de Imunobiológicos padronizada para o SI-PNI o número de frascos utilizados, bem como perdas e remanejamentos de imunobiológico. Importante lembrar que o SI-PNI trabalha com número de frascos e o Sistema de informação vigente com número de doses;
- 18** Checar e registrar sempre a “entrada” dos imunobiológicos recebidos do almoxarifado no Sistema de informação vigente para o controle adequado do estoque;
- 19** Realizar movimentação de imunobiológico no SI-PNI mensalmente, no último dia do mês, com levantamento do número de frascos que foram recebidos, utilizados, perdidos ou remanejados, partindo da planilha de controle diário de frascos. Este procedimento possibilita o relatório consolidado de doses aplicadas e perdas, a ser enviado a VISA regional, até o 5º dia útil de cada mês.

Atendimento ao paciente

- 1** Chamar o paciente para o atendimento;

- 2** Solicitar a carteira de vacinação e cartão SUS. Pedir para que o paciente ou acompanhante se identifique, dizendo o nome (dupla checagem, atentando para nomes semelhantes e homônimos);
- 3** Adicionar o paciente a lista de atendimentos no e-SUS AB, selecionando o tipo de serviço “VACINA”, caso paciente não possua cartão SUS (CADWEB) atualizado, encaminhá-lo para atualização de cadastro;
- 4** Explicar o procedimento que será realizado, sanar as dúvidas e orientar sobre a vacina a ser administrada e sua importância;
- 5** Consultar no cartão espelho, SI-PNI ou e-SUS AB a situação vacinal do paciente;
- 6** Higienizar as mãos (POP 42);
- 7** Preparar o imunobiológico conforme sua especificidade (via de administração, dose e local de aplicação de acordo com a faixa etária);
- 8** Lavar com água e sabão o local de aplicação caso apresente sujidade;
- 9** Solicitar à mãe ou responsável que segure a criança de forma adequada, garantindo uma imobilização segura;
- 10** Não massagear o local de aplicação, fazer apenas uma leve compressão com algodão seco e não fazer curativo;
- 11** Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
- 12** Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde (verificar o PGRSS da unidade);
- 13** Orientar quanto a não utilização de pomadas ou compressas no local da aplicação;
- 14** Informar sobre os eventos adversos, orientando retornar à unidade se necessário (consultar Manual de Eventos Adversos);
- 15** Registrar no cartão do paciente, no e-SUS AB e no cartão espelho, selecionando a dose de cada vacina que será administrada, conferindo o número de lote/fabricante e validade registrados no sistema, selecionar a estratégia de imunização, via de administração e local de aplicação. Checar as informações do registro de cada dose antes de salvar/finalizar para evitar erros e inconsistências;
- 16** Realizar aprazamento no e-SUS AB (ou manualmente, se necessário o uso de intervalos mínimos) e anotar no cartão do paciente (e s/n no cartão espelho) a data de retorno para próxima vacinação, conforme calendário vacinal e faixa etária;
- 17** Identificar no cartão do paciente, o local de aplicação, quando aplicações simultâneas;

- 18** Realizar orientações sobre o seguimento do calendário vacinal preconizado e sobre a importância da guarda e conservação do comprovante ou caderneta de vacinação;
- 19** Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 20** Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 21** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Conforme a Portaria nº 2.499/GM/MS de 23 de setembro de 2019, o e-SUS AB foi implantado como estratégia de reestruturação de registro de informações na Atenção Primária, sendo atualmente o Sistema para o registro de vacinação adotado em todo o país.
- O SI-PNI se mantém ativo para consultas, relatórios, digitação de consolidados de Campanhas / Monitoramento Rápido da Vacinação (MRC), notificação de EAPV e digitação mensal da Movimentação de Imunobiológicos.
- Em caso de inutilização de imunobiológico, preencher e enviar planilha específica e realizar “saída” do imunobiológico no Sistema de informação vigente.
- Realizar convocação de faltosos a partir dos relatórios do SI-PNI, cartão espelho e/ou da DNV para os primeiros 2 anos de vida.
- Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal da sala de vacina ou conforme necessidade.
- Realizar a limpeza interna da geladeira mensalmente, antes da chegada dos imunobiológicos (no dia anterior), preferencialmente no início da semana e no início da jornada de trabalho.
- Verificar o tempo de uso recomendado após a diluição de cada vacina e identificar no frasco a validade.
- Notificar a VISA em caso de eventos adversos utilizando ficha específica. Eventos graves e/ou inusitados devem ser notificados imediatamente por telefone.
- Solicitação de imunobiológicos especiais deve ser feita em impresso próprio do CRIE e encaminhada a VISA.

8. Referência bibliográfica

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação**. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pos-vacinacao.pdf

Acesso 30 nov.2015.

- SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Norma Técnica do Programa de Imunização**, 2016. 85 p.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS: Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem**: Assistência de Enfermagem. Campinas, SP; 2009.
- BRASIL. Portaria nº 2.499/GM/MS, de 23 de setembro de 2019 (Altera a forma de registro de dados de aplicação de vacinas, imunoglobulinas e soros realizada nas unidades de Atenção Primária à Saúde para apenas um sistema, o e-SUS AB)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. E-SUS Atenção Básica: Manual de Uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão-PEC versão 3.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. (Disponível em: http://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual_3_2/capitulo6)

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53400 Tienne de A. Antonio Rampazzo COREN/SP 213414	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Elizabeth Tieko Fujino COREN/SP 53400 Tienne de A. Antonio Rampazzo COREN/SP 213414	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Ana Cecília Bueno de Campos P. Zuiani COREN/SP 83305 Cristina A. B. Albuquerque COREN/SP 52406 Grasiela Nogueira COREN/SP 325500 Paula Valéria Domingues COREN/SP 180960	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450

POP 77 Verificação de Frequência Cardíaca

1. Definição

Determinar a resposta cardíaca expressa pelo batimento de uma artéria pressionada sobre uma saliência óssea. Envolve os critérios de frequência, volume e ritmo avaliados por 1 (um) minuto.

2. Objetivo

Verificar o estado geral da saúde cardiovascular e a resposta ao organismo a outros desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas. Avaliar estado geral do paciente. Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Relógio com marcador de segundos
- Estetoscópio se necessário

6. Descrição do procedimento

- 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 42);
- 4 Manter o paciente em posição confortável;

Verificação de Pulso Apical

- 1 Expor a região torácica;
- 2 Posicionar o estetoscópio devidamente higienizado com álcool a 70% na região torácica (3º a 5º espaço intercostal à D);

- 3 Auscultar as bulhas cardíacas por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto à fonética, ritmo e frequência);

Verificação de Pulso Arterial

- 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 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 2 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 3 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

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

8. Referências bibliográficas

- ARCHER, E. et al;. **Procedimentos e Protocolos**; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão: Enfermagem**, 2012.
- POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

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

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Priscilla Brandão B. Pegoraro COREN/SP 184.203 Edméia Ap. Nunes Duft COREN/SP 52.754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Priscilla Brandão B. Pegoraro COREN/SP 184.203 Edméia Ap. Nunes Duft COREN/SP 52.754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Talita Carlos Rodrigues Romano COREN/SP: 141332	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450

POP 78 Verificação de Frequência Respiratória

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Contraindicação

Não há

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

- Relógio com marcador de segundos
- Estetoscópio se necessário

6. Descrição do 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 42);
- 3 Reunir o material e levá-lo para próximo do paciente;
- 4 Apresentar-se e explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- 5 Manter o paciente em posição confortável;
- 6 Colocar a mão no pulso do paciente 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;

- 10** Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%;
- 11** Comunicar enfermeiro se alterações;
- 12** Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 13** Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 14** Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observações

- Observar os padrões de frequência respiratória:

IDADE	Batimentos por minuto*
Recém-Nascido	35-40
Lactentes (06 meses)	30-50
Crianças que começam a andar	25-32
Crianças	20-30
Adolescentes	16-19
Adultos	14-20

* valores conforme referência no repouso (acordado ou dormindo).

8. Referências bibliográficas

- ARCHER, E. et al. **Procedimentos e Protocolos**; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão: Enfermagem**, 2012.
- GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Saúde Pública. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. **Manual de Procedimentos**, 2010.
- POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Priscilla Brandão B. Pegoraro COREN/SP 184.203 Edméia Ap. Nunes Duft COREN/SP 52.754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Priscilla Brandão B. Pegoraro COREN/SP 184.203 Edméia Ap. Nunes Duft COREN/SP 52.754	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Talita Carlos Rodrigues Romano COREN/SP: 141332	Renata Cauzzo Zingra Mariano, COREN/ SP 181450

POP 79 Verificação de Temperatura Corpórea

1. Definição

Determinar a temperatura corpórea (da superfície da pele).

2. Objetivo

Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas. Avaliar estado geral do paciente; Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações. Acompanhar a evolução da doença.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Algodão
- Álcool a 70%
- Termômetro coluna de mercúrio ou digital

6. Descrição do procedimento

- 1 Reunir o material;
- 2 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- 3 Higienizar as mãos (POP 42);
- 4 Manter o paciente em posição confortável;
- 5 Realizar desinfecção do termômetro zerando a temperatura armazenada anteriormente (para crianças preferir o termômetro digital);
- 6 Selecionar local apropriado, livre de lesões (preferencialmente região axilar);
- 7 Aguardar por 03 minutos (termômetro de mercúrio) ou até a emissão de sinal sonoro (termômetro digital);
- 8 Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70% e zerar a temperatura armazenada;

- 9 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- 10 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- 11 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- 12 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração.
- Em crianças observar se vestimenta adequada à estação do ano ou temperatura ambiente ou fatores externos que possam alterar a temperatura.

8. Referências bibliográficas

- ARCHER, E et al;. **Procedimentos e Protocolos**; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2 ed. São Paulo, 2012.
- HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão: Enfermagem**, 2012.
- RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Saúde Pública. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. **Manual de Procedimentos**, 2010.
- POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	Versão	Elaborado ou Revisado por	Validado por
27/12/2013	01	Priscila Brandão B. Pegoraro COREN/SP 184.203 Débora Tresoldi COREN/SP 90.271	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
11/01/2016	02	Priscila Brandão B. Pegoraro COREN/SP 184.203 Débora Tresoldi COREN/SP 90.271	Rosana Aparecida Garcia COREN/SP 72.902
10/02/2020	03	Talita Carlos Rodrigues Romano COREN/SP: 141332	Renata Cauzzo Zingra Mariano COREN/ SP 181450