SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APARECIDA DE GOIÂNIA-GO
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
NÚCLEO DE GOVERNANÇA CLÍNICA

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Aparecida de Goiânia, GO
2023

SUMÁRIO

1- Introdução..... 3
2- Agendamento de consultas..... 4
3- Orientações básicas de acolhimento do paciente na UBS..... 5
4- Digitação no Sistema de Informação..... 6
5- Orientações básicas de consultórios gerais..... 8
6- Orientações básicas de sala de procedimentos..... 9
7- Organização da sala de coleta de exames..... 10
8- Organização da farmácia..... 11
9- Lavagem de mãos..... 12
10- Orientações básicas de pré-consulta de enfermagem..... 14
11- Orientações básicas para aferição de peso..... 15
12- Orientações básicas para aferição de comprimento e estatura..... 19
13- Orientações básicas de aferição de pressão arterial sistêmica..... 22
14- Orientações básicas de realização de coleta para Glicemia..... 26
15- Orientações básicas para aferição de circunferência abdominal no adulto..... 27
16- Medida de perímetro cefálico..... 29
17- Medida de perímetro torácico..... 31
18- Orientações básicas para aferição de circunferência de quadril em adultos…..... 32
19- Coleta de teste do pezinho..... 33
20- Coleta de teste da mamãe..... 35
21- Coleta de Colprocitológico (prevenção) de colo de útero..... 38
22- Orientações básicas sobre solicitação de dosagem de hemoglobina glicada..... 40
23- Rotina de Sala de Vacina..... 42
24- Orientações básicas de sala de curativos..... 44
25- Coleta de escarro..... 45
26- Coleta de sangue para exames gerais..... 52
27- Orientações básicas para troca de bolsa de colostomia/urostomia iIeostomia.... 53
28- Orientações básicas para coleta de sondagem vesical de demora/alívio..... 56
29- Prova do laço..... 58
30- Orientações básicas de administração de medicamentos via intramuscular…..... 59
31- Orientações básicas de administração de medicamentos via endovenosa…..... 61
32- Administração de medicamentos via oral..... 63
33- Administração de medicamentos via subcutânea..... 64
34- Administração de medicamentos via inalatória..... 66
35- Administração de medicamentos via ocular..... 67
36- Acondicionamento de resíduos..... 68
37- Atendimento domiciliar para os profissionais do NASF..... 69

1-Introdução

A Atenção Básica no município de Aparecida de Goiânia é uma importante “porta de entrada” dos usuários nos sistemas de saúde. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade.

Com a expansão da rede de Atenção Primária no Município de Aparecida de Goiânia verificou-se a necessidade de qualificar os processos de trabalho da rede, a fim de garantir a padronização de atendimento. O Procedimento Operacional Padrão (POP) é um documento que estabelece o modo como uma atividade deve ser realizada. Ele é fundamental para garantir a qualidade e a segurança do trabalho a ser executado.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 001	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

AGENDAMENTO DE CONSULTAS

EXECUTANTE: Administrativos, Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento do agendamento de consultas

Passos:

1. Abrir a UBS no horário determinado;
2. Acolher os usuários que aguardam na UBS, tratando-os com prudência e respeito;
3. Agendar as consultas conforme o número de vagas determinados;
4. Encaminhar ao acolhimento os usuários que relatarem sinais e sintomas para avaliação;
5. Preencher novos prontuários para usuários novos, caso seja necessário;
6. Localizar os prontuários de usuários já existentes e encaminhar a enfermagem para pré-consulta.
7. Consultas serão agendadas por horário, respeitando o horário de intervalo entre as mesmas;
8. Todos os usuários que procurarem consulta na unidade deverão passar pelo acolhimento;
9. Sempre haverá reservas técnicas para que haja possibilidades de atendimentos a intercorrências que possam acontecer na unidade. Não acontecendo intercorrências essas vagas poderão ser preenchidas por outros pacientes.

Adulto e Criança. Estas deverão ser agendadas de acordo com os respectivos protocolos estabelecidos pela SMS.

Elaborado: Arivan Alves Ferreira	Revisado Gustavo Amoury Assunção Déborah Almeida Franco	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Apoio Institucional ESF	Responsável Apoio Institucional SAS	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 002	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE ACOLHIMENTO DO PACIENTE NA UBS

EXECUTANTE: Todos os profissionais da equipe de saúde.

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Identificar a população residente no território de abrangência UBS, receber, escutar e acolher o usuário com escuta ativa, visando atender suas necessidades básicas, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário.

Passos:

1. Atender o paciente em um ambiente privativo, com ambiência, permitindo o diálogo e a resolubilidade do problema;
2. Utilizar uma escuta ampliada buscando identificar o motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido;
3. Observar, reconhecer e descrever em prontuário sinais e sintomas;
4. Caso não seja enfermeiro ou médico, comunica-los quando o motivo da procura ao serviço for uma queixa, sinal ou sintoma que necessite de atendimento;
5. Referenciar e/ou encaminhar o paciente de acordo com a necessidade avaliada;
6. Agendar retornos, se necessário;
7. Realizar as orientações;

<u>Cabe ao profissional administrativo da UBS:</u>

1. Preencher todos os dados pessoais do usuário no prontuário;
2. Acrescentar sempre que necessário, folha de continuação e anexar ao prontuário;
3. Atualizar o cadastro dos indivíduos no sistema de informação.

<u>Cabe ao técnico de enfermagem ou enfermeiro da UBS:</u>

1. Realizar aferição dos Sinais Vitais (SSVV) e das medidas antropométricas;
2. Registrar, assinar, datar e colocar o horário da verificação dos SSVV no prontuário;
3. Preencher a Ficha de Procedimentos;
4. Registrar as informações no sistema de informação.

<u>Cabe exclusivamente ao enfermeiro da UBS:</u>

1. Supervisionar o acolhimento realizado pelo técnico de enfermagem;
2. Receber os pacientes que procuram o serviço com queixa, sinal ou sintoma, realizar acolhimento qualificado e, quando necessário, consulta de enfermagem, assim como proceder os encaminhamentos necessários;
3. Registrar em prontuário o atendimento;
4. Preencher a Ficha de Atendimento Individual e de procedimento;
5. Registrar as informações no sistema de informação.

<u>Cabe ao médico da UBS:</u>

1. Receber os pacientes que procuram o serviço com queixa, sinal ou sintoma, na ausência do enfermeiro;
2. Realizar acolhimento qualificado de demanda espontânea, e, quando necessário, consulta de enfermagem, assim como proceder aos encaminhamentos necessários;
3. Preencher a Ficha de Atendimento Individual e de procedimento;
6. Registrar em prontuário o atendimento;
7. Alimentar o sistema de informação

Elaborado por: Renata Elias da Silva	Revisado por: Lígia Vanessa S Cruz Duarte Bruna Aniele Cota Milvane Dias Araújo	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Apoio Institucional ESF	Responsável: Enfermeira SAS/ESF	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde
Referência: Brasil. Acolhimento à demanda espontânea. Cad. Saúde Pública [online]. 2013. SCHIMITH, MARIA DENISE AND LIMA, MARIA ALICE DIAS DA SILVA. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família.Cad. Saúde Pública [online]. 2004, v. 20, n. 6, pp. 1487-1494. ISSN 0102-311X.		

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 003	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

DIGITAÇÃO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO

EXECUTANTE: Toda a equipe de saúde e Administrativos.

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de preenchimento de dados para alimentação dos sistemas de informação em saúde e construção dos indicadores preconizados.

MATERIAIS:
Computador com acesso à internet.

ATRIBUIÇÕES

Quanto as anotações no Sistema:

- Atribuições comuns a todos os profissionais: manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Quanto a digitação da produção: deve ser realizado pelo mesmo profissional que realizou o atendimento, entendendo que essa ação faz parte desse atendimento e é de responsabilidade desse profissional;
- A digitação das fichas no sistema é obrigatória;
- No atendimento o próprio profissional que o realiza que deverá inserir as informações no prontuário, nos espaços predeterminados para isso. Isto nos respalda quanto a questões éticas e de confiabilidade, assim como pelo acesso restrito ao prontuário.
- Utilizar os Sistemas de Informação de Saúde disponíveis para registro, monitoramento, avaliação e planejamento das ações em conjunto com as equipes;
- Garantir que os estagiários assistentes administrativos mantenham atualizadas todas as rotinas administrativas, bem como a alimentação de todos os Sistemas de informação referentes à Atenção Básica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Lígia Vanessa Silva Cruz Duarte	Amanda Caroline Farias	Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Equipe SAS/ESF	Responsável: Equipe SAS/ESF	Responsável: Superintendência de Atenção à Saúde

Referências: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2017.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 004	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE CONSULTÓRIOS GERAIS

EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem/Auxiliares e Serviços Gerais

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento dos consultórios gerais

Passos:

1. Realizar limpeza concorrente a cada início das atividades/ou de acordo com a necessidade e fluxo de usuários das UBS pelos serviços gerais;
2. Organizar a sala diariamente;
3. Checar o funcionamento dos equipamentos utilizados: negatoscópio, otoscópio, sonar, aparelho de pressão arterial, insumos básicos para consulta;
4. Checar/repor materiais e impressos próprios e específicos no atendimento;
5. Realizar limpeza e desinfecção de almotolias semanalmente pela equipe de enfermagem;
6. Realizar monitoramento dessas ações pelo Gestor da UBS.

Obs: De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, série Pactos pela Saúde, volume 4, pág. 48: é atribuição do técnico de enfermagem o Gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Elaborado	Revisado	Aprovado
Leliana Alves da Fonseca	Lígia Vanessa S Cruz Duarte Rosikelly Silva de Oliveira	Gustavo Amoury Assunção
Responsável Apoio Institucional SAS	Responsável Enfermeira Apoio	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referência:ALFENAS. Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde. Procedimento Operacional Padrão, Normas Institucionais. Belo Horizonte, 2013.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 005	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE SALA DE PROCEDIMENTOS

EXECUTANTE: Técnico de Enfermagem e Enfermeira

ÁREA: Sala de procedimento

OBJETIVO: Estabelecer rotina de organização e funcionamento da sala de procedimentos

Passos:

1. Organizar a sala;
2. Solicitar o auxiliar de serviços gerais que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal, conforme POP específico;
3. Verificar a validade dos medicamentos, materiais do carrinho de emergência e do armário vitrine;
4. Repor os materiais e medicamentos conforme necessidade;
5. Checar carga e funcionamento do desfibrilador diariamente, caso não funcione comunique o enfermeiro;
6. Checar volume, vazamento e funcionamento do cilindro de oxigênio, caso não funcione comunique o enfermeiro;
7. Realizar limpeza e desinfecção de máscara, umidificador, tubo conector e ambú, conforme POP específico;
8. Executar procedimentos (conforme POP específico);
9. Anotar, assinar e carimbar em prontuário e em livro de registro os procedimentos realizados;
10. Manter ambiente de trabalho limpo, organizado e abastecido.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado
Loanny Moreira Barbosa	Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Rosikelly Silva de Oliveira	Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Apoio institucional SAS	Responsável: Apoio Institucional	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referências: BORTOLOZO, N. M. Et al. Técnicas em Enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007. PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem. Florianópolis-SC, 2013. PEREIRA, M. E. R. ET AL. Manual de procedimentos básicos de enfermagem. Uberlândia, 2000.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 006	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ORGANIZAÇÃO DA SALA DE COLETA DE EXAMES

EXECUTANTE: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem.

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Organizar o funcionamento da sala de coleta de exames, para otimização do processo de trabalho. Proporcionar atendimento adequado ao paciente atendendo suas necessidades com qualidade e agilidade.

Passos:

1. Organizar a sala de coleta no dia anterior;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e, após, realizar desinfecção com álcool 70%) antes do início da coleta;
3. Solicitar ao profissional de serviços gerais que realize limpeza concorrente ao término do dia;
4. Realizar a coleta e recebimento de material conforme norma de procedimento padrão;
5. Repor material de acordo com a necessidade.

Elaborado por: Bruna de Castro Fernandes	Revisado por: Querén de Pádua	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Apoio Institucional ESF	Responsável: Enfermeira SAS/ESF	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referências: BORTOLOZO, N. M. et al. Técnicas em enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007. PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. Florianópolis-SC, 2013

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 007	Data de validação: 22/06/2022	Data de revisão: 2023

ORGANIZAÇÃO DA FARMÁCIA

EXECUTANTE: Enfermeiros, técnicos de Enfermagem, Chefe de UBS, Farmacêuticos.

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Garantir o abastecimento regular dos medicamentos, materiais padronizados e melhoria dos processos.

Passos:

1. Manter os armários de medicamentos e insumos limpos e organizados;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool 70%) três vezes na semana;
3. Solicitar ao profissional de serviços gerais que realize limpeza terminal semanalmente;
4. Zelar pela restrição do acesso à farmácia, mantendo-a fechada, evitando o acesso de pessoas não autorizadas;
5. É de responsabilidade do chefe de UBS a elaboração, o recebimento e conferência do mapa de solicitação mensal de medicamentos e insumos;
6. Organizar as prescrições dispensadas, realizando controle de entrada e saída de medicamentos e insumos;
7. Garantir que nenhum medicamento seja dispensado sem prescrição médica;
8. Observar semanalmente a data de validade dos medicamentos e insumos, garantindo que, quando necessário, sejam remanejados (com formulário próprio) em tempo hábil para sua utilização.

Elaborado por: Bruna de Castro Fernandes	Revisado por: Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Milvane Dias Araújo	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Apoio Institucional ESF	Responsável: Enfermeira SAS	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referência: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2009. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília, 2006c MARIN, N. et al (Org.). Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Opas, 2003.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 008	Data de validação: 22/06/2022	Data de revisão: 2023

LAVAGEM DAS MÃOS

EXECUTANTE: Todos os profissionais que trabalham nos serviços de saúde

ÁREA: Todos os ambientes

OBJETIVO: Remoção de sujidade, suor, oleosidade, pelos, células descamativas e da microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato.

HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

Técnica:

1. Abra a torneira e molhe as mãos evitando encostar-se a pia;
2. Aplique na palma da mão a quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante)
3. Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
4. Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos;
5. Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais;
6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice-versa), segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem;
7. Esfregue o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular;
8. Friccione as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha (e vice-versa), fazendo movimento circular;
9. Esfregue o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita (e vice-versa), utilizando movimento circular;
10. Enxágue as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evite contato direto das mãos ensaboadas com torneira;
11. Seque as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel toalha na lixeira para lixo comum.

HIGIENIZAÇÃO ANTI-SÉPTICA DAS MÃOS

Técnica: a técnica de higienização anti-sética é igual aquela utilizada para higienização simples das mãos, substituindo-se o sabão por um anti-séptico. Exemplo: anti-séptico degermante.

Duração de procedimento: 40 a 60 segundos

FRICÇÃO ANTI-SÉPTICA DAS MÃOS (com preparações alcoólicas)

Técnica:

1. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
2. Friccionar as palmas das mãos entre si;
3. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
4. Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
5. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa;
6. Friccionar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita utilizando movimentos circulares e vice-versa;
7. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa;

8. Friccionar os punhos com movimentos circulares; 9. Deixar as mãos secarem naturalmente. Duração do procedimento: 20 a 30 segundos		
Elaborado por: Renata Tavares Lopes	Revisado por: Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Milvane Dias Araújo	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Coordenadora ESF	Responsável: Enfermeira SAS	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde
Referências: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. 2013. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos. Brasília: ANVISA, 2009.		

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 009	Data de validação: 22/06/2022	Data de revisão: 2023

ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE PRÉ-CONSULTA DE ENFERMAGEM

EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Agilizar o serviço prestado ao paciente, contribuindo para um atendimento diferenciado de acordo com a necessidade de atendimento indivíduo. Observar as características gerais do paciente, conhecer o seu perfil, realizar orientações e criar vínculo cliente/profissional.

MATERIAL NECESSÁRIO:

1. Água, papel toalha e sabonete líquido;
2. Caneta;
3. Fita métrica;
4. Balança antropométrica;
5. Esfigmomanômetro;
6. Estetoscópio;
7. Termômetro;
8. Algodão com álcool 70%;
9. Relógio;
10. Prontuário do paciente.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Se apresentar ao paciente, caso seja o primeiro contato com o mesmo;
2. Identifica-lo;
3. Lavar as mãos;
4. Orienta-lo quanto ao procedimento a ser executado;
5. Questionar o motivo da sua procura a UBS, calmamente;
6. Realizar a coleta dos dados:
    - Peso;
    - Altura;
    - Temperatura;
    - Pressão arterial;
    - HGT (se necessário)
    - Respiração;
    - Pulso;
    - Circunferência abdominal;
    - Perímetro cefálico em caso de crianças;
7. Anotar os dados colhidos no prontuário do paciente;
8. Em caso de gestante ou criança, fazer as anotações no cartão próprio:
9. Encaminhar o paciente para aguardar o atendimento;
10. Manter o ambiente de trabalho organizado.

Elaborado	Revisado	Aprovado
Leliana Alves da Fonseca	Lígia Vanessa S Cruz Duarte Rosikelly Silva de Oliveira	Gustavo Amoury Assunção
Responsável Apoio Institucional SAS	Responsável Enfermeira Apoio	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referências: Trindade, Cristiano S. A Importância do Acolhimento no processo de trabalho das equipes saúde da família, Nescon 2010.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 010	Data de validação: 22/06/2022	Data de revisão: 2023

ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA AFERIÇÃO DE PESO

EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem

ÁREA: Sala de Triagem

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS:

MATERIAL:

1. Balança Pediátrica ou “tipo bebê”
2. Água
3. Sabão
4. Papel toalha
5. Prontuário
6. Caderneta de saúde da criança.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Higienizar as mãos.

1º Passo: Destravar a balança;

2°Passo: Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso contrário, calibrá-la, girando lentamente o calibrador;

3° Passo: Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;

4° Passo: Após constatar que a balança está calibrada, ela deve ser travada;

5° Passo: Despir a criança com o auxílio da mãe ou responsável;

6° Passo: Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato, de modo a distribuir o peso igualmente. Destravar a balança, mantendo a criança parada o máximo possível nessa posição. Orientar a mãe ou responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento;

7° Passo: Mover o cursor maior sobre a escala numérica para marcar os quilos.

8° Passo: Depois mover o cursor menor para marcar os gramas;

9° Passo: Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;

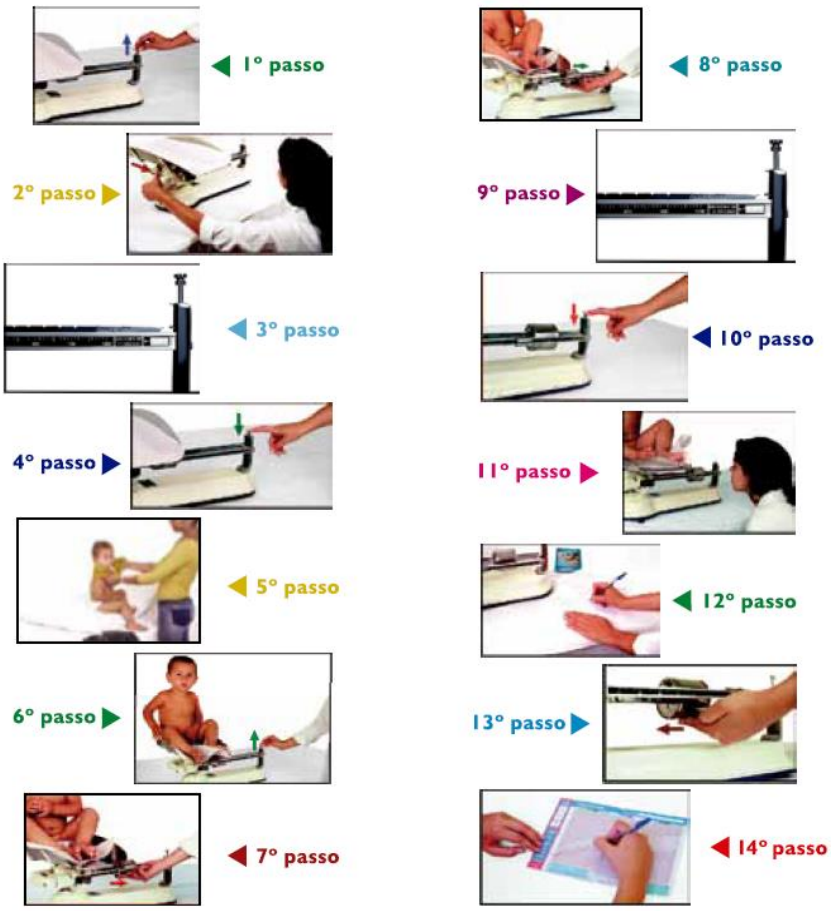
10° Passo: Travar a balança, evitando, assim, que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento;

11° Realizar a leitura de frente para o equipamento com os olhos no mesmo nível da escala para visualizar melhor os valores apontados pelos cursores;

12° Passo: Anotar o peso no formulário da Vigilância Alimentar e Nutricional/ prontuário;

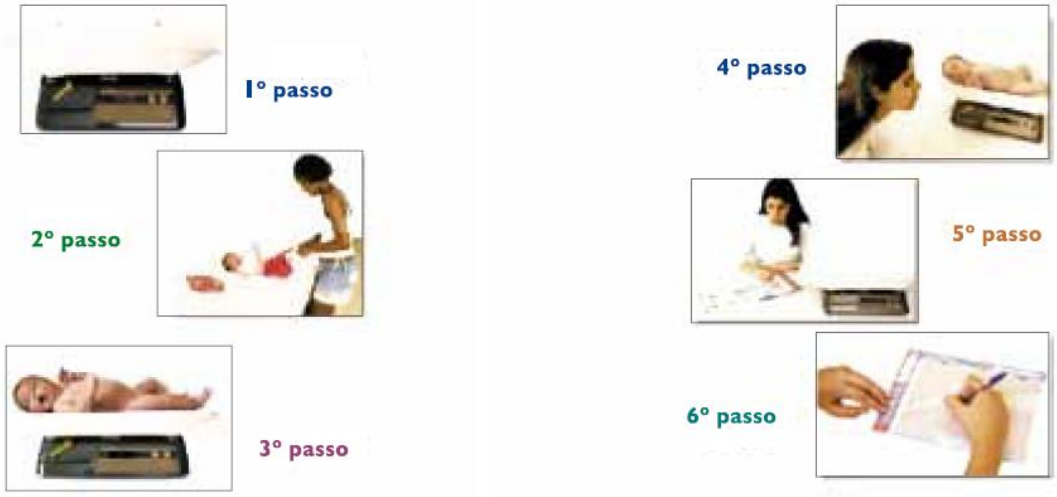
13° Passo: Retirar a criança e retornar os cursores ao zero na escala numérica.

14° Passo: Marcar o peso na Caderneta de Saúde da Criança.



Descrição do Procedimento (balança digital):
- Higienizar as mãos.

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

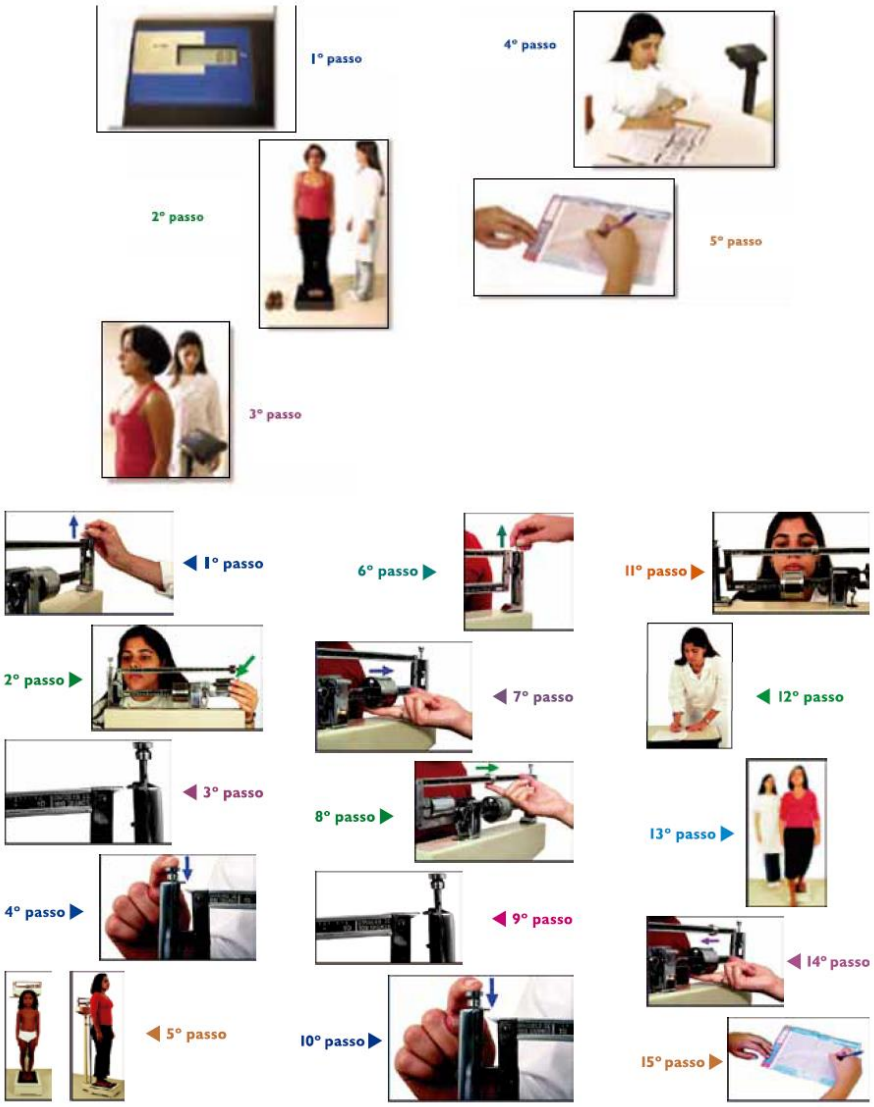


AFERIÇÃO DE PESO PARA CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS, ADOLESCENTES, ADULTOS E IDOSOS

MATERIAL:

1. Balança Mecânica de Plataforma
2. Água
3. Sabão
4. Papel toalha
5. Prontuário
6. Caderneta de saúde da criança.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
Inicialmente certifique-se de que a balança plataforma está afastada da parede.
- Higienizar as mãos.
1º Passo: Destravar a balança.
2º Passo: Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso contrário, calibrá-la, girando lentamente o calibrador.
3º Passo: Esperar até que a agulha do braço da balança e o fiel estejam nivelados.
4º Passo: Após a calibração da balança, ela deve ser travada e só então a criança, adolescente, adulto ou idoso deve subir na plataforma para ser pesado.
5º Passo: Posicionar o indivíduo de costas para a balança, descalço, com o mínimo de roupa possível, no centro do equipamento, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição.
6º Passo: Destravar a balança.
7º Passo: Mover o cursor maior sobre a escala numérica, para marcar os quilos.
8º Passo: Depois mover o cursor menor para marcar os gramas.
9º Passo: Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
10º Passo: Travar a balança, evitando, assim que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento.
11º Passo: Realizar a leitura de frente para o equipamento, para visualizar melhor os valores apontados pelos cursores.
12º Passo: Anotar o peso no prontuário.
13º Passo: Retirar o indivíduo da balança.
14º Passo: Retornar os cursores ao zero na escala numérica.
15º Passo: Marcar o peso das crianças na Caderneta de Saúde da Criança e os demais no prontuário.



Procedimento:

- Higienizar as mãos.

1º Passo: A balança deve estar ligada antes do indivíduo posicionar-se sobre o equipamento. Esperar que a balança chegue ao zero.

2º Passo: Colocar a criança, adolescente, adulto ou idoso no centro do equipamento, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição.

3º Passo: Realizar a leitura após o valor de o peso estar fixado no visor.

4º Passo: Anotar o peso no prontuário. Retirar o indivíduo da balança.

5º Passo: Para crianças, anotar o peso na Caderneta de Saúde da Criança.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado
Bruna Aniele Cota	Lígia Vanessa Silva Cruz Duarte Quéren de Pádua	Gustavo Amoury Assunção

Responsável: Chefia de Redes Temáticas Agravos não Transmissíveis	Responsável: Enfermeira da SAS/ ESF	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde
Referência: Silva, Roberto Carlos Lyra da, Silva, Carlos Roberto Lyra da, Santiago, Luiz Carlos. Semiologia em enfermagem. São Paulo: Rocca, 2011. Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.		

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 011	Data de validação: 22/06/2022	Data de revisão: 2023

ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA AFERIÇÃO DE COMPRIMENTO E ESTATURA

EXECUTANTE: Médicos, Nutricionistas, Técnicos de Enfermagem e enfermeiros

ÁREA: Sala de Triagem

OBJETIVO: Fornecer parâmetros para avaliação do estado nutricional, condições de saúde e crescimento e desenvolvimento do paciente.

COMPRIMENTO CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS:

MATERIAL:

1. Antropômetro
2. Álcool 70%
3. Prontuário
4. Caderneta de saúde da criança
5. Caneta

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Higienizar as mãos.

1º Passo: Deitar a criança no centro do antropômetro, descalça e com a cabeça livre de adereços.

2º Passo: Manter, com a ajuda da mãe/ responsável:

- a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito, no plano de Frankfurt (margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do meatus auditivo externo deverão ficar em uma mesma linha horizontal);
- os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro;
- os braços estendidos ao longo do corpo.

3º Passo: As nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro.

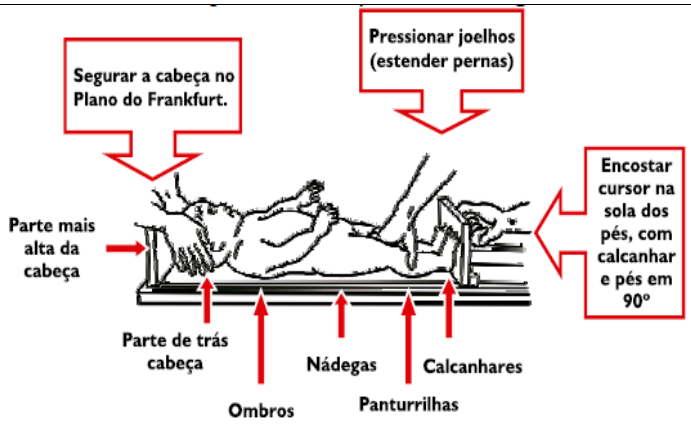
4º Passo: Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam.

5º Passo: Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada.

6° Passo: Retirar a criança.

7° Passo: Registrar o procedimento no prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança.

8° Passo: Lavar as mãos.



Técnica de aferição do comprimento segundo o Plano de Frankfurt

<u>ESTATURA CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS, ADOLESCENTES, ADULTOS E IDOSOS:</u>

Material:

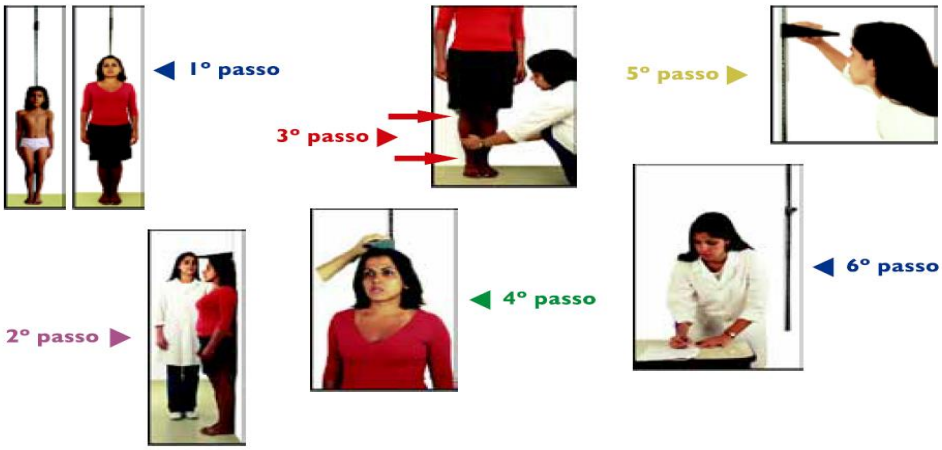
1. Antropômetro ou fita métrica;
2. Álcool 70%;
3. Papel toalha;
4. Prontuário;
5. Caderneta de saúde da criança;
6. Caneta;

Descrição do Procedimento:

- Higienizar as mãos.

1º Passo: Posicionar a criança, adolescente, adulto ou idoso descalço e com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento. Mantê-lo de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
2º Passo: A cabeça do indivíduo deve ser posicionada no plano de Frankfurt (margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do meatus auditivo externo deverão ficar em uma mesma linha horizontal).
3º Passo: As pernas devem estar paralelas, mas não é necessário que as partes internas das mesmas estejam encostadas. Os pés devem formar um ângulo reto com as pernas. (Idealmente, o indivíduo deve encostar os calcanhares, as panturrilhas, os glúteos, as escápulas e parte posterior da cabeça (região do occipital) no equipamento ou parede. Quando não for possível encostar esses cinco pontos, devem-se posicionar no mínimo três deles).
4º Passo: Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
5º Passo: Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento.
6º Passo: Anotar o resultado no prontuário do individuo. Para crianças, maiores de 2 anos marcar a altura na Caderneta de Saúde da Criança.
7° Passo: Lavar as mãos.

8° Passo: Manter a sala organizada.



Elaborado por: Bruna Aniele Cota	Revisado por: Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Milvane Dias Araújo	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Chefia de Redes Temáticas Agravos não Transmissíveis	Responsável: Enfermeira da SAS	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referências: SILVA,Roberto Carlos Lyra da, Silva, Carlos Roberto Lyra da, Santiago, Luiz Carlos. Semiologia em enfermagem. São Paulo: Rocca, 2011.
BOWDEN, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2013

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 012	Data de validação: 24/04/2017	Data de revisão:

ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL

EXECUTANTE: Médico, Enfermeiro e/ou Técnico/Auxiliar de Enfermagem

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Avaliar e monitorar a capacidade cardiovascular através da ausculta da pressão arterial fisiológica.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

1. Água;
2. Sabão líquido;
3. Papel Toalha;
4. Álcool a 70 %;
5. Algodão;
6. Caneta;
7. Bandeja;
8. Esfigmomanômetro;
9. Estetoscópio;
10. Aparelho digital;
11. Caneta;
12. Prontuário;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO COM APARELHO MANUAL:

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material necessário e levar para junto do paciente;
3. Certificar que o estetoscópio e esfigmomanômetro estejam íntegros e calibrados;
4. Realizar a desinfecção do estetoscópio e esfigmomanômetro com algodão umedecido em solução alcoólica;
5. Explicar o procedimento ao paciente;
6. 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;
7. Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;
8. Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pera e insuflar o manguito enquanto continua a palpar a artéria. Anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece;
9. Desinsuflar o manguito lentamente;
10. Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente;
11. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;
12. Manter o diafragma do estetoscópio firme sobre o pulso braquial e insufle o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20-30 mmHg acima desta pressão;
13. Esvaziar lentamente o manguito, identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);
14. Desinsuflar totalmente o manguito;
15. Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos;
16. Retirar o manguito do braço do paciente;
17. Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
18. Higienizar as mãos;

19. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO COM APARELHO DIGITAL:

1. Higienizar as mãos;
2. Conectar a extensão de borracha da braçadeira e aperte o botão para ligar o aparelho;
3. Esperar o aparelho indicar no visor que está pronto para iniciar a medida. Aperte o botão para iniciar, a braçadeira começará a encher, apertando o braço. Pedir para não conversar e nem movimentar o braço durante a medida.
4. Observar no visor do aparelho a medida da pressão arterial e pulso radial, sendo o primeiro valor a pressão sistólica e a segunda a diastólica
5. Desligar o aparelho
6. Anotar os valores no prontuário e no sistema de informação, utilizando os códigos referentes ao procedimento.

OBSERVAÇÕES:

- Não aferir pressão arterial em membros que tiverem:
  - ✓ Fístula endovenosa;
  - ✓ Cateterismo;
  - ✓ Plegias (perda grave ou completa da força muscular);
  - ✓ Punção venosa;
  - ✓ Infusão de líquidos;
  - ✓ Membro que for do sido mastectomizado do paciente.
- Indagar sobre ingestão de drogas licita ou ilícitas que possam vir a interferir com os mecanismos de regulação da pressão arterial;
- O paciente deve evitar:
  - ✓ Estar fumando, alimentando;
  - ✓ Ingerindo álcool ou café;
  - ✓ Estar de bexiga cheia.
- Questionar o paciente durante o procedimento sobre:
  - ✓ Presença de dor;
  - ✓ Tensão;
  - ✓ Ansiedade;
- Valores de referência

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio I	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio II	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio III	>ou = 180	>ou = 110
Hipertensão sistólica isolada	>ou+140	<90

Elaborado Verônica Carrijo de Freitas	Revisado Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Milvane Dias Araújo	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável Apoio Institucional SAS	Responsável Enfermeira SAS/ESF	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referências: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol, São Paulo, v. 95, n. 1, 2010. Disponível em: . Acesso em: 30/10/2019. BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. Brunner – Tratado de enfermagem médico – Cirúrgica. 14ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 9ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2018

É importante lembrar que os sistemas de informação devem ser de pronto preenchidos corretamente, para a construção dos indicadores. Visando compreender o percentual de pessoal hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre, se atentem à utilização dos seguintes códigos no sistema de informações:

O código SIGTAP para aferição de pressão arterial SIGTAP = 03.01.10.003-9 (aferição de pressão arterial)

Código necessários para alimentar o indicador de Hipertensão Arterial:

CIAP= Classificação Internacional de Atenção Primária;

CID= Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

CIAP2: K86; K87; W81
CID10: I10, I11, I110, I119, I12, I120, I129, I13, I130, I131, I132, I139,I15, I150, I151, I152, I158, I159, I270, I272, O10, O100, O101, O102, O103, O104 e O109

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 013	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE REALIZAÇÃO DE COLETA DE GLICEMIA

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico em enfermagem ou Auxiliar de enfermagem

ÁREA: Sala de procedimento

OBJETIVO: Verificar a concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital, fornecendo resultado imediato.

MATERIAL NECESSÁRIO:

1. Água, detergente, papel toalha;
2. Luvas de procedimentos;
3. Algodão;
4. Bandeja retangular ou mesa auxiliar (mesa de Mayo);
5. Glicosímetro;
6. Fitas reagentes para glicose, específica ao aparelho utilizado no momento;
7. Lancetas estéreis;
8. Caneta e papel para anotação do resultado encontrado;
9. Caixa para descarte de material contaminado;
10. Prontuário do paciente.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Realizar a desinfecção da bandeja ou mesa auxiliar (mesa de Mayo);
3. Separar o material necessário;
4. Certificar-se de que a fita reagente está na validade;
5. Orientar o paciente sobre o procedimento;
6. Realizar a higienização das mãos;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Ligar o aparelho e posicionar a fita e o glicosímetro de modo a facilitar a deposição da gota de sangue no local adequado;
9. Segurar a lanceta sem tampa e fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
10. Com a outra mão limpar a área com algodão embebido de álcool a 70% ou clorexidine alcoólico 0,5% após secar o local com algodão limpo e seco;
11. Com a lanceta ou agulha estéril fazer uma punção na ponta do dedo escolhido, preferencialmente na lateral do dedo, onde a dor é minimizada;
12. Lancetar o dedo e obter uma gota suficiente para preencher o campo reagente;
13. Pressionar o local da punção com algodão até hemostasia;
14. Atentar para pacientes em uso de anticoagulantes;
15. Informa-lhe o resultado obtido ao paciente;
16. Desprezar a fita reagente e a lanceta na caixa específica para material perfurocortante;
17. Limpar o glicosímetro com algodão 70%;
18. Retirar as luvas;
19. Lavar a bandeja ou mesa auxiliar (mesa de mayo), com água e sabão, secar com papel toalha;
20. Realizar a higienização das mãos;
21. Registrar o valor obtido no prontuário do paciente;
22. Manter o ambiente organizado.

Elaborado	Revisado	Aprovado
Leliana Alves da Fonseca		

	Lígia Vanessa Silva Cruz Duarte Cinthya Dias	Gustavo Amoury Assunção
Responsável Apoio Institucional SAS	Responsável Enfermeira SAS/ESF	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde
Referências: MILECH, A. et al. Diabetes Mellitus: clínica diagnóstica, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. • SILVA LD, PEREIA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005. • SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic, 2011		

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 014	Data de validação: 22/06/2022	Data de revisão: 2023

ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA AFERIÇÃO DE CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL NO ADULTO

EXECUTANTE: Médicos, Técnicos de Enfermagem, enfermeiros, nutricionistas

ÁREA: Sala de Triagem

OBJETIVO: Avaliação do estado nutricional do paciente.

MATERIAL:

1. Fita Métrica;
2. Álcool 70%;
3. Papel toalha;
4. Prontuário;
5. Caneta;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1° Passo: Higienizar as mãos.
2° Passo: Recepcionar o paciente
3ª Passo: Separar o material necessário
4ª Passo Fazer desinfecção da fita métrica com gaze embebida em álcool 70% e aguardar secagem espontânea
5° Passo: Orientar o procedimento ao paciente
6° Passo: Orientar o paciente a permanecer de pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas.
7° Passo: Solicitar que o paciente afaste sua roupa, de forma que a região da cintura fique despida. A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.
8º Passo: Realizar uma marcação pequena (com a caneta) no ponto médio entre a borda inferior da última costela e o osso do quadril (crista ilíaca), visualizado na frente da pessoa, do lado direito ou esquerdo.
9º Passo: Segure o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre a marcação realizada.
10º Passo: Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura (A fita não deve ficar larga, nem apertada).
9º Passo: Pedir à pessoa que inspire e, em seguida, que expire totalmente. Realizar a leitura imediata antes que a pessoa inspire novamente.
11º Passo: Realizar a leitura antes que a pessoa inspire novamente.
12° Passo: Anotar a medida no prontuário.
13° Passo: Lavar as mãos.
14° Passo: Manter a sala em ordem.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado
Bruna Aniele Cota	Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Milvane Dias Araújo	Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Chefia de Redes Temáticas Agravos não Transmissíveis	Responsável: Enfermeira SAS	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referência: SMELTZER; S.C; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 015	Data de validação: 22/06/2022	Data de revisão: 2023

MEDIDA DE PERÍMETRO CEFÁLICO

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: detectar precocemente os desvios de saúde e acompanhar as medidas instituídas que favorecem o bem-estar.

MATERIAL:

1. Fita Métrica
2. Prontuário
3. Caderneta da Criança
4. Alcool 70%
5. Papel toalha
6. Maca

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Perímetro cefálico - É a medida da circunferência do crânio com a finalidade de avaliar se o desenvolvimento cerebral está adequado, pois existe forte correlação entre ambos. Para uma boa avaliação são necessárias medidas seriadas e registro em gráficos próprios.

1. Explicar o procedimento aos responsáveis pela criança;
2. Lavar as mãos;
3. Verificar o perímetro cefálico anterior da criança;
4. Forrar a superfície plana para deitar a criança, em decúbito dorsal ou coloca-la no colo acompanhante;
5. Ajustar a fita métrica na cabeça da criança na altura da região occipital, unindo
6. logo acima das sobrancelhas;
7. Fazer a leitura no ponto de encontro da fita métrica, depois de verificar se sua
8. posição está correta;
9. Retirar a criança da superfície plana e devolvê-la ao colo do acompanhante;
10. Lavar as mãos conforme protocolo da instituição;
11. Registrar o PC no prontuário e colocar no gráfico Perímetro cefálico x Idade
12. observando a posição do ponto, e avaliar.

Para mensuração do perímetro cefálico, a fita métrica deve passar pela protuberância occipital e pela região mais proeminente da fronte (ver figura 1).

Anexo 1 – Tabela para valores de referência para mensuração de perímetros:

PERÍMETROS	VALORES DE REFERÊNCIA
Perímetro Cefálico	33 – 35 cm
Perímetro Torácico	30 – 33 cm
Perímetro Abdominal	28 – 31 cm

Fonte: HOCKENBERRY, 2011

Elaborado Lígia Vanessa Silva Cruz Duarte	Revisado Bruna Aniele Cota	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável Apoio Institucional SAS	Responsável Enfermeira SAS	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

REFERÊNCIA**:** HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8.ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2011.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 016	Data de validação: 22/06/2022	Data de revisão: 2023

MEDIDA DE PERÍMETRO TORÁCICO

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos

MATERIAL:

7. Fita Métrica;
8. Álcool 70%;
9. Prontuário;
10. Caderneta da Criança;
11. Clorexidina alcoólica ou álcool 70%;
12. Bolas de algodão ou gaze não estéril;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Higienizar as mãos;
2. Paciente está na posição de pé, deitada ou sentada;
3. O executante coloca-se do lado direito do paciente;
4. Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos.
5. Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax
6. Medir ao final da expiração;
7. Realizar a leitura;
8. Anotar no prontuário, no caso de crianças anotar também no gráfico de desenvolvimento e crescimento e cartão da criança;
9. Realizar anotação, assinar e carimbar;
10. Registrar o procedimento em planilha de produção;
11. Realizar a desinfecção da fita métrica;
12. Higienizar as mãos.

Elaborado	Revisado	Aprovado
Arivan Alves Ferreira	Bruna Anielly Cota Cinthya Dias	Gustavo Amoury Assunção
Responsável Apoio Institucional SAS	Responsável Enfermeira SAS	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referências: HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8.ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2011.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 017	Data de validação: 24/04/2017	Data de revisão: 2023

ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA AFERIÇÃO DE CIRCUNFERÊNCIA DE QUADRIL EM ADULTOS

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem e enfermeiros

ÁREA: Sala de Triagem

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAL:

1. Fita Métrica;
2. Água;
3. Sabão líquido;
4. Papel toalha;
5. Prontuário;
6. Caneta;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1° Passo: Higienizar as mãos
2° Passo: Recepcionar o paciente
3° Passo: Orientar o procedimento ao paciente
4° Passo: Orientar o paciente a permanecer de pé, ereto, com os braços afastados do corpo e com o mínimo de roupas possível.
5° Passo: Colocar a fita métrica ao redor do quadril, na área de maior diâmetro, sem comprimir a pele.
6º Passo: Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes.
7º Passo: Realizar a leitura.
8° Passo: Anotar a medida no prontuário.
9° Passo: Lavar as mãos.
10° Passo: Manter a sala em ordem.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado
Bruna Aniele Cota	Bruna Aniele Cota Queren de Pádua	Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Chefia de Redes Temáticas Agravos não Transmissíveis	Responsável: Enfermeira da SAS/ESF	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referências: BARROS, C.E.S. E COLS. Semiotécnica do recém nascido. São Paulo. Ed. Atheneu, 2005 • Bowden, Vicky R., Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 018	Data de validação: 22/06/2022	Data de revisão: 2023

COLETA DE TESTE DO PEZINHO

EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAL:

1. Luvas de procedimento;
2. Álcool a 70%;
3. Gaze ou algodão;
4. Lanceta com ponta triangular;
5. Cartão específico para a coleta;
6. Papel filtro;
7. Envelope para papel filtro;
8. Livro de registro;
9. Caixa de descarte para material perfuro cortante;
10. Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
11. Definição de local adequado para a secagem dos filtros coletados.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Recepcionar a família, orientando-a sobre o exame;
2. Preencher os formulários, livros de registros e cartão de coleta;
3. Solicitar ao responsável que assine no verso do cartão antes da coleta;
4. Se a criança ainda não tem nome, colocar: RN de (nome da mãe). Os seguintes dados são necessários: nome completo; sexo; endereço completo (rua, número, bairro, cidade, telefone); data de nascimento; data da coleta; Unidade de Saúde e código da Unidade;
5. Solicitar ao responsável que permaneça em pé e segure a criança na posição vertical;
6. Lavar as mãos;
7. Envolver o pé e o tornozelo da criança com o dedo indicador e o polegar, mantendo-o fletido, deixando exposto apenas o calcanhar;
8. Massagear o calcanhar do bebê suavemente;
9. Fazer antissepsia no local, com álcool a 70%;
10. Secar o excesso de álcool;
11. Puncionar o local, com movimento firme e contínuo (sentido quase perpendicular a superfície da pele);
12. Desprezar a primeira gota, limpando-a com algodão e gaze seca;
13. Encostar levemente o papel filtro, na direção do círculo, a partir da segunda gota, fazendo leves movimentos circulares (preencher todo círculo);
14. Repetir o procedimento até preencher os quatro círculos;

15. Ao término da coleta deitar a criança no colo ou na maca, comprimir o local com algodão ou gaze;
16. Desprezar a lanceta no lixo para perfuro-cortante;
17. Colocar a amostra para a secagem por período de 3 a 4 horas;
18. Lavar as mãos;
19. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
20. Registrar o procedimento em planilha de produção;
21. Manter o RN confortável, orientando a família quanto a importância do acompanhamento do RN com equipe local;
22. Manter a sala em ordem.

Observações:

1. Não realizar coleta em salas frias e/ou com ar refrigerado;
2. Não há necessidade de jejum da criança;
3. Iniciar a coleta somente após checar se todos os dados foram preenchidos corretamente;
4. Manter o calcanhar do RN sempre abaixo do nível do coração facilita o fluxo;
5. A punção é exclusivamente nas laterais da região plantar, no calcanhar, para não correr o risco de atingir o osso;
6. Durante a coleta, deixar o sangue fluir naturalmente, de maneira homogênea, impregnando os dois lados do papel filtro;
7. Caso não obtenha uma mancha adequada de sangue, aguardar a formação de uma nova gota, colocando-a próxima a primeira gota;
8. Nunca preencha os espaços vazios com pequenas gotas para completar a área total, pois proporciona sobreposição do sangue e interfere no exame;
9. Caso necessário faça uma nova punção para obter a gota adequada, que deverá ser próximo da primeira, nunca no mesmo local, utilizando nova lanceta;
10. A secagem da amostra deve ser realizada com os cartões na horizontal, nunca as expondo ao sol;
11. Após secas, as amostras devem ser acondicionadas em um único envelope, e estes colocados dentro de caixa (isopor ou plástica), que devem permanecer na parte inferior da geladeira (no máximo por 3 dias) até que enviadas à SMS.
12. Observação: utilizar sempre EPI e calçado fechado.

Elaborado por: Amanda Caroline da Silva Faria	Revisado por: Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Penélope Bueno Fagundes	Aprovado por: Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Chefia de Redes Temáticas Ciclos de Vida	Responsável: Enfermeiras SAS/ESF	Responsável: Superintendência de Atenção à Saúde

Referências: Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação- Geral de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. SANTOS, E. P et all. Triagem Neonatal no Estado de Goiás. Manual do Posto de Coleta. 1ª edição, Anápolis, setembro de 2008. Manual de Normas Técnicas e Rotinas do Teste de Triagem Neonatal. Ribeirão Preto: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2011.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 019	Data de validação: 22/06/2022	Data de revisão: 2023

COLETA DE TESTE DA MAMÃE

EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Detectar patologias que podem ser transmitidas da mãe para o bebê na gravidez.

MATERIAL:

1. Luvas de procedimento;
2. Álcool a 70%;
3. Gaze ou algodão;
4. Garrote;
5. Cartão específico para a coleta (papel filtro);
6. Lanceta ou seringa;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Recepcionar a família, orientando-a sobre o teste da mamãe;
2. Preencher os formulários, livros de registros e cartão de coleta, checando todas as informações da gestante;
3. Solicitar à gestante que assine no verso do papel filtro antes da realização da coleta;
4. Solicitar à gestante que permaneça sentada para a coleta do sangue;
5. Lavar as mãos;
6. Fazer a antissepsia no local, com algodão e álcool a 70%;
7. Secar o excesso de álcool;
8. Puncionar polpa digital, com movimento firme e contínuo (sentido quase perpendicular à superfície da pele);
9. Desprezar a primeira gota, limpando-a com algodão ou gaze seca;
10. Encostar levemente o papel filtro, na direção do círculo, a partir da segunda gota, fazendo leves movimentos circulares;
11. Repetir o procedimento até preencher todos os círculos;
12. Ao término da coleta deixar o algodão no local puncionado;
13. Colocar a amostra para secagem por período de 3 a 4 horas em posição horizontal;
14. Lavar as mãos;
15. Orientar a gestante sobre a entrega do resultado do teste da mamãe.

Observações:

1. Registrar no prontuário da paciente e no Sistema de Informação

2. Se preferir, poderá realizar a coleta por meio, da punção venosa com seringa de 3 ml. Neste caso, ter o cuidado para não encostar a agulha no papel filtro no momento que for preencher os círculos do cartão de coleta.		
Elaborado por: Amanda Caroline da Silva Faria	Revisado por: Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Penélope Bueno Fagundes	Aprovado por: Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Chefia de Redes Temáticas Ciclos de Vida	Responsável: Enfermeiras SAS/ESF	Responsável: Superintendência de Atenção à Saúde
Referências: ANDRIS, Deborah A. Semiologia: bases para a prática assistencial. Tradução de Carlos Henrique COSENDEY; Revisão de Isabel Cristina Fonseca da CRUZ. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 424 p. AVELLO, Isabel M. Sancho. Enfermagem: fundamentos do processo de cuidar. São Paulo: Difusão Cultural do Livro, 2005. 551 p. BARROS, Alba Lúcia Bottura Leite de. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 440 p. DU GAS, Beverly Witter. Enfermagem prática. Tradução de Paulo Celso Uchôa...[et al] CAVALCANTI. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 580 p.		

É importante lembrar que os sistemas de informação devem ser de pronto preenchidos corretamente, para a construção dos indicadores. Visando compreender a proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV, se atentem à utilização dos seguintes códigos no sistema de informações:

SIGTAP para o teste rápido de sífilis
02.14.01.007-4 (TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS) 02.14.01.008-2 (TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO)
SIGTAP para o teste rápido de HIV
02.14.01.05-8 (TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO DE HIV) 02.14.01.004-0 (TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO

SIGTAP para a sorologia de sífilis
02.02.03.111-0 (TESTE NÃO TREPONÊMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS) 02.02.03.117-9 (TESTE NÃO TREPONÊMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES)
SIGTAP para a sorologia de HIV
02.02.03.030-0 (PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 "ELISA")

Além disso, visando compreender a proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana, se atentem à utilização dos seguintes códigos no sistema de informações:

CIAP2: W03, W05, W29, W71, W78, W79, W80, W81, W84 e W85

CID10: O11, O120, O121, O122, O13, O140, O141, O149, O150, O151, O159, O16, O200, O208, O209, O210, O211, O212, O218, O219, O220, O221, O222, O223, O224, O225, O228, O229, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O299, O300, O301, O302, O308, O309, O311, O312, O318, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O752, O753, O990, O991, O992, O993, O994, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O260, O261, O263, O264, O265, O268, O269, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O009, O339, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O410, O411, O418, O419, O430, O431, O438, O439, O440, O441, O460, O468, O469, O470, O471, O479, O48, O995, O996, O997, Z640, O00, O10, O12, O14, O15, O20, O21, O22, O23, O24, O26, O28, O29, O30, O31, O32, O33, O34, O35, O36, O41, O43, O44, O46, O47, O98, Z34, Z35, Z36, Z321, Z33, Z340, Z340, Z348, Z349, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359.

CIAP2	Descrição	CID10 relacionáveis
W82	Aborto espontâneo	O02, O03, O05, O06
W83	Aborto provocado	O04, Z30.3
W90	Parto sem complicações de nascido vivo	O80, Z37.0, Z37.9, Z38, Z39
W91	Parto sem complicações de natimorto	Z37.1, Z37.9
W92	Parto com complicações de nascido vivo	O42, O45, O60, O61, O62, O63, O64, O65, O66, O67, O68, O69, O70, O71, O73, O75.0, O75.1, O75.4, O75.5, O75.6, O75.7, O75.8, O75.9, O81, O82, O83, O84, Z37.2, Z37.5, Z37.9, Z38, Z39
W93	Parto com complicações de natimorto	O42, O45, O60, O61, O62, O63, O64, O65, O66, O67, O68, O69, O70, O71, O73, O75.0, O75.1, O75.4, O75.5, O75.6, O75.7, O75.8, O75.9, O81, O82, O83, O84, Z37.1, Z37.3, Z37.4, Z37.6, Z37.7, Z37.9

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 020	Data de validação: 22/06/2022	Data de revisão: 2023

COLETA DE COLPOCITOLÓGICO (PREVENÇÃO) de colo de útero

EXECUTANTE: Enfermeiras(os) e médicas(os)

ÁREA: Saúde da Mulher

OBJETIVO: Prevenção do câncer de colo de útero

MATERIAL:

1. Mesa ginecológica;
2. Escada de dois degraus;
3. Mesa auxiliar;
4. Foco de luz com cabo flexível;
5. Avental ou camisola;
6. Lençol;
7. Caneta – para preenchimento do formulário;
8. Escova endocervical;
9. Espátula de madeira tipo Ayre;
10. Espéculo descartável;
11. Fixador em spray;
12. Formulário para requisição do exame;
13. Gaze;
14. Porta lâmina (tubete);
15. Identificação adesiva para os tubetes;
16. Lâmina de vidro com extremidade fosca;
17. Lápis – para identificação da lâmina;
18. Luvas descartáveis.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Antes da coleta:

1. Certificar-se de que a sala esteja organizada;
2. Recepcionar a paciente com educação e atenção;
3. Realizar orientações do exame e as suas etapas;
4. Realizar anamnese;
5. Preencher de forma adequada e legível o formulário para requisição do exame;
6. Identificar a lâmina com as iniciais do nome da mulher, na extremidade fosca, e também o tubete ou caixa-lâmina;
7. Oferecer avental à mulher e solicitar que ela vista o avental ou camisola e esvaziar a bexiga.

Coleta:

1. Lavar as mãos;
2. Orientar a mulher a se colocar em posição ginecológica na maca;
3. Cobrir a paciente com lençol;
4. Posicionar o foco de luz;
5. Colocar luvas descartáveis;
6. Realizar inspeção e palpação das mamas, buscando nódulos palpáveis ou outras anormalidades;
8. Inspecionar vulva;
9. Escolher o tamanho do espéculo;
10. Introduzir o espéculo na posição vertical e ligeiramente inclinado de maneira a expor o colo do útero;

11. Realizar inspeção da vagina e colo do útero;
12. Utilizar espátula de madeira tipo Ayre para coleta da ectocérvice encaixando a ponta longa da espátula no orifício externo do colo e fazendo raspagem em movimento circular a 360º em torno deste;
13. O esfregaço deve ser realizado no sentido transversal da lâmina, próximo da região fosca;
14. Utilizar escovinha cervical para coleta da endocérvice introduzindo-a no orifício do colo e fazendo movimento giratório de 360º;
15. O esfregaço deve ser realizado no sentido longitudinal, na metade inferior da lâmina;
16. Fixar imediatamente a lâmina com spray fixador, a distância de 20 cm em posição inclinada;
17. Fechar o espéculo, retirá-lo delicadamente, informando que o exame terminou;
18. Descartar o espéculo em lixeira;
19. Retirar as luvas;
20. Lavar ou higienizar as mãos;
21. Orientar sobre possível sangramento após realização do exame;
22. Auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica e encaminhá-lo para se vestir;
23. Orientar a paciente a buscar o resultado do exame de acordo com a rotina da unidade de saúde;
24. Anotar, assinar e carimbar o formulário;
25. Registrar no prontuário o exame realizado e anotar no caderno de controle de coletas e seguimento das mulheres;
26. Anotar o procedimento na planilha de produção;
27. Acondicionar a lâmina.

OBSERVAÇÕES:
Quanto à escolha do tamanho do espéculo:

- P – para mulheres muito jovens, que não tiveram parto vaginal, que estejam na menopausa ou em mulheres muito magras;
- M – condições intermediárias, ou em caso de dúvida;
- G – Multíparas ou obesas.

Quanto à coleta:

- Não realizar exame durante a menstruação – sangue prejudica o diagnóstico – aguardar o quinto dia após o término do fluxo menstrual;
- Não utilizar creme vaginal, lubrificantes, gel ou espermicidas antes (até 48h) ou durante a coleta;
- Presença de semên ou espermatozoides não compromete a avaliação citológica;
- Mulheres gestantes ou que estejam suspeitando, não realizar coleta de material endocervical;
- Mulheres histerectomizadas com manutenção do colo uterino, a coleta deve ser realizada normalmente, inclusive fazendo a coleta de material endocervical (com a escova ginecológica);
- Mulheres histerectomizadas com retirada total do colo a coleta é realizada no fundo da vagina;
- Mulheres que nunca tiveram relação sexual vaginal a coleta deve ser realizada preferencialmente pelo profissional médico;
- Na presença de qualquer alteração como nódulos, verrugas, pólipos, solicitar avaliação médica;
- Em casos de alterações patológicas transmissíveis encaminhar para tratamento farmacológico, de acordo com a normatização prevista para a Saúde da Mulher.

Elaborado por: Gislene Marques de Lima Alves	Revisado por: Fernanda Rassi Alvarenga	Aprovado por: Amanda Caroline da Silva Faria
Responsável: Chefia de Redes Temáticas Ciclos de Vida	Responsável: Chefia de Redes Temáticas Ciclos de Vida	Responsável: Chefia de Redes Temáticas Ciclos de Vida
REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos Cânceres de colo do útero e da mama. Brasília – DF; 2013. (Caderno de Atenção Básica, n. 13).		

É importante lembrar que os sistemas de informação devem ser preenchidos corretamente, para a construção dos indicadores. Visando compreender a cobertura de exames citopatológicos, se atentem à utilização dos seguintes códigos no sistema de informações:

SIGTAP 02.01.02.003-3 – Coleta de Material p/ exame citopatológico de colo uterino

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 021	Data de validação: 22/06/2022	Data de revisão: 2023

ORIENTAÇÕES BÁSICAS SOBRE SOLICITAÇÃO DE DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICADA

EXECUTANTE: Médicos

ÁREA: Consultórios

OBJETIVO: Solicitar e avaliar a hemoglobina Glicada dos indivíduos diabéticos.

MATERIAL NECESSÁRIO:

01. Prontuário do paciente;
02. Computador com internet;
03. Sistema de informação;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

01 Solicitar o exame para dosagem de hemoglobina glicada;
02 Registrar o procedimento no sistema de informação;
03 Avaliar o resultado, em consulta posterior;
04 Adotar condutas pertinentes para o tratamento do Diabetes.

Elaborado por:	Revisado	Aprovado
Lígia Vanessa Silva Cruz Duarte	Lígia Vanessa Silva Cruz Duarte Cinthya Dias	Gustavo Amoury Assunção
Responsável Apoio Institucional SAS	Responsável Enfermeira SAS/ESF	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

É importante lembrar que os sistemas de informação devem ser preenchidos corretamente, para a construção dos indicadores. Visando compreender o percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada, os médicos deverão se atentar na utilização dos seguintes códigos no sistema de informações:

SIGTAP: 02.02.01.05-03 – Dosagem de Hemoglobina Glicosilada

CIAP2: T89; T90; W85

CID10: E10, E100, E101, E102, E103, E104, E105, E106, E107, E108, E109, E11, E110, E111, E112, E113, E114, E115, E116, E117, E118, E119, E12, E120, E121, E122, E123, E124, E125, E126, E127, E128, E129, E13, E130, E131, E132, E133, E134, E135, E136, E137, E138, E139, E14, E140, E141, E142, E143, E144, E145, E146, E147, E148, E149, O24, O240, O241, O242, O243, O244, O249, P702

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 022	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ROTINA DA SALA DE VACINA

EXECUTANTE: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

ÁREA: Sala de Vacina

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de vacinas no âmbito municipal.

Descrição das atividades da equipe de enfermagem:

1. Fazer leitura dos termômetros de máxima e mínima e momento do refrigerador (geladeira) e da caixa de polietileno (utilizada como manuseio diário) pelo menos três vezes ao dia, no início de cada jornada de trabalho (manhã e tarde) e a terceira antes do fechamento da unidade, anotando em impresso próprio - mapa de controle de temperatura diário. Comunicar qualquer alteração de temperatura a chefia imediata e a Coordenação de Imunização;
2. Organizar a sala bem como material necessário para o atendimento ao público;
3. Solicitar ao auxiliar de serviços diversos que realizar diariamente limpeza concorrente e providenciar quinzenalmente limpeza terminal;
4. Realizar a climatização das bobinas de gelo recicláveis necessárias para armazenar as vacinas na caixa de manuseio diário.
5. Transferir as vacinas de uso diário da geladeira de estoque para caixa de polietileno com termômetro de cabo extensor, sempre mantendo a qualidade de conservação das vacinas;
6. No início de cada plantão repor a sala com os materiais necessários para o atendimento; tais como, seringas, algodão, cartões de vacinação, planilhas, dentre outros que se fizerem necessários;
7. Executar a vacinação, conforme normas de procedimentos técnicos, registrando o procedimento em instrumento próprio: cartão de vacinação do paciente atendido, cartão espelho e mapa diário de doses aplicadas;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Receber o paciente na sala de vacina;
- Orientar o usuário sobre a vacina a ser administrada e a importância da mesma;
- Verificar se o usuário não se encontra em situação de adiamento da vacinação;
- Informar sobre os eventos adversos mais comuns, orientando retorno na Unidade sempre que necessário;
- Orientar quanto a não utilização de pomadas ou medicações no local da aplicação;
- Registrar a vacina administrada, constando sempre, carimbo da unidade, data da aplicação, nº de lote completo, assinatura do profissional executante (nome, sem rubrica) no cartão do cliente e cartão espelho, assinar com letra legível;
- Realizar aprazamento das vacinas subsequentes, informando o paciente a necessidade e importância de seu retorno a UBS na data aprazada no cartão;
- Realizar anotações no Cartão Espelho do paciente;
- Lavar as mãos;
- Executar técnica asséptica em todo o procedimento;
- Assegurar-se de que a temperatura da vacina e diluente esteja adequada;
- Verificar o prazo de validade da vacina e tempo de uso recomendado, após a diluição da vacina;
- Observar a dosagem recomendada pelo Calendário Básico de Vacinação e Laboratório produtor da vacina em questão;

- Respeitar o local de aplicação, segundo faixa etária;
- Lave com água e sabão, o local da aplicação, caso o mesmo não apresente boas condições de higiene;
- Atentar para a realização da homogeneidade (mistura) da vacina, antes da aplicação, principalmente para as que contêm hidróxido de alumínio em sua composição; tais como, Hepatite B, Dupla adulto e outras, evitando possíveis reações adversas;
- Não é necessária a utilização de álcool para a administração de vacinas, pois o mesmo possibilita o aumento de reações adversas pós-vacinal;
- Solicite que a mãe ou responsável segure a criança de forma adequada, garantindo uma imobilização segura;
- Atentar para a relação entre o ângulo de aplicação e agulha adequada, levando em consideração a quantidade de massa muscular do cliente a ser vacinado.
- Administrar lentamente, mas contínuo o líquido da vacina;
- Não massagear o local da aplicação. Fazer apenas leve compressão com algodão seco;
- Ao realizar aplicações simultâneas, tomar os devidos cuidados em relação a manter 2,5 cm (aproximadamente 03 dedos) de distância para a aplicação de 02 vacinas no mesmo músculo. Identificar no cartão do cliente e cartão espelho, o local de aplicação de cada vacina;
- Não retire a agulha da seringa no momento do descarte. Não reencape a agulha.
- Descarte em coletor adequado, respeitando o limite permitido (2/3 do recipiente).
- Registrar no mapa diário, cada dose aplicada;
- Arquivar o cartão espelho, no mês de retorno da próxima vacina a ser aplicada.
- Lavar as mãos;

8. Realizar solicitação de vacina conforme calendário e necessidade semanal para Unidade de Saúde, com avaliação do Enfermeiro e enviar a Coordenação de Imunização via requisição (preferencialmente); ou quando não possível via fone, não deixando a UBS sem os imunobiológicos necessários;
9. Realizar consolidado mensal de doses aplicadas das vacinas e encaminhar a Coordenação de Imunização na data preconizada: todo dia 20 de cada mês;
10. Realizar convocação de pacientes faltosos (Equipes da Estratégia de Saúde da Família) mantendo arquivo organizado;
11. Atender os pacientes que retornarem a Unidade de Saúde, queixando de reações pós vacinal, providenciando atendimento médico imediato, realizar a notificação e investigação adequada, e encaminhar a Coordenação Municipal de Imunização;
12. Realizar solicitação de Vacinas Especiais na própria Unidade de Saúde, preencher o formulário de solicitação de imunobiológicos especiais, anexar toda documentação necessária para montar o processo de solicitação e encaminhar a Coordenação de Imunização, sempre orientar o paciente a procurar a Unidade de referência do Município: Maternidade Marlene Teixeira, para receber a vacina especial solicitada, após 20 dias da data de entrega do processo a Imunização;
13. No final do dia devolver as vacinas da caixa de manuseio para a geladeira;
14. Realizar limpeza da geladeira quinzenalmente e antes da chegada do recebimento dos imunobiológicos ou quando a espessura de gelo no congelador estiver a 02 cm;
15. Manter ambiente limpo e organizado;
16. Não realizar qualquer administração de vacina ou procedimento relacionado à imunização, caso possuir qualquer dúvida em relação ao mesmo, esclarecendo sempre as dúvidas por meio dos manuais de procedimento de imunização, dispensado a cada sala de vacina das Unidades de Saúde, ou via fone na Coordenação Municipal de Imunização fone: (62) 3545-5868/3248-2366.

Elaborado por: Renata Cordeiro da Silva	Revisado por: Lígia Vanessa S Cruz Duarte Penélope Bueno Fagundes Milvane Dias Araújo	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Coordenação de Imunização e Rede de Frios	Responsável: Enfermeira SAS/ESF	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde
Referências: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para vacinação. Brasília, 2014. Brasil. Ministério da Saúde. Nota informativa nº 10/2019 - CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Atualização da recomendação sobre revacinação com BCG em crianças vacinadas que não desenvolveram cicatriz vacinal. Brasília, 2019. Brasil. Ministério da Saúde. Nota informativa nº 135-SEI/2017 – CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2018. Brasil. Ministério da Saúde. Nota informativa nº 118-SEI/2017 – CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Atualização das áreas de recomendação para vacinação contra febre amarela. Brasil. Ministério da Saúde. Nota informativa nº 94, de 2017/ CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Orientações e indicação de dose única da vacina febre amarela. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 384, de 2016/CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano 2017. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.533, de 18 de agosto de 2016. Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional.		

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 023	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ORIENTAÇÕES BÁSICAS DA SALA DE CURATIVO

EXECUTANTE: Médico, Enfermeiro e/ou Técnico/Auxiliar de Enfermagem

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Proporcionar o ambiente ideal para a reparação tecidual e estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de curativo

ORGANIZAÇÃO DA SALA:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%), no início de cada plantão ou sempre que necessário;
3. Solicitar a equipe de limpeza que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Trocar as almotolias semanalmente ou sempre que necessário, colocando novas soluções, previamente limpos, identificados e datados;
5. Verificar a data de validade de materiais esterilizados;
6. Repor materiais necessários;
7. Realizar os curativos conforme prescrição médica e/ou de enfermagem;
8. Executar rotina de troca de curativo (conforme avaliação do enfermeiro);
9. Colocar o material utilizado em solução com água e sabão, e encaminhá-los ao expurgo ao termino do dia, ou de acordo com a necessidade;
10. Após a realização de curativos contaminados solicitar a equipe de limpeza, realizar limpeza concorrente e descontaminação se necessário;
11. Desprezar o resíduo em recipiente adequado.

MATERIAIS:

1. Água;
2. Agulha 25x8/30x10/40x12;
3. Algodão;
4. Atadura crepom (tamanhos diversos);
5. Bacia estéril;
6. Cabo de bisturi;
7. Carrinho de curativo;
8. Cobertura primária selecionada (conforme avaliação do enfermeiro ou prescrição de enfermagem);
9. Compressas esterilizadas;
10. Cuba estéril;
11. Detergente;
12. Esparadrapo, fita adesiva, micropore ou similar;
13. Gazes estéreis;
14. Jaleco;
15. Lâmina de bisturi;
16. Luvas de procedimento;
17. Luvas estéreis;
18. Mascara;
19. Óculos de proteção;
20. Pacote de curativo (contendo pinça Kelly, pinça Dente de Rato, pinça Anatômica e ou pinça Mosquito);
21. Papel toalha;

22. Produtos de uso tópicos (cremes, pomadas, hidocolóides,etc);
23. Prontuário do paciente;
24. Seringa de 10 e de 20 ml;
25. Solução fisiológica 0,9%;
26. Tesoura (Mayo ou Iris).

- **NORMAS GERAIS:**
  - ✓ Lavar as mãos antes e após cada curativo, mesmo que seja em um mesmo paciente;
  - ✓ Verificar data de esterilização dos pacotes de curativos;
  - ✓ Sempre utilizar material esterilizado;
  - ✓ Deixar o material exposto o mínimo de tempo possível;
  - ✓ Usar luvas de procedimentos em todos os curativos com pacote de pinça, sempre utilizando a técnica asséptica;
  - ✓ Sempre usar luvas estéreis em caso de curativo de cavidade ou quando houver necessidade de contato direto com a ferida ou com o material que irá entrar em contato com a ferida;
  - ✓ Em caso de mais de uma ferida, iniciar sempre pela incisão limpa e fechada, seguindo-se de ferida aberta não infectada, drenos e por último as colostomias e fístulas em geral;
  - ✓ Não abrir ou trocar curativo de ferida limpa ao mesmo tempo em for realizar a troca da ferida contaminada;
  - ✓ Se as gazes estiverem aderidas na ferida, umedecê-las antes de retirá-las;
  - ✓ Deixar a ferida exposta o menor tempo possível;
  - ✓ Não falar e nem tossir sobre a ferida ou sobre o material a ser utilizado;
  - ✓ Qualquer material que tocar superfícies não esterilizadas deve ser considerado contaminado;
  - ✓ Na aplicação de ataduras, sempre fazer no sentido do retorno venoso, com o membro apoiado, tendo o cuidado de não deixá-la apertada;
  - ✓ Em curativos oclusivos, anotar no esparadrapo a data, a hora e nome de quem realizou o curativo.
  - ✓ Na remoção do curativo inspecionar a ferida observando sinais flogísticos;
  - ✓ Na presença de sinais de infecção (calor, rubor, hiperemia, secreção) comunicar o enfermeiro e médico anotar no prontuário;
  - ✓ Mobilizar dreno conforme prescrição médica;
  - ✓ A prescrição do curativo é privativa do enfermeiro e do médico;
  - ✓ A higienização de feridas com tecido de granulação deve ser feita preferencialmente através de irrigação com jato de soro fisiológico, com seringa e agulha, ou ainda frasco de soro perfurado de diferentes maneiras;
  - ✓ Sempre proteger as úlceras com gazes esterilizadas e compressas, antes de aplicar a atadura;
  - ✓ Não apertar demasiadamente as ataduras, devido ao risco de gangrena, por déficit na da circulação;
  - ✓ Sempre iniciar o enfaixamento no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro;
  - ✓ Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e queda na temperatura da área enfaixada;
  - ✓ Trocar curativo com gaze a cada 24 horas ou sempre que for necessário (úmido, sujo ou solto).

- **NORMAS ESPECÍFICAS:**

RETIRADA DE PONTOS

1. Organizar os materiais necessários: soro fisiológico 0,9%, pacote de curativo, pacote de gazes, lámina de bisturi e álcool 70%;
2. Checar prescrição médica ou de enfermagem;
3. Orientar o paciente quanto à realização do procedimento;
4. Higienizar as mãos;
5. Colocar o paciente em posição confortável;
6. Expor apenas o local da incisão;
7. Calçar as luvas;
8. Umedecer os pontos com soro fisiológico 0,9% e secá-los;
9. Colocar uma gaze próxima à incisão para depositar os fios retirados;
10. Com o auxilio da pinça Kelly segurar a extremidade do fio, e com a tesoura ou lâmina de bisturi, cortar a parte inferior do nó, próximo à pele;
11. Após o termino do procedimento, fazer a limpeza local com técnica asséptica;
12. Desprezar o lixo em recipiente adequado;
13. Higienizar as mãos;
14. Proceder às anotações no prontuário;
15. Manter o ambiente de trabalho organizado.

OBSERVAÇÕES QUANTO A RETIRADA DE PONTOS:

- ✓ Observar data para a retirada dos pontos;
- ✓ Em casos de sinais flogísticos nos pontos cirúrgicos, encaminhar o paciente para avaliação médica e de enfermagem caso necessário.

LESÕES FECHADAS: INCISÃO SIMPLES OU OPERATÓRIA

1. Identificar o paciente e o procedimento a ser realizado;
2. Reunir os materiais na bandeja;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Posicione o paciente de acordo com o local da ferida, de forma a mantê-lo confortável;
5. Higienizar as mãos;
6. Abra os materiais necessários e coloque-os em campo estéril;
7. Calce as luvas de procedimento;
8. Remover a cobertura anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a na cuba ou bacia;
9. Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica;
10. Umedecer a gaze com soro fisiológico;
11. Realizar a limpeza da incisão de dentro para fora, sem voltar ao início da lesão;
12. Secar com gaze sempre em sentido único;
13. Ocluir com gaze, ou outro curativo de acordo com o prescrito e em seguida fixá-lo;
14. Trocar o curativo a cada 24 horas ou sempre que o mesmo estiver saturado (úmido);
15. Em caso de incisão cirúrgica, manter aberta se estiver limpa e seca no período de 24 a 48 horas após o procedimento;
16. Higienizar as mãos;
17. Realizar anotação de enfermagem;
18. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

LESÕES ABERTAS

1. Identificar o paciente e o procedimento a ser realizado;
2. Reunir os materiais na bandeja;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Posicione o paciente de acordo com o local da ferida, de forma a mantê-lo confortável;

5. Higienizar as mãos;
6. Abra os materiais necessários e coloque-os em campo estéril;
7. Calce as luvas de procedimento;
8. Em caso de presença de curativo realizado anterior, removê-lo de forma não traumática, observando seu aspecto e em seguida desprezá-lo em lixo infectante;
9. Irrigar abundantemente com soro fisiológico, quando a cobertura primária estiver aderida;
10. Calce luva estéril ou de procedimento (em caso de utilização de pinças);
11. Limpar a pele ao redor da ferida com gaze umedecida em solução fisiológica e posteriormente limpar a ferida operatória;
12. Seque a pele ao redor e a ferida operatória, observando seu aspecto;
13. Manter o leito da ferida úmido, utilizando produtos de uso tópicos de acordo com a indicação, e a área ao redor da ferida sempre seca, para evitar a maceração e facilitar a fixação da cobertura;
14. Colocar gaze de contato úmido e gaze de cobertura seca;
15. Ocluir;
16. Higienizar as mãos;
17. Realizar anotação de enfermagem, incluindo a descrição do aspecto da lesão;
18. Calce luvas de procedimento e recolha o material utilizado;
19. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

LESÕES COM DRENOS ABERTOS

1. Identificar o paciente e o procedimento a ser realizado;
2. Reunir os materiais na bandeja;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Posicione o paciente de acordo com o local da ferida, de forma a mantê-lo confortável;
5. Higienizar as mãos;
6. Abra os materiais necessários e coloque-os em campo estéril;
7. Calce as luvas estéreis ou luvas de procedimento (caso use pacote de curativo);
8. O curativo do dreno deve ser realizado separado da incisão;
9. Se necessário aplicar uma bolsa para coletar o excesso de drenagem;
10. Limpar a incisão do dreno e depois o dreno, em sentido único da região proximal para distal;
11. Mobilizar o dreno a critério médico;
12. Ocluir o dreno mantendo uma camada de gaze entre o dreno e a pele ou quando ocorrer hipersecreção colocar bolsa simples para colostomia;
13. Higienizar as mãos;
14. Realizar anotação de enfermagem, incluindo a descrição do aspecto da lesão;
15. Calce luvas de procedimento e recolha o material utilizado;
16. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

LESÕES COM DRENOS FECHADOS (torácico, hemovacuo), CATETER VENOSO CENTRAL (intracath, duplo lúmen)

1. Identificar o paciente e o procedimento a ser realizado;
2. Reunir os materiais na bandeja;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Posicione o paciente de acordo com o local da ferida, de forma a mantê-lo confortável;
5. Higienizar as mãos;
6. Abra os materiais necessários e coloque-os em campo estéril;
7. Calce as luvas de procedimento;
8. Inspecionar o local de inserção do dreno por meio de palpação;

9. Limpar o local de inserção do dreno ou cateter, em sentido único;
10. Secar o local de inserção do dreno ou cateter;
11. Utilizando a outra pinça, aplicar Clorexidina alcoólica 0,5%;
12. Ocluir o local de inserção com gazes;
13. Higienizar as mãos;
14. Realizar anotação de enfermagem, incluindo a descrição do aspecto da lesão;
15. Calce luvas de procedimento e recolha o material utilizado;
16. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

OBSERVAÇÕES:

Orientações para uso de coberturas, caso estejam disponíveis na Unidade:

1. Ácidos Graxos Essenciais: prevenção de úlceras de pressão, feridas abertas superficiais com ou sem infecção.
2. Sulfadiazina de prata: feridas causadas por queimaduras ou que necessitem ação antibacteriana;
3. Clorexidina alcoólica: utilizada na antissepsia complementar da pele em campo estéril, curativo de acesso venoso central e procedimentos invasivos;
4. Alginato de cálcio: feridas abertas, sangrantes, altamente exsudativas com ou sem infecção, até a redução do exsudato;
5. Hidrogel: feridas superficiais moderadas ou baixas exsudações. Remover as crostas, fibrinas, tecidos desvitalizados ou necrosados;
6. Carvão ativado: feridas fétidas, infectadas e exsudativas;
7. Hidrocolóide: feridas abertas não infectadas, com leve a moderada exsudação. Prevenção ou tratamento de úlceras de pressão não infectadas.
8. Colagenase: feridas com tecido desvitalizado

Elaborado Verônica Carrijo de Freitas	Revisado Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Rosikelly Silva de Oliveira	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável Apoio Institucional SAS	Responsável Enfermeira SAS/ESF	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referencias: POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 024	Data de validação: 22/0462021	Data de revisão: 2023

COLETA DE ESCARRO

EXECUTANTE: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de coleta de exames de escarro, para tratamento precoce da patologia e interrupção da cadeia de transmissão.

MATERIAIS:

1. Jaleco;
2. Luvas de procedimento;
3. Saco plástico
4. Frasco coletor de exame (potes plásticos com as seguintes características: descartáveis, com boca larga - 50mm de diâmetro, transparente, com tampa de rosca de 40mm, capacidade entre 35 e 50 ml);
5. Fita crepe ou etiqueta autoadesiva;
6. Caixa de isopor;
7. Impresso de solicitação de exames para Tuberculose;
8. Livro para registro.

.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Acolher o paciente com atenção;
2. Verificar se o impresso de solicitação do exame está devidamente preenchido pelo médico ou enfermeiro;
3. Identificar o frasco do exame solicitado (nome completo, data de nascimento e data da coleta); nos casos de retratamento identificar primeira e segunda amostras.
   A identificação deve ser feita no corpo do pote e nunca na tampa, utilizando, para tal, fita crepe, etiqueta adesiva ou caneta para retroprojetor.
4. Orientar o paciente quanto à coleta;
   As amostras devem ser coletadas em local aberto, de preferência ao ar livre ou em sala bem arejada;
5. Entregar o recipiente ao paciente, verificando se a tampa do pote fecha bem e se já está devidamente identificado;
6. Orientar o paciente quanto ao procedimento de coleta: inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse. Repetir essa operação até obter duas eliminações de escarro, evitando que esse escorra pela parede externa do pote;
7. Encaminhar o paciente à coleta;
8. Informar que o pote deve ser tampado e colocado em um saco plástico com a tampa para cima, cuidando para que permaneça nessa posição;
9. Orientar o paciente a higienizar as mãos após esse procedimento;
10. Acondicionar a amostra dentro da caixa de isopor, específica para transporte de escarro, proporcionando proteção contra a luz solar e acondicionamento adequado para que não haja risco de derramamento (fixar o saco plástico no isopor com fita crepe);
11. Para transportar potes de escarro de uma Unidade Básica de Saúde para o laboratório de referência, para realização do TRM/TB, baciloscopia ou da cultura: as amostras de escarro poderão ficar em temperatura ambiente, protegidas da luz solar por um período máximo de 24 horas. Se a demora para o envio ao laboratório for no máximo de sete dias, as amostras de escarro deverão ser mantidas

refrigeradas entre 2ºC e 8ºC em geladeira exclusiva para armazenar material contaminado. 12. Nunca colocar a requisição de exame juntamente com o pote dentro do isopor; 13. Higienizar as mãos; 14. Registrar no livro de Sintomáticos Respiratórios.		
Elaborado por: Bruna de Castro Fernandes	Revisado por: Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Penélope Bueno Fagundes	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Apoio Institucional ESF	Responsável: Enfermeira SAS/ESF	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde
Referências:BRASIL. Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde, 2019.		

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 025	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

COLETA DE SANGUE PARA EXAMES GERAIS

EXECUTANTE: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem.

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO:

- Estabelecer rotinas de execução de coleta de exames laboratoriais
- Padronizar a conduta relacionada à técnica de coleta de sangue venoso para análise laboratorial
- Relacionar os procedimentos necessários para a coleta de sangue venoso para análise laboratorial
- Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na coleta de sangue venoso para análise laboratorial.

MATERIAIS:

1. Luvas de procedimento;
2. Jaleco;
3. Óculos de proteção;
4. Álcool 70%;
5. Algodão;
6. Tubo de ensaio para coleta;
7. Garrote;
8. Seringa de 10 ml;
9. Etiqueta para identificação e caneta;
10. Agulha para seringa;
11. Caixa de isopor;
12. Coletor de perfurocortante;
13. Pedido do exame;
14. Prontuário do paciente;
15. Livro para registro;

.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Acolher o paciente com atenção;
2. Verificar qual exame foi solicitado;
3. Verificar se o impresso de solicitação do exame está devidamente preenchido;
4. Identificar o tubo de ensaio com nome completo, data de nascimento e data da coleta;
5. Orientar o paciente quanto à coleta do material;
6. Orientar o paciente quanto ao prazo para resultado do exame;
7. Encaminhar o paciente à sala de coleta;
8. Higienizar as mãos;
9. Paramentar-se com equipamento de proteção individual (EPI) adequado (luva de procedimento, óculos de proteção e jaleco);
10. Manter todo material próximo do procedimento;
11. Colocar a agulha na seringa sem retirar a capa protetora e sem tocar na parte inferior da agulha;
12. Movimentar o êmbulo e pressioná-lo para retirar o ar;
13. Verificar as condições de acesso venoso, selecionando a veia mais adequada.
14. Garrotear próximo ao local onde será feita a punção;
15. Realizar antissepsia, com algodão e álcool 70%, friccionando com movimento único de baixo para cima, aguardando o tempo de evaporação;

16. Realizar a punção venosa, com o bisel da agulha voltado para cima;
17. Soltar o garrote assim que o sangue começar a fluir na seringa;
18. Coletar a quantidade de sangue necessária para o exame ou aproximadamente 5 ml. Em crianças coletar de 2 a 5 ml;
19. Retirar a agulha do local puncionado, com auxílio de algodão, exercendo pressão sobre o local, sem dobrar e/ou massagear o braço do paciente;
20. Orientar o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo;
21. Transferir o sangue para um tubo de ensaio. Escorrer delicadamente o sangue pela parede do tubo (este procedimento evita a hemólise da amostra);
22. Descarte a seringa com a agulha no recipiente de perfurocortantes;
23. Retirar as luvas;
24. Higienizar as mãos;
25. Realizar anotação em planilha de produção e prontuário do paciente;

Elaborado por: Bruna de Castro Fernandes	Revisado por: Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Cinthya Dias	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Apoio Institucional ESF	Responsável: Enfermeira SAS/ESF	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referencias: BORTOLOZO, N. M. et al. Técnicas em enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007. CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio deJaneiro: Guanabara Koogan, 2009. PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. Florianópolis-SC, 2013. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA. Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial para coleta de sangue venoso. 2. ed. Barueri, SP: Minha Editora, 2010. Disponível em: http://www. Sbpc.org.br/upload/conteudo/320090814145042.pdf.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 026	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA/ UROSTOMIA E ILEOSTOMIA

EXECUTANTE: Médico, Enfermeiro e/ou Técnico/Auxiliar de Enfermagem

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Manter a higienização do estoma, proporcionar o conforto e bem estar ao paciente, promover cuidados e orientações com vistas ao auto-cuidado, reter/coletar os efluentes, prevenir possíveis infecções e lesões de pele.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

1. Água;
2. Sabão líquido;
3. Papel toalha;
4. Bolsa coletora;
5. Protetores cutâneos em forma de: anel, placa, pasta e/ou pó, de acordo com a prescrição de enfermagem;
6. Escala de medida do estoma;
7. Gaze;
8. Algodão;
9. Sabão;
10. Protetor de pele;
11. Tesoura curva;
12. Soro fisiológico 0,9%;
13. Luva de procedimento;
14. Comadre;
15. Lençol móvel;
16. Máscara cirúrgica;
17. Prontuário;
18. Caneta;
19. Lixeira;
20. Biombo;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir todo material próximo ao paciente;
3. Explicar o procedimento ao paciente e familiar (caso seja paciente acamado e inconsciente);
4. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
5. Durante todas as etapas a seguir estimule, na medida do possível, a participação ativa do paciente e família;
6. Colocar o paciente em posição confortável, expondo apenas a região a ser limpa, protegendo o leito com um forro móvel. Se o paciente tiver condições, pode ser levado ao banheiro;
7. Calçar as luvas de procedimento e colocar máscara;
8. Retirar a bolsa coletora, observando o aspecto do material coletado (cor, consistência, quantidade, odor) e desprezar o efluente no vaso sanitário e bolsa anterior em lixo comum;
9. Limpar o estoma e região periestomal c/ água e sabão ou SF 0,9%, observando as condições da pele e mantendo-a seca para aplicação do dispositivo. Utilizar gaze ou algodão sobre o mesmo para evitar drenagem de urina ou fezes;

10. Medir o estoma com escala de medidas, traçar molde no verso da placa, deixando área de segurança de 1 mm. Estoma irregular, preparar molde sob medida;
11. Retirar o papel protetor da base;
12. Adaptar a nova bolsa coletora, ajustando sua abertura ao estoma, pressionando suavemente contra a parede abdominal e colocar o clamp/presilha no dispositivo, fechando-o;
13. Deixar o paciente confortável;
14. Recolher o material e desprezar em lixo infectante;
15. Retirar as luvas, máscara e higienizar as mãos;
16. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

OBSERVAÇÕES:

1. Remova o sistema de bolsas se o paciente reclamar de queimação ou coceira sob ele ou se houver drenagem purulenta em volta do estoma.
2. Usar apenas soro fisiológico ou água e sabão na pele ao redor do estoma.
3. Caso o paciente apresente condições clínicas favoráveis, retirar a bolsa coletora durante o banho de aspersão, para facilitar o descolamento da placa.
4. Reservar o clamp/presilha para ser reutilizado após limpeza.
5. A bolsa coletora deve ser esvaziada sempre que o efluente atingir um terço ou, no máximo, metade da sua capacidade.
6. O esvaziamento e a higienização regular da bolsa coletora aumenta sua durabilidade, o conforto e evita constrangimento ao paciente.
7. Caso a troca da bolsa seja de colostomia, esvazie a mesma fazendo movimentos para baixo com as mãos sobre a bolsa, para facilitar a saída das fezes.

Elaborado Verônica Carrijo de Freitas	Revisado Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Penélope Bueno Fagundes	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável Apoio Institucional SAS	Responsável Enfermeira SAS	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referência: RS Ramos, MD Barros, MM Santos, ARB Gawryszewiski, AMT Gomes. O perfil dos pacientes estomizados com diagnóstico primário de câncer de reto em acompanhamento em programa de reabilitação. Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (3): 280-6 Silva, M.F., et al. Unidade de cirurgia geral. In: Silva et al. Plantão de Enfermagem: cotidiano da assistência de enfermagem numa unidade hospitalar. Rio de Janeiro: Nogueira Rio, 2009. p.195- 215. Stumm EMF, oliveira ERA, kirschner RM . Perfil de pacientes ostomizados Scientia Medica, Porto Alegre,2008:18(1), 26-30, jan./mar. 2008. Dochterman, Joanne Mc Closkey; Bulechek Glória M.; tradução Regia Machado Garcez. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008 Macêdo MS, Nogueira LT, LUZ MHBA. Perfil dos Estomizados Atendidos em Hospital de Referência em Teresina. Rev Estima. 2005;3:25-8. Mendonça RS, Valadão M , Castro L , Camargo TC. A Importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. Revista Brasileira de Cancerologia 2007; 53(4): 431- 435

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 027	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA SONDAGEM VESICAL DE DEMORA / ALÍVIO

EXECUTANTE: Médico, Enfermeiro

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Introdução de um cateter pela uretra até a bexiga com fim de diagnóstico ou tratamento.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

1. Água;
2. Sabão líquido;
3. Papel toalha;
4. Sonda de Foley;
5. Sonda uretral;
6. Bolsa coletora sistema fechado;
7. Saco coletor aberto;
8. PVPI tópico ou clorexidina
9. Lidocaína gel;
10. Luvas de procedimentos;
11. Luva estéril;
12. Ampolas de água destilada;
13. Seringa 20 ml;
14. Seringa 10 ml;
15. Gaze estéril;
16. Fita adesiva hipoalergênica ou esparadrapo;
17. Caneta;
18. Prontuário;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Conferir a prescrição médica;
2. Reunir o material e levar até o paciente;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Promover a privacidade do paciente;
5. Higienizar as mãos;
6. Posicionar o paciente:
    A. feminino: posição dorsal (supino com joelhos flexionados);
    B. masculino: posição supina com as coxas levemente contraídas;
7. Calçar luvas de procedimento e realizar a higiene íntima rigorosa com água e sabão (se paciente dependente). Orientar a higienização prévia a pacientes independentes;
8. Retirar luvas de procedimento e higienizar as mãos;
9. Abrir a bandeja de cateterismo e adicionar os materiais descartáveis (sonda de Foley, seringas, agulhas, gaze estéril e sistema coletor fechado. Caso seja sondagem de alívio: sonda uretral) dentro da técnica asséptica;
10. Calçar luvas estéreis;
11. Adaptar a sonda de Foley ao coletor de urina sistema fechado (SVD);
12. Com auxílio de um colega, colocar gel hidrossolúvel na seringa de 20ml (se paciente masculino) e colocar água destilada em seringa de 10ml;
13. Testar o cuff (balonete) com a seringa de 10ml com água destilada;
14. Realizar antissepsia do meato uretral;
    A. feminino:

(1) com a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento.
(2) usando pinça na mão dominante esterilizada, pegar gazes estéreis embebidas com solução antisséptica e limpar a área do períneo, limpando da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Com uma nova gaze para cada área, limpar ao longo da dobra dos grandes lábios, perto da dobra dos grandes lábios e diretamente sobre o centro do meato uretral.

B. masculino:
(1) recolher o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glande. Manter a mão não dominante na posição ao longo do procedimento.
(2) com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glande. Realizar a limpeza usando uma gaze limpa a cada vez.

15. Posicionar o campo fenestrado sobre a genitália;
16. Lubrificar a sonda com lidocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;
17. Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até a bifurcação da sonda. Quando masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do paciente;
18. Insuflar o balonete com água destilada, observando o volume marcado na sonda;
19. Tracionar vagarosamente a sonda e fixar na parte interna da coxa (mulher) e área suprapúbica (homem);
20. Não esquecer de reposicionar o prepúcio e remover o excesso de antisséptico da área meatal;
21. Prender o coletor na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do profissional;
22. Auxiliar o paciente a ficar numa posição confortável. Lave e seque a área perineal conforme for necessário;
23. Desprezar material em lixo infectante;
24. Retirar luvas e higienizar as mãos;
25. Realizar as anotações no prontuário.

OBS: Na SVA após o procedimento 17.

21. Posicionar saco coletor próximo a sonda;
22. Introduzir a sonda e aguardar até urina refluir completamente;
23. Drenar urina em um saco coletor;
24. Retirar a sonda;
25. Reposicionar prepúcio (se homem);
26. Desprezar urina em vaso sanitário;
27. Desprezar material em lixo infectante;
28. Retirar luvas e higienizar as mãos;
29. Realizar as anotações no prontuário.

Elaborado Verônica Carrijo de Freitas	Revisado Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Penélope Bueno Fagundes	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável Apoio Institucional SAS	Responsável Enfermeira SAS	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referência: PRADO, Marta Lenise do et al (org.). Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2013. 548 p. Revisada e ampliada.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 028	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

PROVA DO LAÇO (PL)

EXECUTANTE: Médico e enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Realizar apoio diagnóstico para dengue

MATERIAL:

12. Luvas de procedimento;
13. Álcool a 70%;
14. Aparelho de pressão completo com manguito;
15. Estetoscópio;
16. Caneta;
17. Prontuário ou ficha inicial de atendimento

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

23. Realizar higienização das mãos;
24. Orientar os familiares e o paciente quanto ao procedimento;
25. Medir a pressão arterial do usuário, seguindo as recomendações técnicas;
26. Insuflar o manguito até o ponto médio entre a pressão arterial máxima e mínima;
27. Manter o manguito insuflado por 5 minutos em adultos e 3 minutos em crianças (<13 anos)
28. Soltar o ar do manguito, retirá-lo do braço do paciente e procurar por petéquias no antebraço, na fossa cubital;
29. Escolher o local de maior concentração de petéquias e marcar um quadrado de 2,5cm de lado;
30. Contar o número de petéquias dentro do quadrado;
31. Se contar 20 ou mais petéquias colocar prova do laço positiva (adulto)
32. Em criança 10 ou mais petéquias, considere prova do laço positiva;
33. Registrar o procedimento na ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar pondo o profissional.

Observação: Uma vez que a prova do laço der positiva, não precisará ser repetida novamente. Caso contrário, deverá sempre ser realizada no acompanhamento clínico do paciente. Realizar prova do laço no braço sem punção ou lesões.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado
Queiliene Rosa dos Santos	Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Murilo Moraes Castro	Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Enfermeira apoiadora da Urgência	Responsável: Enfermeira/médico SAS	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referências:BRASIL. Ministério da Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 80. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Dengue: manual de enfermagem/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 64. 3. ANDRADE, J. P et. al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivo Brasileiro de cardiologia. v. 95, nº 1 supl.1, p 1-51, 2010.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 029	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR

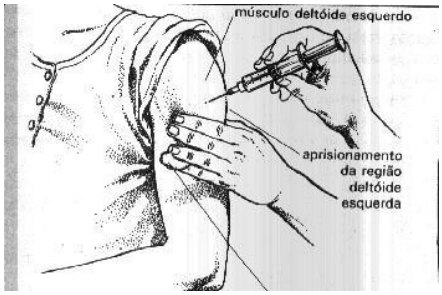
EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem, Enfermeiro e Médico

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotina de administração medicamentos por via intramuscular

MATERIAL

1. Caneta;
2. Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
3. Medicamento prescrito;
4. Luvas de procedimento;
5. Seringa conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml.);
6. Agulha para a aplicação IM, comprimento/ calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado;
7. Clorexidina alcoólica ou Álcool 70%;
8. Bolas de algodão ou gaze não estéril;
9. Fita microporosa ou esparadrapo;
10. Saco plástico para resíduos;
11. Coletor de material perfurocortante;
12. Papel toalha;



DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferir, data, via, dose, posologia e nome do paciente na prescrição médica;
2. Reunir o material necessário;
3. Verificar validade do medicamento;
4. Higienizar as mãos;
5. Fazer a desinfecção do balcão de preparo de medicamentos e da bandeja;
6. Registrar nos impressos específicos, nos casos de medicações controladas;
7. Orientar o paciente sobre o medicamento que será administrado e via de administração;
8. Conectar a agulha na seringa;
9. Aspirar à dose prescrita;
10. Retirar o ar da seringa/agulha;
11. Escolher a região da aplicação alternando os locais apropriados para a injeção intramuscular;
12. Colocar o paciente na posição mais adequada ao procedimento e expor apenas a região de aplicação;
13. Higienizar as mãos;
14. Calçar as luvas de procedimento;
15. Realizar a antissepsia do local selecionado com algodão embebido em álcool;
16. Retirar a proteção da agulha e segurar a seringa na mão dominante, entre o polegar e indicador;
17. Introduzir a agulha num ângulo de 90º em relação ao músculo;
18. Puxar lentamente o êmbolo da seringa para certificar-se de que não há retorno sanguíneo (se houver retorno sanguíneo, não administre o medicamento, despreze o material e reinicie todo o procedimento);
19. Injetar lentamente o conteúdo da seringa, empurrando o êmbolo;

20. Retirar a seringa/agulha com um único movimento e desprezar no coletor de perfurocortante;
21. Comprimir levemente o local com algodão seco, sem massagear;
22. Desprezar os materiais descartáveis e as luvas de procedimento em saco plástico para resíduos;
23. Higienizar as mãos;
24. Checar administração aplicada;
25. Registrar, assinar e carimbar em prontuário a administração;
26. Ao fim da administração, recolher o material e arrumar a unidade
27. Desprezar os materiais perfuro cortantes na caixa rígida;
28. Registrar no mapa de produção – BPA;
29. Preencher a Ficha de Procedimentos do e-SUS;
30. Manter o local usado limpo e organizado.

Atenção!!

A realização da prega na pele, pinçando o músculo, pode auxiliar durante o procedimento, em pacientes idosos, edemaciados ou que tenham pouca massa muscular, expondo melhor o músculo para a injeção. No entanto, esta técnica aumenta o risco do fármaco ser administrado no tecido subcutâneo, especialmente quando uma agulha menor estiver sendo utilizada, de forma que não é indicada para pacientes que não possuam alterações de volume de massa muscular.

OBSERVAÇÕES

Calibre de Agulha (mm)	Modelos Disponíveis	Via de Administração
0,4	13 x 0,4	Intradérmica e subcutânea
0,45	13 x 0,45	Subcutânea
0,55	20 x 0,55	Intramuscular (em crianças)
0,7	25 x 0,7 e 30 x 0,7	Endovenosa
0,8	25 x 0,8 e 30 x 0,8	Intramuscular (adulto)
1,2	40 x 1,2	Aspiração e preparação de medicamentos / uso veterinário

Vias de Administração	Seringas Utilizadas	Intevalo das Graduações
ID/SC	0,5 ml	1 U
ID/SC	1,0 mL	0,02 mL/ 2 U
ID/SC/IM	3 mL	0,1 mL
IM	5 mL	0,1 mL
EV	10 mL	0,2 mL
EV	20 mL	1,0 mL

Elaborado por: Renata Elias da Silva	Revisado por: Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Jaqueliny Gomes	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Apoio Institucional ESF	Responsável: Enfermeira SAS/ESF	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referências: BORTOLOZO, N. M. Et al. Técnicas em Enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007. PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem. Florianópolis-SC, 2013. PEREIRA, M. E. R. ET AL. Manual de procedimentos básicos de enfermagem. Uberlândia, 2000.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 030	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem, Enfermeiro e Médico

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotina de administração medicamentos por via endovenosa

MATERIAIS

1. Água;
2. Sabão liquido;
3. Medicamento prescrito;
4. Luvas de procedimento;
5. Seringa conforme volume a ser injetado;
6. Agulha para a aplicação endovenosa;
7. Abocath ou scalpe com n° adequado;
8. Clorexidina alcoólica ou Álcool;
9. Bolas de algodão ou gaze não estéril;
10. Garrote;
11. Bandeja (item não obrigatório);
12. Fita microporosa ou esparadrapo;
13. Equipo, se necessário;
14. Soro fisiológico, se necessário;
15. Caneta;
16. Rotulo de identificação;
17. Saco plástico para resíduos;
13. Coletor de material perfurocortante;
14. Papel toalha;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferir, data, via, dose, posologia e nome do paciente na prescrição médica;
2. Selecionar a ampola, observando nome e validade do medicamento, alteração de cor e presença de resíduos;
3. Reunir o material necessário;
4. Escolher a seringa de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrado;
5. Higienizar as mãos;
6. Fazer assepsia na ampola com auxílio do algodão e álcool a 70%;
7. Conectar a agulha na seringa;
8. Preparar medicação, conforme técnica asséptica;
9. Retirar o ar da seringa/agulha;
10. Orientar o paciente sobre o medicamento que será administrado e via de administração;
11. Calçar as luvas;
12. Garrotear o braço do paciente;
13. Selecionar veia de grande calibre para punção;
14. Realizar antissepsia do local escolhido;
15. Posicionar seringa com bisel voltado para cima e proceder a punção venosa;
16. Soltar o garrote;
17. Administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso e possíveis reações do paciente; ou conectar equipo com soro fisiológico, se prescrito;

18. Retirar a seringa e pressionar o algodão no local da punção;
31. Higienizar as mãos;
32. Checar administração aplicada;
33. Registrar, assinar e carimbar em prontuário a administração;
34. Fazer etiqueta contendo o nome e sobrenome do paciente, nome do medicamento, leito, dose, horário, via de administração
35. Registrar no mapa de produção (e-SUS);
19. Manter o local usado limpo e organizado

OBSERVAÇÕES

Vias de Administração	Seringas Utilizadas	Intevalo das Graduações
ID/SC	0,5 ml	1 U
ID/SC	1,0 mL	0,02 mL/ 2 U
ID/SC/IM	3 mL	0,1 mL
IM	5 mL	0,1 mL
EV	10 mL	0,2 mL
EV	20 mL	1,0 mL

Elaborado por: Renata Elias da Silva	Revisado por: Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Jaqueliny Gomes	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Apoio Institucional ESF	Responsável: Enfermeira SAS/ESF	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referências: BORTOLOZO, N. M. Et al. Técnicas em Enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007. PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem. Florianópolis-SC, 2013. PEREIRA, M. E. R. ET AL. Manual de procedimentos básicos de enfermagem. Uberlândia, 2000

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 031	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL

EXECUTANTE: Técnico de Enfermagem e Enfermeira

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotina para execução do procedimento de enfermagem

Materiais

1. Caneta;
2. Medicação Prescrita;
3. Luva de Procedimento;
4. Bandeja;
5. Copo descartável;
6. Água;
7. Conta gotas;
8. Gaze;
9. Sabão líquido;
10. Prontuário;

Para o preparo da medicação usa-se técnica limpa, dispensando-se a técnica estéril, já que a cavidade oral não é estéril. Equivalência de medidas: 1 colher de sopa = 15 ml 1 colher de sobremesa = 10ml 1 colher de chá = 5ml 1 colher de café = 3ml 1 ml = 20 gotas 1 gota = 3 microgotas.

Descrição do procedimento

1. Checar a prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e apresentação;
2. Reunir o material necessário e colocar em bandeja;
3. Higienizar as mãos;
4. Orientar o paciente quanto ao procedimento;
5. Oferecer a medicação a ser ingerida;
6. Oferecer copo com água;
7. Observar deglutição do medicamento;
8. Higienizar as mãos;
9. Realizar a anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
10. Registrar procedimento em planilha de produção;
11. Manter ambiente limpo e organizado;

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado
Loanny Moreira Barbosa	Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Jaqueliny Gomes	Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Apoio Institucional ESF	Responsável: Enfermeira SAS/ESF	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referências: BORTOLOZO, N. M. Et al. Técnicas em Enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007. PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem. Florianópolis-SC, 2013.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 032	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA

EXECUTANTE: Médicos, Técnico de Enfermagem e Enfermeira

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotina para execução do procedimento de enfermagem

Materiais:

1. Água;
2. Sabão;
3. Papel Toalha;
4. Caneta;
5. Medicação Prescrita;
6. Luva de Procedimento;
7. Seringa (em tamanho a ser definido conforme o volume da medicação a ser ministrada)
8. Agulha para aspirar medicação (40mm x 12mm; 30mm x 10mm)
9. Agulha para a aplicação da medicação SC (para soluções aquosas 20mm x 6mm, 20mm x 7mm, 13mm x 4mm, 10mm x 6mm ou 10mm x 7mm e para soluções oleosas 20mm x 8mm, 10mm x 8mm e para obesos 25mm x 6mm ou 25mm x 8mm);
10. Clorexidina alcoólica ou álcool 70%;
11. Bandeja;
12. Algodão;
13. Esparadrapo ou fita microporosa;
14. Saco plástico para resíduos infectantes;
15. Coletor de material perfurocortante
16. Biombo, se necessário.

Descrição do procedimento

1. Orientar o paciente quanto a descrição do procedimento;
2. Conferir data, via, dose,posologia e nome do paciente na prescrição médica;
3. Reunir o material necessário;
4. Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data de validade;
5. Higienizar as mãos;
6. Confirmar se o paciente é alérgico ou não a medicação;
7. Realizar a desinfecção do frasco ou ampola com algodão e álcool 70%;
8. Conectar a agulha na seringa;
9. Homogeneizar o líquido da ampola, envolver sua ponteira com algodão seco, para abri-la e após segurá-la entre os dedos indicador e médio, se este for de vidro;
10. Aspirar a dose prescrita com o bizel voltado para baixo;
11. Retirar o ar da seringa com a agulha para cima em posição vertical, com o protetor de agulha conectado, deslize o embolo lentamente até expelir o ar;
12. Despreze a agulha usada para aspirar;

13. Escolher para aplicação uma agulha de calibre apropriado ao tipo de solução e de paciente;
14. Escolher a região da aplicação alternando os locais apropriados (Face externa do braço; região glútea; face antero lateral da coxa; região periumbilical; região escapular);
15. Verificar se o nome do paciente confere com a prescrição, esclarecendo-o e/ou a seus familiares acerca da medicação;
16. Colocar o paciente na posição mais adequada ao procedimento e expor apenas a região da aplicação;
17. Segure o tecido em forma de pinça, formando uma prega. Introduza a agulha no ângulo escolhido conforme o tamanho da agulha, volume do medicamento e quantidade de tecido subcutâneo, solte a prega do tecido;
18. Aspire voltando o embolo da seringa para verificar se a ponta da agulha não está dentro de um vaso sanguíneo, se voltar a retirar a agulha e aplicar em outro local reiniciando o procedimento. Administrar o medicamento lentamente;
19. Não reencapar a agulha;
20. Desprezar a seringa com a agulha no recipiente para descarte de material perfuro cortante;
21. Higienizar as mãos;
22. Realizar a anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
23. Registrar procedimento em planilha de produção;
24. Manter ambiente limpo e organizado;

Elaborado por: Loanny Moreira Barbosa	Revisado por: Lígia Vanessa S. Cruz Duarte Jaqueliny Gomes	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Apoio institucional SAS	Responsável: Enfermeira SAS	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referências: FIGUEIREDO,N.M.A.; VIANA,D.L; MACHADO,W.C.A.Tratado prático de enfermagem. 2 Ed. v.2. São Caetano do Sul: Yedis Editora, 2008. MOZACHI, NELSON. O Hospital: manual do ambiente hospitalar. Ed.10. Curitiba: Os Autores, 2005. SILVA, M.T; SILVA, S.R.L.P. Cálculo de administração de medicamento em enfermagem. 1 Ed. São Paulo: Martinari, 2008.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 033	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA

EXECUTANTE: Técnico de Enfermagem e Enfermeira

ÁREA: Sala de procedimento

OBJETIVO: Estabelecer rotina de organização e funcionamento da sala de procedimentos

MATERIAIS:

1. Copo nebulizador.
2. Máscara.
3. Medicação prescrita.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Lavar as mãos com técnica adequada.
2. Preparar a medicação prescrita no copo nebulizador, observando a dose, via, nome paciente, data.
3. Explicar o procedimento ao paciente.
4. Ligar o copo nebulizador à extensão de látex acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio, conforme prescrição.
5. Regular o fluxo (5 a 10 litros/ min).
6. Orientar o paciente a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento.
7. Ao término, oferecer papel toalha para o paciente secar a umidade do rosto.
8. Colocar copo e máscara de nebulização para lavagem e desinfecção.
9. Lavar as mãos.
10. Anotar, assinar e carimbar em prontuário/ receituário, comunicando médico prescritor, caso haja necessidade de avaliação após procedimento.
11. Anotar na planilha de produção.
12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

Elaborado por: Lígia Vanessa S. Cruz Duarte	Revisado por: Jaqueliny Gomes	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Apoio institucional SAS	Responsável: Enfermeira ESF	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referências: FIGUEIREDO,N.M.A.; VIANA,D.L; MACHADO,W.C.A.Tratado prático de enfermagem. 2 Ed. v.2. São Caetano do Sul: Yedis Editora, 2008. MOZACHI, NELSON. O Hospital: manual do ambiente hospitalar. Ed.10. Curitiba: Os Autores, 2005. SILVA, M.T; SILVA, S.R.L.P. Cálculo de administração de medicamento em enfermagem. 1 Ed. São Paulo: Martinari, 2008.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 034	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR

EXECUTANTE: Técnico de Enfermagem e Enfermeira

ÁREA: Sala de procedimento

OBJETIVO: Estabelecer rotina de organização e funcionamento da sala de procedimentos

MATERIAIS:

1. Colírio ou pomada oftalmológica;
2. Gaze;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Apresentação: Colírio

1. Checar prescrição (data, nome do paciente, dose, apresentação);
2. Separar medicação prescrita;
3. Lavar as mãos;
4. Orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para traz;
5. Afastar a pàlpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do Paciente;
6. Pedir para o paciente olhar para cima e pingar a medicação no centro da membrana conjuntiva;
7. Orientar o paciente a fechar a pálpebra;
8. Lavar as mãos;
9. Anotar data, nome, horàrio de execução do procedimento;
10. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
11. Anotar na planilha de produção;
12. Manter ambiente limpo e organizado;

Apresentação: pomada

1. Com o auxílio da gaze, afastar a pàlpebra inferior, apoiando a mão na face do paciente e colocar com o próprio tubo a pomada;
2. Pedir para o paciente fechar os olhos;
3. Proceder a leve fricção sobre a pàlpebra inferior;

Elaborado por: Lígia Vanessa S. Cruz Duarte	Revisado por: Jaqueliny Gomes	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Apoio institucional SAS	Responsável: Enfermeira ESF	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referência: FIGUEIREDO,N.M.A.; VIANA,D.L; MACHADO,W.C.A.Tratado prático de enfermagem. 2 Ed. v.2. São Caetano do Sul: Yedis Editora, 2008. MOZACHI, NELSON. O Hospital: manual do ambiente hospitalar. Ed.10. Curitiba: Os Autores, 2005. SILVA, M.T; SILVA, S.R.L.P. Cálculo de administração de medicamento em enfermagem. 1 Ed. São Paulo: Martinari, 2008.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 035	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS

EXECUTANTE: Técnico de Enfermagem e Enfermeira

ÁREA: Sala de procedimento

OBJETIVO: Estabelecer rotina de organização e funcionamento da sala de procedimentos

Passos:

1. Acondicionar os resíduos em sacos plásticos brancos leitosos especificados na NBR 9190, de forma que os mesmos preencham até 2/3 do volume da embalagem, possibilitando que esta seja amarrada acima do conteúdo, para evitar o transbordamento na hora da coleta;
2. Os resíduos perfuro-cortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes, reforçados impermeáveis e grandes o suficiente para receber o material de uso diário do local. As agulhas não devem ser destacadas das seringas ou manuseadas, a fim de evitar acidente de trabalho. Ao ser descartado, o recipiente deve estar devidamente fechado, envolvido em saco plástico branco leitoso identificado “material cortante”;
3. O lixo contaminado deve ser recolhido em saco de lixo duplo identificado “contaminado”;
4. Para facilitar a identificação e o manuseio do resíduo comum, deve-se adotar um padrão de cor (cor clara, exceto a branca leitosa), conforme norma técnica da S.L.U. e ABNT – NBR 9190;
5. As lixeiras devem necessariamente possuir tampa;
6. Os resíduos enquadrados na categoria especial não são coletados pela empresa Especializada;
7. Em caso de contêineres, os mesmos devem estocar os resíduos corretamente acondicionados e oferecer condições adequadas para manuseio;
8. Os resíduos não devem ficar expostos na via pública e sim em contêineres e/ou recintos exclusivos.

Elaborado por: Lígia Vanessa S. Cruz Duarte	Revisado por: Milvane Dias Araújo	Aprovado Gustavo Amoury Assunção
Responsável: Apoio institucional SAS	Responsável: Apoio institucional SAS	Responsável Superintendência de Atenção à Saúde

Referências: Resolução RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 36	Data de validação: 22/06/2021	Data de revisão: 2023

ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA OS PROFISSIONAIS DO NASF

EXECUTANTE: Profissionais do Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica (NASF- AB)

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Realização de atendimento domiciliar pelos profissionais do NASF - AB

MATERIAL:

1. Prontuário do paciente;
2. Luvas de procedimentos;
3. Receituários;
4. Caneta;
5. Fita Antropométrica;
6. Balança;
7. Aparelho de Pressão Arterial;
8. Carro (fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

DESCRIÇÃO:

1. Registro do atendimento domiciliar (AD) solicitada pelos membros da equipe Estratégia Saúde da Família (ESF);
2. A equipe ESF poderá solicitar AD desde que o paciente tenha sido visitado pela equipe médica e/ou de enfermagem;
3. Discussão entre membros disponíveis da equipe da ESF sobre as solicitações do AD, e programação do agendamento, conforme situação de risco ou vulnerabilidade;
4. Todo paciente que necessitar de AD deverá deparar com situações complexas, ou seja, com características clínicas (patologias avançadas, multipatologias) que os impeçam de comparecer a unidade;
5. Primeiro atendimento: traçar o pré-plano de assistência para o paciente;
6. Paciente já visitado anteriormente, revisar plano de assistência e responsabilidades de cada componente da equipe;
7. Reservar carro para o deslocamento da equipe até o domicilio. A visita somente será realizada com transporte fornecida pela SMS;
8. Execução da visita com registro de dados mediante prontuário do paciente e com a presença da Agente Comunitária de Saúde (ACS). Na falta desse profissional deverá comparecer a visita, em conjunto com o NASF -AB, a enfermeira ou médica da equipe;
9. Avaliar, orientar e adotar procedimentos terapêuticos ao paciente, conforme plano terapêutico traçado pela equipe;
10. Avaliar a condição ambiental do domicilio e construir proposta de adequação dentro da realidade familiar e do domicílio;
11. Trabalhar as relações familiares na busca pela harmonia, otimizando ações para um ambiente familiar terapêutico, que promova qualidade de vida para o paciente, cuidador e sua família de maneira a construir uma rede de apoio;

<table>
<tr><td colspan="3">12. Orientar a família sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotadas. O familiar receberá atendimento do NASF -AB desde que estejam relacionadas com a queixa e/ou situações que fazem parte do cuidar do paciente;
13. Registrar os dados no prontuário do paciente;
14. Oferecer a equipe o retorno sobre o atendimento realizado, bem como as condutas adotadas.</td></tr>
<tr><td>Elaborado por: Farm. Pedro Henrique Fernandes Carvalho (CRF 8705)
Selma Tavares Porto (CRP 9/3071)</td><td>Revisado por: Bruna Aniele Cota</td><td>Aprovado por: Bruna Aniele Cota</td></tr>
<tr><td colspan="3">Referências: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2 v.: il.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27)</td></tr>
</table>