

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

**PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO
UNIDADE DE SAÚDE MENTAL**

Aparecida de Goiânia, GO
2024

Sumário

REGISTRO DE ENFERMAGEM	4
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	6
MEDICAÇÃO VIA ORAL	10
MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR	13
MEDICAÇÃO VIA OCULAR	17
MEDICAÇÃO VIA SUBLINGUAL	20
MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA	23
MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA	27
MEDICAÇÃO TÓPICA	31
APLICAÇÃO DE BOLSA DE GELO	34
APLICAÇÃO DE COMPRESSAS MORNAS	37
CURATIVO	40
MENSURAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	45
VERIFICAÇÃO DE PULSO PERIFÉRICO	48
VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA AXILAR	52
VERIFICAÇÃO FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	56
CONTROLE DE GLICEMIA	60
PREPARO DO LEITO	63
HIGIENE CORPORAL DO USUÁRIO/BANHO	66
HIGIENE DOS CABELOS E DO COURO CABELUDO	70
HIGIENE DE MÃOS E UNHAS DO USUÁRIO	73
HIGIENE ORAL DO USUÁRIO	76
CUIDADOS COM A NUTRIÇÃO DO USUÁRIO	79
REMOÇÃO DE PEDICULOSE E LÊNDEAS	82
DESINFECÇÃO DOS QUARTOS	84

1-Introdução

O Procedimento Operacional Padrão (POP) para unidades de saúde mental é um documento que descreve os passos e diretrizes para a realização de atividades específicas em uma unidade de saúde mental. Geralmente inclui informações sobre triagem, avaliação, diagnóstico, tratamento, e cuidados contínuos para pacientes em tratamento.

O objetivo principal do POP é garantir a padronização e a qualidade na execução das atividades, promovendo a segurança, eficiência e eficácia das operações. Ele serve como um guia para orientar os colaboradores sobre como realizar as tarefas de forma correta e segura, seguindo as diretrizes estabelecidas.

Eles descrevem passo a passo as atividades a serem realizadas, incluindo instruções detalhadas, requisitos de segurança, equipamentos necessários, medidas de controle de qualidade e os responsáveis pela execução.

Além disso, os POPs também auxiliam na capacitação de novos colaboradores, na manutenção da consistência operacional e na identificação de possíveis melhorias nos processos. Ao seguir um Procedimento Operacional Padrão, podemos garantir a conformidade com regulamentações, minimizar riscos e erros operacionais, e assegurar a entrega de produtos e serviços com alta qualidade e confiabilidade.

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 001	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
REGISTRO DE ENFERMAGEM			
EXECUTANTE: Enfermeiros e técnicos de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre a equipe de saúde e garantir a continuidade das informações.			
<p>INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicado após todo cuidado ofertado ao usuário do serviço; • Não há contraindicação para realização deste procedimento. <p>RISCOS/PONTOS CRITICOS:</p> <p>Rasuras, entrelinhas, espaços em branco.</p> <p>Sua ausência resulta em falta de respaldo legal dos profissionais e não garantia da continuidade da assistência prestada ao paciente, podendo levar a erros no cuidado.</p> <p>MATERIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prontuário ou ficha de atendimento; • Caneta esferográfica preferencialmente azul ou preta; • Carimbo pessoal (com nome do profissional, categoria e número registro no conselho de classe). <p>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registrar todo e qualquer procedimento realizado no paciente sobre sua responsabilidade; 2. Nunca registrar procedimento ou cuidado feito por terceiros; 3. Registrar de forma completa, clara, legível, pontual, cronológica e objetiva, observando ortografia, caligrafia e redação; 4. Devem ser precedidas de data e hora e assinadas ao final. O uso do carimbo faz parte da assinatura; 5. O registro deve constar em impresso devidamente identificado no cabeçalho com nome completo do paciente, e complementado com data e horário, bem como numeração da página; 6. Registrar cuidados prestados, observações efetuadas e sinais/sintomas referidos pelo paciente sem usar termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.); 			

7. A Anotação de Enfermagem embasa a Sistematização de Enfermagem realizada pelo Enfermeiro, e deve conter nela as respostas frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro;
8. Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;
9. Sempre registrar em impressos próprios e padronizados pela instituição.

RECOMENDAÇÕES:

O conteúdo da anotação deve ser descritivo e não interpretativo;

Não utilizar corretivos, nem riscar, molhar ou manchar o impresso. Em caso de erro na anotação, usar a palavra “digo”, entre vírgulas;

O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos;

As anotações são necessárias para garantir a continuidade na assistência prestada;

Os registros de estudantes dos diferentes níveis de formação profissional de Enfermagem deverão ser acompanhados pelos supervisores de atividade prática e estágio supervisionado, conforme Resolução COFEN nº 441/2013 e ser pactuado com o órgão responsável pela articulação ensino/serviço (CETS).

REFERÊNCIAS:

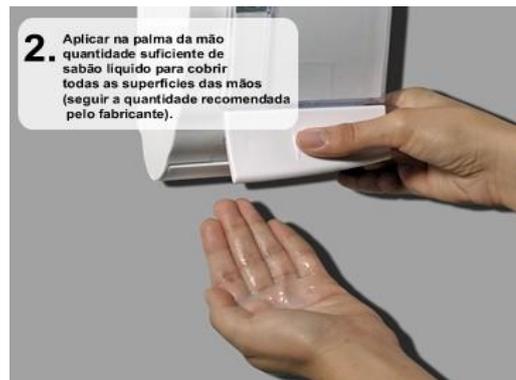
1. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 441/2013. Dispõe sobre participação do Enfermeiro na supervisão de atividade prática e estágio supervisionado de estudantes dos diferentes níveis da formação profissional de Enfermagem, 2013.
2. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Anotações de Enfermagem. Disponível em <http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagemcoren-sp.pdf>.
3. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 429. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, 2012.

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 002	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS			
EXECUTANTE: Todos os profissionais de saúde			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Prevenção e redução da transmissão de microrganismos entre profissionais e pacientes.			
<p>INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicação: Antes e após cada procedimento ou manipulação do paciente; • Contraindicação: Não existe contra-indicações para esse procedimento. <p>RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: Descamação, ressecamento, alergia e fissuras na pele das mãos.</p> <p>MATERIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sabão líquido; • Papel Toalha; • Álcool 70% <p>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Retirar anéis, pulseiras e relógio; 2. Arregaçar as mangas até altura do cotovelo; 3. Abrir a torneira sem encostar na pia; 4. Molhar as mãos a partir dos pulsos na direção dos dedos; 5. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos; 6. Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos <ol style="list-style-type: none"> a. Palma contra palma; b. Palma direita sobre dorso esquerdo entrelaçando os dedos; c. Palma esquerda sobre dorso direito, entrelaçando os dedos; 			

- d. Palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais;
- e. Parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai e vem;
- f. Rotação dos polegares direito e esquerdo;
- g. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;
- h. Esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;
- i. Enxaguar as mãos sem encosta-las na pia/torneira, no sentido dos dedos para os punhos.
- j. Enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos.

Higienização simples das mãos: DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO: 40 a 60 segundos





5. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.



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



7. Esfregar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se movimento circular e vice-versa.



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



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



10. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão, no sentido dos dedos para os punhos. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.



RECOMENDAÇÕES:

- ✓ As mãos devem ser lavadas: antes de iniciar qualquer procedimento com o paciente e após o mesmo; quando for manusear medicamento e alimentos; após assuar o nariz; após o contato com materiais ou superfícies contaminadas; antes e após uso do banheiro e sempre que terminar o trabalho;
- ✓ Retirar sempre anéis e pulseiras antes de cuidar dos usuários;
- ✓ Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais;
- ✓ Evite espirrar água no assoalho, pois ficam escorregadios são perigosos.

REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2007. 52p.
3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos. Brasília, 2009. 95 p.

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental



PREFEITURA DE
APARECIDA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número:
POP - 003

Data de Validação:
06/08/2024

Data de revisão:
Sob demanda

MEDICAÇÃO VIA ORAL

EXECUTANTE: Enfermeiro e técnico de enfermagem

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Administrar medicações com apresentação em cápsulas, suspensão, gotas, comprimidos e pós, que são absorvidas pelo trato gastrointestinal.

INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

- Indicado para todos os pacientes conscientes e com boas condições de deglutição;
- Contraindicação para pacientes com distúrbio de deglutição, náuseas e vômitos.

RISCOS/PONTOS CRITICOS:

- Engasgos, dificuldade em engolir comprimidos, drágeas e/ou cápsulas;
- Usuário desprezar o comprimido na ausência da enfermagem;
- Medicações com apresentação de comprimidos que precisam ser macerados, risco para sub ou super dosagem, absorção variável, período de latência médio a longo, ação do suco gástrico, sabor, pH do trato intestinal.

MATERIAL:

- Prescrição médica e/ou de enfermagem;
- Bandeja;
- Copinhos descartáveis;
- Rótulos;
- Conta-gotas;
- Seringa;
- Papel toalha;
- Medicamento prescrito;
- Copo com água.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Higienizar as mãos acordo com POP nº2;
2. Conferir a prescrição e reunir o material em uma bandeja;
3. Identificar os copinhos com os rótulos;
4. Colocar os medicamentos no copinho sem tocá-los;
5. Usar seringa ou medidor para os líquidos;
6. Diluir o medicamento com água, quando necessário;
7. Levar a bandeja até o paciente;
8. Informar o procedimento ao paciente;
9. Conferir a etiqueta com os dados do paciente;
10. Entregar o copinho com o medicamento e copo com água ao paciente;
11. Esperar o paciente deglutir todos os medicamentos;
12. Recolher o material e colocá-lo na bandeja;
13. Desprezar o material descartável no lixo;
14. Higienizar as mãos;
15. Checar o procedimento;
16. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

RECOMENDAÇÕES:

Antes de ofertar a medicação via oral conferir os 13 certos da medicação: Prescrição correta, paciente certo, medicamento certo, validade certa, forma/apresentação certa, dose certa, compatibilidade certa, orientação ao paciente, via de administração certa, horário certo, tempo de administração certo, ação certa, registro certo.

Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não foi dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo no espaço reservado para anotação de enfermagem.

Deve-se observar e anotar qualquer tipo de reação por um paciente após receber determinado medicamento.

Caso o paciente se mostre confuso ou desorientado, é necessário verificar o interior de sua boca para se certificar de que ele engoliu a medicação.

Se o paciente recusar alguma medicação, registre a recusa e notifique o enfermeiro.

Caso não haja possibilidade de o paciente deglutir cápsulas, não se deve abri-las e administrar seu conteúdo diluído.

Nesse caso, recomenda-se verificar com o médico a possibilidade de alteração da terapêutica medicamentosa.

REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. KAWAMOTO, Emília E.; FORTES, Julia I. Fundamentos de enfermagem. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005.
4. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
5. POTTER, P. A.; ANNE, G. P. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
6. TIMBY, Bárbara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 200.
7. Farm^a Luana B. Martins. Enf^a Adriane E. Besckow. <https://docplayer.com.br/12591053-Ciclo-de-palestras-gerenciamento-de-risco-hcc.html>.

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 004	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR			
EXECUTANTE: Enfermeiro e técnico de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: A administração de soluções medicamentosas no músculo que não podem ser absorvidas diretamente pela mucosa gástrica. Obter ação mais rápida do que por via oral.			
INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Indicado quando há necessidade de absorção rápida do fármaco. Para pacientes que não podem tomar medicação por via oral, quando a administração IV não é adequada ou para substâncias que são modificadas pelos sucos digestivos. Após todo cuidado ofertado ao usuário do serviço. • Contraindicação para pacientes com pouca massa muscular, cicatrizes ou lesões. 			
RISCOS/PONTOS CRITICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Lesões no músculo; • Nervos e vasos por falha técnica; • Administração de substâncias irritantes ou com pH diferente; • Alterações orgânicas por reação do medicamento; • Embolia pulmonar por injeções em veias e artérias glúteas; • Alergias, infusão de grande volume. 			
MATERIAL: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento prescrito; • Bandeja; • Etiqueta ou fita adesiva; • Álcool a 70% e bolas de algodão; • Seringa; • Agulha adequada (para administrar) e 40x12 (para aspirar); • Luvas de procedimento; • Diluente se necessário. 			

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Conferir a prescrição e reunir o material na bandeja;
2. Higienizar as mãos;
3. Desinfetar tampas e/ou ampolas com álcool a 70%;
4. Fazer a diluição se necessário, e aspirar a medicação;
5. Retirar o ar da seringa;
6. Trocar as agulhas, colocando a específica para via IM;
7. Levar a bandeja ao quarto do paciente, colocando-a na mesa de cabeceira. Ou, direcionar o usuário até o posto de enfermagem;
8. Explicar o procedimento ao paciente;
9. Colocar o paciente na posição mais adequada ao procedimento;
10. Expor a área de aplicação e delimitar o local;
11. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
12. Fazer a antisepsia com álcool a 70% e deixar secar;
13. Pinçar o músculo e introduzir a agulha no local, com o Bisel lateralizado fazendo um ângulo de 90 graus, aspirar lentamente para certificar que não há retorno sanguíneo.
14. Injetar lentamente o conteúdo da seringa, empurrando o êmbolo com a mão oposta a que segura a seringa;
15. Retirar a agulha com um único movimento, rápido e firme;
16. Comprimir levemente o local com algodão seco sem massagear;
17. Observar se o paciente está bem e deixá-lo em posição confortável;
18. Recolher o material, descartar os perfuro cortantes em recipiente apropriado;
19. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
20. Checar o procedimento;
21. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

RECOMENDAÇÕES:

- Antes de administrar a medicação conferir os 13 certos da administração de medicamentos: **Prescrição correta, paciente certo, medicamento certo, validade certa, forma / apresentação certa, dose certa, compatibilidade certa, orientação ao paciente, via de administração certa, horário certo, tempo de administração certo, ação certa, registro certo;**
- As medicações devem ser encaminhadas ao quarto em bandeja;

- Se aparecer sangue na seringa ao realizar a aspiração, é porque a agulha se encontra em um vaso sanguíneo. Caso isso ocorra, pare a injeção, retire a agulha, prepare outra injeção com outro equipamento;
- Não reencapar a agulha;
- Descarte-a em local apropriado;
- Mantenha rodízio de aplicações.

O local de uma injeção intramuscular deve ser escolhido cuidadosamente, levando-se em conta o estado físico geral do paciente e a indicação da injeção, feitas nos seguintes músculos:

Deltoide (contraindicação):

Crianças de 0 a 10 anos

Pacientes de pequeno aporte muscular e idoso.

Volume superior a 2 ml, substâncias irritantes.

Pacientes com parestesia ou paralisia dos membros superiores.

Paciente submetido a mastectomia e/ou esvaziamento cervical.

Dorso-Glútea: no quadrante superior externo da região glútea (até 5 ml)

O paciente deve estar em posição ventral ou lateral.

É uma região muito usada em adultos

Contraindicada em crianças menores de 2 anos, idosos, pacientes com atrofia dos músculos da região, parestesia ou paralisia de MMII, lesões vasculares MMII.

Anterolateral-coxa: no terço médio do músculo vasto lateral da coxa (até 4 ml).

O paciente deve estar deitado com MMII em extensão ou sentado com a perna fletida.

Local preferido para crianças (menores que 12 meses), que recebem imunizações.

Ventro glútea: não apresenta contraindicações.

Grupo etário: qualquer idade

Volume máximo: 4 ml

Se o volume a ser administrado ultrapassar a capacidade do músculo, a dose deverá ser fracionada e aplicada em mais de um local.

Seleção do calibre da agulha, segundo características do paciente:

Faixa etária	Espessura subcutânea	Solução Aquosa	Solução Oleosa ou Suspensão
Adulto	Magro	25x7mm	25x8mm
	Normal	30x7mm	30x8mm
	Obeso	40x7mm	40x8mm
Criança	Magro	20x6mm	20x7mm
	Normal	25x7mm	25x8mm
	Obeso	30x7mm	30x8mm

REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. GIOVANI, Arlete M. M. Enfermagem: cálculo e administração de medicamentos. 2. ed. São Paulo: Legnar Informática e Editora, 1999.
4. KAWAMOTO, Emilia E.; FORTES, Julia I.; Fundamentos de Enfermagem. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005.
5. Farm^a Luana B. Martins. Enf^a Adriane E. Besckow. <https://docplayer.com.br/12591053-Ciclo-de-palestras-gerenciamento-de-risco-hcc.html>.

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 005	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
MEDICAÇÃO VIA OCULAR			
EXECUTANTE: Enfermeiros e técnicos de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Aplicar antibióticos, antifúngicos, anti-inflamatórios ou lubrificante na região dos olhos.			
<p>INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicado no tratamento de sinais e sintomas oculares; • Verificar a contraindicação do medicamento segundo o histórico do usuário. <p>RISCOS/PONTOS CRITICOS:</p> <p>A medicação via ocular apresenta alguns riscos e pontos críticos que devem ser considerados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contaminação: Existe o risco de contaminação da medicação ocular, seja pelo contato com as mãos, pela presença de impurezas no frasco ou pelo uso inadequado do aplicador. 2. Reações alérgicas: Alguns pacientes podem desenvolver reações alérgicas à medicação ocular, o que pode causar desconforto e complicações adicionais. 3. Superdosagem: A administração excessiva da medicação ocular pode resultar em superdosagem, levando a efeitos colaterais adversos e danos à saúde ocular. 4. Adesão ao tratamento: A aplicação correta da medicação ocular requer aderência rigorosa ao regime prescrito, o que nem sempre é fácil para todos os pacientes. 5. Irritação ocular: Alguns medicamentos oftálmicos podem causar irritação nos olhos, levando a sintomas como vermelhidão, coceira e sensibilidade à luz. <p>É importante seguir as instruções ao usar medicamentos oftálmicos para minimizar esses riscos e garantir a eficácia do tratamento.</p> <p>MATERIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Lenço de papel ou gaze • Medicamento; 			

- Álcool a 70%;
- Luva de procedimento.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
3. Fazer o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
4. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
5. Realizar a higienização das mãos;
6. Conferir o rótulo com os dados do paciente e a prescrição médica;
7. Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
8. Colocar a identificação no medicamento;
9. Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
10. Informar o procedimento ao paciente;
11. Posicionar o paciente de forma que o pescoço fique em leve hiperextensão;
12. Limpar os olhos com gaze do canto interno para o externo (não pode ter secreção);
13. Solicitar que o paciente olhe para cima e depositar o medicamento no saco conjuntival;
14. Solicitar que o paciente feche os olhos suavemente;
15. Solicitar ao paciente que movimente o globo ocular com as pálpebras cerradas e com o pescoço em hiperextensão;
16. Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
17. Lavar a cuba rim com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%;
18. Realizar a higienização das mãos;
19. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
20. Fazer anotação de enfermagem.

RECOMENDAÇÕES:

Antes de administrar a medicação conferir os 13 certos da administração de medicamentos: **Prescrição correta, paciente certo, medicamento certo, validade certa, forma / apresentação certa, dose certa, compatibilidade certa, orientação ao paciente, via de administração certa, horário certo, tempo de administração certo, ação certa, registro certo.**

Não colocar a medicação diretamente na córnea.

Pomadas são aplicadas depositando uma fina camada no saco conjuntival do canto interno para o externo, seguindo as indicações descritas acima.

Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo.

Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo.

Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico.

Em caso de presença de secreção, o profissional deverá usar luvas de procedimento.

REFERÊNCIAS:

1. BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
2. POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
3. KOCH, R.M. et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.
4. SILVA LD, PEREIRA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005.
5. NETTINA SM. Prática de enfermagem. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
6. Farmª Luana B. Martins. Enfª Adriane E. Besckow. <https://docplayer.com.br/12591053-Ciclo-de-palestras-gerenciamento-de-risco-hcc.html>.

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 006	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
MEDICAÇÃO VIA SUBLINGUAL			
EXECUTANTE: Enfermeiros e técnicos de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Absorver a medicação de forma mais rápida; Administrar medicamento que é inativado pelo suco gástrico.			
INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Indicado para quando for necessária absorção de uma forma mais rápida em comparação com a via oral. • Contraindicado para usuários apresentando vômitos e disfagia. 			
RISCOS/PONTOS CRITICOS: A medicação sublingual apresenta riscos e pontos críticos que devem ser considerados: <ol style="list-style-type: none"> 1. Absorção inconsistente: A absorção da medicação sublingual pode ser inconsistente devido à umidade da boca, presença de alimentos, tabaco ou outras substâncias na boca, o que pode afetar a eficácia do tratamento. 2. Irritação oral: Alguns medicamentos sublinguais podem causar irritação na mucosa oral, levando a sintomas como ardor, coceira ou desconforto na boca. 3. Deglutição acidental: Existe o risco de deglutição acidental da medicação sublingual, o que pode afetar a absorção do medicamento e levar a uma dose inadequada. 4. Interferência com outras substâncias: Certas substâncias presentes na boca, como álcool ou outros medicamentos, podem interferir na absorção da medicação sublingual. 5. Reações alérgicas: Alguns pacientes podem desenvolver reações alérgicas à medicação sublingual, o que pode resultar em sintomas adversos e complicações. 			
MATERIAL: <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Medicamento prescrito; 			

- Copinho plástico descartável;
- Rótulo de identificação.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
3. Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
4. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
5. Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
6. Realizar a higienização das mãos;
7. Colocar o rótulo do medicamento no copinho descartável;
8. Colocar o medicamento no copinho;
9. Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
10. Informar o procedimento ao paciente;
11. Entregar o medicamento ao paciente e orientar para colocar parado sob a língua, sem mastigar ou engolir;
12. Checar se o procedimento foi efetivo;
13. Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
14. Desprezar os resíduos;
15. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%;
16. Realizar a higienização das mãos;
17. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
18. Fazer anotação de enfermagem;
19. Registrar em evolução de enfermagem quaisquer intercorrências.

RECOMENDAÇÕES:

Antes de administrar a medicação conferir os 13 certos da administração de medicamentos: **Prescrição correta, paciente certo, medicamento certo, validade certa, forma / apresentação certa, dose certa, compatibilidade certa, orientação ao paciente, via de administração certa, horário certo, tempo de administração certo, ação certa, registro certo.**

Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar

o motivo.

Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo.

Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico.

Nem todo medicamento via oral pode ser administrada via sublingual.

No caso de pacientes com nível de consciência rebaixado, a terapia deve ser revista junto ao médico.

REFERÊNCIAS:

1. BARE, B.G.,; SUDDARTH, D.S.. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
2. POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
3. KOCH. R.M. et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.
4. SILVA LD, PÉREIA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005
5. NETTINA SM. Prática de enfermagem. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007
6. CLAYTON BD. Farmacologia na prática de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2006.
7. Farmª Luana B. Martins. Enfª Adriane E. Besckow. <https://docplayer.com.br/12591053-Ciclo-de-palestras-gerenciamento-de-risco-hcc.html>

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 007	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA			
EXECUTANTE: Enfermeiros e técnicos de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Injetar ou infundir medicamentos que não podem ser administrados por outras vias.			
<p>INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicado quando pretende obter efeito sistêmico rápido; • Contraindicação para medicação oleosa. <p>RISCOS/PONTOS CRITICOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infecções: Existe o risco de infecção associado à administração endovenosa, tanto relacionado ao local da punção quanto a infecções sistêmicas. 2. Reações adversas: Alguns medicamentos administrados por via endovenosa podem causar reações adversas, incluindo reações alérgicas, choque anafilático e outros efeitos colaterais graves. 3. Trombose: A administração endovenosa inadequada ou prolongada pode aumentar o risco de formação de coágulos sanguíneos (trombose), especialmente em pacientes com fatores de risco adicionais. 4. Lesões vasculares: A punção venosa inadequada pode resultar em lesões vasculares, hematomas ou extravasamento do medicamento para os tecidos circundantes. 5. Superdosagem: A administração incorreta ou excessiva do medicamento endovenoso pode resultar em superdosagem, levando a complicações graves. 6. Controle da dose: A administração endovenosa requer um controle rigoroso da dose e da velocidade de infusão para evitar complicações relacionadas à sobredosagem ou subdosagem. <p>MATERIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescrição médica; • Bandeja; • Medicamento e diluente conforme prescrito; 			

- 1 seringa, abocath ou scalp (escolher a opção mais confortável para administrar o volume de medicação prescrita, em tamanho a ser definido conforme o volume da medicação a ser ministrada);
- 1 agulha para aspirar medicação (40mm x 12mm ou 30mm x 10mm)

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Checar a prescrição médica rigorosamente;
2. Conferir nome do medicamento, dose, via e prazo de validade;
3. Higienizar as mãos com água e sabão;
4. Iniciar o preparo da medicação;
5. Fazer a desinfecção da ampola com álcool à 70% ou frasco e posteriormente aspirar a medicação em seringa de 20ml, com agulha 40x12 não esquecer de rotulá-la.
6. Encaminhar bandeja com os materiais para próximo do usuário;
7. Explicar o procedimento ao usuário, solicitar que feche a mão após o garroteamento do membro;
8. Higienizar as mãos com água e sabão ou álcool a 70%;
9. Colocar máscara e calçar luvas;
10. Fazer antisepsia da pele do usuário com álcool a 70%;
11. Garrotear o membro superior do usuário acima do local da punção;
12. Introduzir a agulha no tecido com Bisel para cima, aspirar levemente para ver a presença de sangue;
13. Soltar o garrote;
14. Injetar o conteúdo da seringa lentamente;
15. Retirar a agulha;
16. Comprimir o local da punção com algodão seco;
17. Depositar a seringa e a agulha na bandeja para ser desprezada em caixa de perfuro cortante;
18. Retirar as luvas;
19. Higienizar as mãos;
20. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
21. Fazer anotação de enfermagem;
22. Registrar em evolução de enfermagem quaisquer intercorrências.

RECOMENDAÇÕES:

Antes de administrar a medicação conferir os 13 certos da administração de medicamentos:
Prescrição correta, paciente certo, medicamento certo, validade certa, forma / apresentação certa,

dose certa, compatibilidade certa, orientação ao paciente, via de administração certa, horário certo, tempo de administração certo, ação certa, registro certo.

Medicamento sem necessidade de diluição aspire a dose prescrita;

Medicamento em pó liofilizado faça a reconstituição com diluente recomendado e aspire a dose prescrita; Medicamento com necessidade de diluição aspire a dose prescrita e faça diluição com a solução recomendada; verificar as condições do acesso venoso para prevenir ocorrência de extravasamento que possam levar a graves consequências.

Normalmente os locais de escolha para punção são os braços, antebraços e dorso das mãos.

Realizar rodízios nos locais de aplicação, o que evita lesões nos tecidos do usuário, decorrentes de repetidas aplicações.

Preferencialmente, o usuário deve estar sentado ou deitado ao receber injeção endovenosa. O ângulo de introdução da agulha na pele deve ser entre 15 e 30 graus.

Caso o usuário esteja com soroterapia em curso, administrar a medicação em dispositivo do equipo após desinfecção com álcool a 70% do mesmo.

Retirar o ar da seringa após aspiração do medicamento evitando a embolia gasosa.

Se o frasco de medicação for de multidose, desprezar o restante.

Limpe o diafragma do frasco de medicação com álcool 70% antes de perfurá-lo.

Não use nenhum frasco de fluido parenteral se a solução estiver visivelmente turva, apresentar precipitação ou corpo estranho.

O uso de luvas não substitui a higienização das mãos, o que deve ocorrer, no mínimo antes e depois do uso das mesmas

Os trabalhadores que utilizarem, objetos perfuro cortantes devem ser responsáveis pelo seu descarte. Se houver mais de um medicamento intravenoso aprazado no mesmo horário, a via deve ser lavada com SF 0,9% entre os medicamentos.

REFERÊNCIAS:

1. VIANA, D. L.; et al. Manual de procedimentos em pediatria. Yendis editora, 2008. BRASIL. Norma Regulamentadora NR32. Segurança e Saúde no trabalho em Serviços de Saúde, MS, 2005.
2. LYNN. P. Manual de Habilidades de Enfermagem Clínicas de Taylor Porto Alegre: Antmed 2012.
3. ANVISA. Comissão epidemiológica Hospitalar do Hospital de São Paulo. Diretrizes para a prevenção e o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde; 2012.
4. Farm^a Luana B. Martins. Enf^a Adriane E. Besckow. <https://docplayer.com.br/12591053-Ciclo-de-palestras-gerenciamento-de-risco-hcc.html>.

<p>Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125</p>	<p>Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro</p>	<p>Aprovado: Eurides Santos Pinho</p>
<p>Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer</p>	<p>Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica</p>	<p>Responsável: Coordenadora de Saúde Mental</p>

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 008	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA			
EXECUTANTE: Enfermeiros e técnicos de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Administrar insulina e anticoagulantes, lentificar o tempo de absorção sistêmica do medicamento administrado.			
INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Indicação: terapêutica indicada conforme patologia apresentada pelo paciente; • Contraindicações: Presença de lesão ou edema na área de administração do medicamento, presença de fístula arteriovenosa, quantidade reduzida de massa muscular e plaquetopenia. 			
RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: Reações adversas. <ol style="list-style-type: none"> 1. Reações locais: A administração subcutânea pode causar reações locais, como dor, inchaço, vermelhidão ou irritação no local da injeção. 2. Absorção variável: A absorção da medicação subcutânea pode variar de paciente para paciente, o que pode afetar a eficácia do tratamento. 3. Formação de nódulos: Em alguns casos, a administração repetida de medicação subcutânea no mesmo local pode resultar na formação de nódulos ou fibroses. 4. Infecções: Existe o risco de infecção associado à administração subcutânea, especialmente se as técnicas de assepsia não forem seguidas adequadamente. 5. Superdosagem: A administração incorreta da medicação subcutânea pode resultar em superdosagem, levando a complicações relacionadas à dose excessiva. 6. Hematomas e sangramento: A punção subcutânea inadequada pode resultar em hematomas ou sangramento no local da injeção. 			
MATERIAL: <ul style="list-style-type: none"> • Prescrição médica; • Bandeja; • Medicamento prescrito; • Luvas de procedimento; 			

- Agulha para aspiração;
- Agulha 13x4,5;
- Seringa de 1 ml;
- Gaze estéril;
- Álcool a 70%.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
3. Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
4. Realizar a higienização das mãos;
5. Preparar o medicamento utilizando a agulha de aspiração e a seringa de 1 ml;
6. Retirar a agulha de aspiração e inserir a agulha 13x4,5 mm na seringa;
7. Colar o rótulo de identificação no medicamento;
8. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
9. Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
10. Levar a bandeja até a unidade do paciente;
11. Informar e explicar o procedimento ao paciente;
12. Conferir o rótulo com os dados do paciente;
13. Realizar a higienização das mãos;
14. Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento;
15. Calçar as luvas de procedimento;
16. Fazer a antisepsia do local;
17. Pinçar com os dedos a pele do local de administração (correta posição das mãos no instante);
18. De aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão dominante. O profissional deve segurar a seringa como se fosse um dardo, deixando a palma da mão para cima);
19. Inserir em um único movimento a seringa com a agulha 13x4,5 mm no tecido subcutâneo em um ângulo de 90°;
20. Injetar lentamente o medicamento com a mão oposta que segura a seringa (soltar a prega do tecido);
21. Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;

22. Aplicar leve compressão ao local com gaze;
23. Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
24. Desprezar os resíduos;
25. Descartar o material perfurocortante no Descarpax® (sem desconectar a agulha da seringa e sem reencapar);
26. Retirar a luva de procedimento;
27. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool 70%;
28. Realizar a higienização das mãos;
29. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
30. Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.

RECOMENDAÇÕES:

Antes de administrar a medicação conferir os 13 certos da administração de medicamentos:

Prescrição correta, paciente certo, medicamento certo, validade certa, forma / apresentação certa, dose certa, compatibilidade certa, orientação ao paciente, via de administração certa, horário certo, tempo de administração certo, ação certa, registro certo.

Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;

Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;

Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;

Administrar um volume máximo entre 0,5mL e 1ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível às soluções irritantes e grandes volumes de medicamento);

Locais mais indicados para aplicação de medicamentos por via subcutânea: deltoide, face externa do braço, face externa da coxa, parede abdominal e região escapular;

Introduzir a agulha em ângulo de 90º quando hipodérmica ou 45º quando agulhas comuns ou hipodérmicas em crianças;

Após aplicação de insulina ou heparina, o local não deve ser massageado;

REFERÊNCIAS:

1. BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S.. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

2. POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
3. KOCH. R.M. et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.
4. SILVA LD, PÉREIA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005.
5. NETTINA SM. Prática de enfermagem. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
6. CLAYTON BD. Farmacologia na prática de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2006.
7. Farmª Luana B. Martins. Enfª Adriane E. Besckow. <https://docplayer.com.br/12591053-Ciclo-de-palestras-gerenciamento-de-risco-hcc.html>

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 009	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
MEDICAÇÃO TÓPICA			
EXECUTANTE: Enfermeiros e técnicos de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
<p>OBJETIVO: Aplicar medicações em forma de loções, pomadas, linimentos, antissépticos e ou antimicrobianos, tinturas, pós e adesivos com finalidade de proteger, suavizar, lubrificar, aquecer, relaxar, fazer antisepsia, ressecar, repor hormônios, agir como analgésicos e anti-inflamatórios.</p>			
<p>INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicação: terapêutica indicada conforme patologia apresentada pelo paciente; • Contraindicação: alergias cutâneas, pele rompida ou irritada, cicatrizadas ou com calosidades. 			
<p>RISCOS/PONTOS CRITICOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reações adversas na pele: Algumas pessoas podem desenvolver irritação, coceira, vermelhidão ou sensibilidade na área onde a medicação tópica é aplicada. Isso pode ser uma reação alérgica ou uma resposta à composição da medicação. 2. Uso prolongado: Em alguns casos, o uso prolongado de certas medicações tópicas pode levar a efeitos colaterais indesejados, como afinamento da pele, estrias, acne ou hiperpigmentação. 3. Interferência com outras medicações: Algumas medicações tópicas podem interagir com outros medicamentos que você esteja usando, resultando em efeitos adversos. É importante informar o seu médico sobre todos os medicamentos que você está tomando. 4. Absorção sistêmica: Em alguns casos, a medicação tópica pode ser absorvida pela corrente sanguínea e ter efeitos sistêmicos no corpo, especialmente se aplicada em grandes áreas da pele ou em pele danificada. 			
<p>MATERIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescrição médica; • Bandeja ou cuba rim; • Medicamento conforme prescrito; • Gaze estéril; 			

- Compressa não estéril;
- Luvas de procedimento;
- Espátula;
- Álcool 70%;
- Máscara se o procedimento necessitar.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Higienização das mãos;
2. Conferir os nove certos da administração de medicamentos;
3. Fazer o rótulo de identificação do medicamento com: nome do paciente, dose, horário e via de administração;
4. Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
5. Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando secagem espontânea;
6. Higienizar as mãos com álcool 70%;
7. Separar a medicação, colocando-a na bandeja ou cuba rim com o rótulo de identificação do medicamento. O medicamento deve ser mantido com sua embalagem própria;
8. Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
9. Identificar-se ao paciente e acompanhante;
10. Checar os dados de identificação na pulseira do paciente;
11. Colocar a máscara cirúrgica e a luva de procedimento;
12. Posicionar o paciente de forma confortável no leito, expondo apenas a área delimitada para administração do medicamento;
13. Colocar biombos se necessário;
14. Verificar a limpeza da área delimitada, na presença de sujidade realizar a limpeza da área com água e sabão;
15. Aplicar a medicação no paciente na área delimitada conforme a prescrição médica, espalhando suavemente de maneira uniforme e sem excessos;
16. Retirar a máscara e a luva de procedimento;
17. Higienizar as mãos;
18. Deixar o paciente confortável;
19. Manter a organização da unidade;
20. Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
21. Realizar higienização das mãos;

22. Registrar o procedimento e suas possíveis intercorrências, assinando e carimbando o relato.

RECOMENDAÇÕES:

Antes de administrar a medicação conferir os 13 certos da administração de medicamentos: **Prescrição correta, paciente certo, medicamento certo, validade certa, forma / apresentação certa, dose certa, compatibilidade certa, orientação ao paciente, via de administração certa, horário certo, tempo de administração certo, ação certa, registro certo.**

Aplicar o medicamento sobre a pele limpa e seca;

Aplicar o medicamento com gaze ou espátula, com uma camada fina para facilitar a absorção;

Não encostar a abertura do frasco ou pomada na pele do cliente;

Observar sinais de alteração de cor, tumefação (aumento de área), exantema (erupção cutânea) ou outros sinais visíveis;

Agitar os frascos com loções antes da aplicação, para distribuir bem os ingredientes.

REFERÊNCIAS:

1. BORTOLOZO, N. M. Et al. Técnicas em Enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007.
2. PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem. Florianópolis-SC, 2013.
3. PEREIRA, M. E. R. ET AL. Manual de procedimentos básicos de enfermagem. Uberlândia, 2000.
4. Farm^a Luana B. Martins. Enf^a Adriane E. Besckow. <https://docplayer.com.br/12591053-Ciclo-de-palestras-gerenciamento-de-risco-hcc.html>.

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 010	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
APLICAÇÃO DE BOLSA DE GELO			
EXECUTANTE: Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Uso terapêutico em pacientes que apresentam as indicações descritas por meio da promoção da constrição dos vasos sanguíneos pelo frio.			
<p>INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicação: prevenir e reduzir edemas, controlar sangramentos, aliviar a dor e baixar a temperatura corporal; • Contraindicação: pacientes com espasmos musculares, com dificuldade circulatória, hipotérmicos. <p>RISCOS/PONTOS CRITICOS:</p> <p>A aplicação de bolsa de gelo é uma prática comum para aliviar dores e inflamações, no entanto, também possui riscos e pontos críticos a serem considerados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Queimaduras: Deixar a bolsa de gelo em contato direto com a pele por períodos prolongados pode resultar em queimaduras por frio, especialmente se a pele estiver sensível devido a lesões ou cirurgias recentes. 2. Dormência e formigamento: A aplicação prolongada de gelo pode causar dormência e formigamento na área afetada, o que pode interferir na sensação normal da pele. 3. Irritação da pele: Algumas pessoas podem desenvolver irritação ou sensibilidade na pele após a aplicação frequente de gelo. 4. Redução do fluxo sanguíneo: O uso excessivo de gelo pode reduzir o fluxo sanguíneo para a área afetada, o que pode retardar o processo de cicatrização em lesões musculares. <p>MATERIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Gelo; • Bolsa de gelo; 			

- Cobertura impermeável ou toalha.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Conferir prescrição médica e reunir o material;
2. Higienizar as mãos;
3. Encher bolsa com água fria e verificar se há vazamentos;
4. Esvaziar em seguida e encher até a metade com gelo em pedaços;
5. Espremer a bolsa para expelir o ar. Aperte a tampa e seque qualquer umidade do lado externo;
6. Envolver a bolsa em cobertura impermeável ou toalha;
7. Reunir o material, levando-o para junto do paciente;
8. Explicar o procedimento ao paciente e colocá-lo em posição confortável, expondo a área que deve receber o tratamento;
9. Encher ou substituir o dispositivo de frio sempre que necessário, durante o período prescrito para o tratamento;
10. Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;
11. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário, registrando o horário da aplicação, as condições do paciente e as condições das regiões de aplicação.

RECOMENDAÇÕES:

Atentar para o aparecimento de tremores e queixas de queimação ou dormência. Caso se desenvolvam, interromper o tratamento.

O frio deve ser aplicado imediatamente após uma lesão para diminuir o edema.

Não continuar nenhuma aplicação de frio por mais de 1 hora, para evitar vasodilatação reflexa.

A aplicação de temperaturas abaixo de 15°C também causa vasodilatação reflexa local.

Bolsas com gel também podem ser utilizadas, colocando-as em freezer ou no congelador.

Observar o local frequentemente para identificar sinais de intolerância tissular: palidez, coloração mosqueada, cianose, maceração e formação de bolhas.

Trocar a cobertura protetora caso fique molhada.

Esvazie a bolsa, realize a limpeza externa com água e sabão, enxugue-a ao final da aplicação e encha-a de ar para evitar que as paredes colabem.

REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

<p>2. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.</p> <p>3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005.</p>		
<p>Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125</p>	<p>Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro</p>	<p>Aprovado: Eurides Santos Pinho</p>
<p>Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer</p>	<p>Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica</p>	<p>Responsável: Coordenadora de Saúde Mental</p>



PREFEITURA DE
APARECIDA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número:
POP - 011

Data de Validação:
06/08/2024

Data de revisão:
Sob demanda

APLICAÇÃO DE COMPRESSAS MORNAS

EXECUTANTE: Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Facilita a redução de edemas e hematomas, amolece crostas e exsudatos, penetra mais fundo que o calor seco, resseca menos a pele, produz menos transpiração. Podem ser estratégias efetivas de alívio da dor, por aumentar o fluxo sanguíneo.

INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

- Indicação:
 1. Alívio de dores musculares: A aplicação de calor suave pode ajudar a relaxar os músculos e aliviar dores musculares decorrentes de tensão, exercício intenso ou lesões leves.
 2. Redução da rigidez articular: O calor pode ajudar a aumentar a circulação sanguínea na região afetada, reduzindo a rigidez articular em condições como artrite ou rigidez muscular.
 3. Promover a cicatrização: Em certos casos, a aplicação de calor pode ajudar a promover a cicatrização de lesões musculares leves, aumentando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos.
 4. Alívio de cólicas e dor abdominal: Compressas mornas podem ser usadas para aliviar cólicas menstruais e desconforto abdominal leve.
 5. Relaxamento e conforto: O calor suave das compressas mornas pode proporcionar um efeito calmante e relaxante, sendo útil para aliviar o estresse e promover o relaxamento.
- Contra-indicação: clientes sob risco de hemorragia, entorse de membro na fase aguda (a vasodilatação aumenta a dor e o intumescimento).

RISCOS/PONTOS CRITICOS:

1. **Queimaduras:** Compressas mornas que estão muito quentes ou são deixadas em contato prolongado com a pele podem resultar em queimaduras, especialmente em áreas sensíveis.
2. **Irritação da pele:** A pele pode ficar irritada se a compressa estiver muito quente ou se for aplicada diretamente sobre a pele sem uma proteção adequada.

3. **Agravamento de inflamações agudas:** Em alguns casos, a aplicação de calor em áreas inflamadas ou lesões agudas pode piorar a condição, aumentando a inflamação e o inchaço.
4. **Risco de desidratação:** A exposição prolongada ao calor pode levar à desidratação da pele e do tecido subjacente.

MATERIAL:

- Pacote de compressas (não-estéreis);
- Bacia;
- Bandeja;
- Água morna;
- Toalha;
- Roupas de banho;
- Luvas de procedimento.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Reunir todo material necessário;
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
4. Colocar água morna na bacia, testar a temperatura na face interna do antebraço;
5. Embeber as compressas e retirar o excesso de água torcendo-as;
6. Aplicar as compressas no local indicado, trocando-as assim que começarem a esfriar;
7. Enxugar a área da aplicação da compressa e registrar a condição da pele e a vermelhidão da área, se necessário;
8. Trocar as roupas de cama e as do paciente, se ficarem úmidas ou molhadas;
9. Manter o paciente confortável;
10. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
11. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

RECOMENDAÇÕES:

O calor direto deve ser aplicado com cautela em clientes idosos, diabéticos e apresentando comprometimento da função renal, cardíaca ou respiratória, arteriosclerose ou aterosclerose, comprometimento de sensibilidade.

Cautela às áreas que apresentam maior sensibilidade ao calor, como: tecido cicatricial e estomas.

Verificar a pele do cliente a cada 5 min com relação a tolerância do tecido.

Verificar a temperatura, o pulso, a respiração e PA do cliente para comparação com os valores basais, se grande área do corpo estiver coberta.

REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
3. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental

 <p>PREFEITURA DE APARECIDA</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 012	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
CURATIVO			
EXECUTANTE: Enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Realizar conduta padronizada e sequencial na execução de curativos em pacientes portadores de feridas de acordo com sua indicação.			
<p>INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicação: Limpar a ferida; promover a cicatrização eliminando fatores que possam retardá-la; tratar e prevenir infecções; prevenir contaminação exógena; proteger a ferida contra traumas mecânicos; reduzir edemas; drenar e/ou absorver secreções e exsudatos inflamatórios; diminuir odor; dar conforto psicológico ao paciente; diminuir a intensidade da dor; limitar a movimentação em torno da ferida; • Contraindicação: ausência de ferida. <p>RISCOS/PONTOS CRITICOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infecção: Se o curativo não for trocado regularmente ou se não for feita uma limpeza adequada da ferida antes de aplicar o curativo, há um risco de infecção bacteriana na área afetada. 2. Irritação da pele: Alguns materiais utilizados nos curativos podem causar irritação na pele, especialmente se a pessoa for alérgica a certos adesivos ou componentes do curativo. 3. Retardamento da cicatrização: Curativos muito apertados ou mal colocados podem comprimir a área da ferida, dificultando a circulação sanguínea e retardando o processo de cicatrização. 4. Alergias: Alguns indivíduos podem ser alérgicos a certos materiais de curativos, como látex ou adesivos, o que pode desencadear reações alérgicas na pele. 5. Retenção de umidade: Curativos que retêm umidade excessiva na ferida podem criar um ambiente propício para o crescimento de bactérias e fungos, aumentando o risco de infecções. <p>MATERIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Água, detergente e toalha; 			

- Bandeja;
- EPI's (capote, luva de procedimento/estéril, máscara, óculos);
- Gazes estéreis;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Seringa de 20 ml;
- Agulha 30x10;
- Micropore;
- Tesoura;
- Saco plástico;
- Pacote de curativo;
- Cobertura primária selecionada (conforme avaliação do enfermeiro ou prescrição de enfermagem); Ataduras;
- Régua de papel.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Lavar as mãos antes e após cada curativo, mesmo que seja em um mesmo paciente;
2. Verificar data de esterilização nos pacotes utilizados para o curativo;
3. Antes de Iniciar o Curativo, deve-se ~~realizar~~:
 - a. *Avaliar o estado do paciente, principalmente os fatores que interferem na cicatrização, fatores causais, risco de infecção;*
 - b. *Avaliar o curativo a ser realizado, considerando-os em função do tipo de ferida e verificar a prescrição de enfermagem para a seleção dos materiais a serem utilizados;*
 - c. *Orientar o paciente sobre o procedimento;*
 - d. *Preparar o ambiente (colocar biombos ou fechar cortinas quando necessário, deixar espaço na mesa de cabeceira, organizar o material a ser utilizado, fechar janelas muito próximas, disponibilizar lençol ou toalha para proteger o leito e as vestes do paciente quando houver possibilidade de que as soluções escorram para áreas adjacentes);*
 - e. *Preparar o material.*
4. Expor a ferida e o material o mínimo de tempo possível;
5. Utilizar sempre material esterilizado;
6. Se as gazes estiverem aderidas na ferida, umedecê-las antes de retirá-las;
7. Não falar e não tossir sobre a ferida e ao manusear material estéril;
8. Considerar contaminado qualquer material que toque sobre locais não esterilizados;
9. Usar luvas de procedimentos em todos os curativos, fazendo-os com pinças (técnica asséptica);

10. Utilizar luvas estéreis em curativos de cavidades ou quando houver necessidade de contato direto com a ferida ou com o material que irá entrar em contato com a ferida;
11. Se houver mais de uma ferida, iniciar pela menos contaminada;
12. Nunca abrir e trocar curativo de ferida limpa ao mesmo tempo em que troca de ferida contaminada;
13. Ao embeber a gaze com soluções manter a ponta da pinça voltada para baixo;
14. Ao aplicar ataduras, fazê-lo no sentido da circulação venosa, com o membro apoiado, tendo o cuidado de não apertar em demasia;
15. Os curativos devem ser realizados no leito com toda técnica asséptica;
16. Nunca colocar o material sobre a cama do paciente e sim sobre a mesa auxiliar, ou carrinho de curativo. O mesmo deve sofrer desinfecção após cada uso;
17. Todo curativo deve ser realizado com a seguinte paramentação: luva, máscara e óculos;
18. Em caso de curativos de grande porte e curativos infectados (escaras infectadas com áreas extensas, lesões em membros inferiores, e ferida cirúrgica infectada) usar também o capote como paramentação;
19. Quando o curativo for oclusivo deve-se anotar no esparadrapo a data, a hora e o nome de quem realizou o curativo.

RECOMENDAÇÕES:

Não comprimir demasiadamente com ataduras e esparadrapos o local da ferida para garanti boa circulação;

Quando o curativo da ferida for removido, a ferida deve ser inspecionada quanto a sinais flogísticos. Se houver presença de sinais de infecção (calor, rubor, hiperemia, secreção);

O curativo deve ser feito após o banho do paciente, fora do horário das refeições;

O curativo não deve ser realizado em horário de limpeza do ambiente, o ideal é após a limpeza;

Em feridas em fase de granulação realizar a limpeza do interior da ferida com soro fisiológico em jatos, não esfregar o leito da ferida para não lesar o tecido em formação;

Os registros devem ter uma linguagem objetiva e mensurável, sendo fundamental que as informações permitam acompanhar a evolução das feridas.

- *Tempo de duração da ferida e sua origem: essa informação permite classificar a ferida em aguda ou crônica, bem como estabelecer se a origem foi comunitária ou hospitalar.*
- *Localização da ferida: descrever a região anatômica acometida, o que permite a localização precisa da ferida.*

- *Dimensão da ferida: medir os bordos da ferida, registrando altura, largura e profundidade, em centímetros.*
- *Tipo de tecido: descrever o tipo de tecido do leito da ferida, se existe infecção, como é o meio (umidade) e a epitelização dos bordos.*
- *Características do exsudato: registrar o aspecto, a quantidade ou a ausência de exsudato.*
- *Pele perilesão: registrar o aspecto e as condições da pele perilesional.*
- *Descrição do procedimento: descrever o aspecto do curativo, a técnica de limpeza, e a cobertura escolhida para o leito da ferida e para a proteção dos bordos.*
- *Dor ou queixas do paciente em relação ao procedimento: registrar se a analgesia prescrita está adequada, se está sendo possível realizar a limpeza da ferida com desconforto tolerável para o paciente, e demais queixas do paciente.*

Avaliação da ferida para a escolha de um curativo adequado, é essencial uma avaliação criteriosa da ferida e o estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem acurado. Para tanto, é necessário levar em consideração as evidências clínicas observadas quanto à localização anatômica, forma, tamanho, profundidade, bordos, presença de tecido de granulação e quantidade de tecido necrótico, sua drenagem e as condições da pele perilesional.

No tratamento das feridas, além dos fatores locais, existem fatores sistêmicos que podem afetar o processo de recuperação da pele e dos tecidos, como a idade, a imobilidade, o estado nutricional, as doenças associadas e o uso de medicamentos contínuos, principalmente drogas imunossupressoras. Entre os fatores locais que afetam o processo, destacam-se a localização anatômica da ferida e a presença de infecção e de tecido desvitalizado.

É necessária a avaliação diária da evolução da ferida no sentido de continuar ou modificar as condutas até então estabelecidas.

REFERÊNCIAS:

1. Manual de curativos Santa Casa de Misericórdia de Goiânia. Disponível em: acesso em 21/07/2014.
2. TENÓRIO, E. B; BRAZ, M. A Intervenção do Enfermeiro como Diferencial de Qualidade no Tratamento de Feridas. Revista Brasileira de Home Care, 2002.
3. BLANES, L. Tratamento de feridas. Cirurgia vascular: guia ilustrado. São Paulo: Baptista. Silva JCC editor [internet]; 2004. [Citado 2010 out 15]. Disponível em: . Acesso em: 15 out. 2010.
4. DEALEY, C. Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
5. MENEGON, D.B. Consulta de Enfermagem a Pacientes com Doenças Dermatológicas. In: Tasca, A; (Org.). Enfermagem Ambulatorial. Porto Alegre: 2006.

<p>6. PRAZERES, S.J. et al. Tratamento de feridas: teoria e prática. Londrina, 2009. 7. SANTOS, J.B. et al. Avaliação e tratamento de feridas. Hospital das clínicas Porto Alegre. Porto Alegre, 2012.</p>		
<p>Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125</p>	<p>Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro</p>	<p>Aprovado: Eurides Santos Pinho</p>
<p>Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer</p>	<p>Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica</p>	<p>Responsável: Coordenadora de Saúde Mental</p>

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 013	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
MENSURAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL			
EXECUTANTE: Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Detectar precocemente desvios de normalidade e indicar variações individuais de níveis pressóricos para conduzir o tratamento.			
INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Indicação: Realizar diariamente em todos os pacientes em acolhimento noturno; • Contraindicação: Não aferir em membros com Trombose Venosa Profunda (TVP), acessos venosos, lesões como: infiltrações, edemas, extravasamentos e fístulas arteriovenosas. Em pacientes mastectomizados nunca verificar a pressão arterial (PA) no membro do lado da mastectomia. 			
RISCOS/PONTOS CRITICOS: <ul style="list-style-type: none"> • No procedimento técnico: erros de leitura que podem ser causados por manguitos de tamanhos incorretos e colocados de forma frouxa ou apertado, manguito desinsuflado muito lento ou rapidamente, membro posicionado de maneira incorreta e sons inaudíveis; • Registro da pressão arterial quando o som for duvidoso ou não perceptível; • Agravamento do quadro clínico por registro incorreto. 			
MATERIAL: <ul style="list-style-type: none"> • Estetoscópio; • Esfigmomanômetro; • Algodão; • Álcool 70%. 			
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: AFERIR PRESSÃO ARTERIAL EM MEMBROS SUPERIORES			

Ação de Enfermagem:

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. Explicar o procedimento ao paciente;
5. 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;
6. Identificar o manguito adequado, realizar assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70%;
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 Pêra 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 insuflar 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 a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg., 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.

Justificativa:

1. Reduzir ansiedade e propiciar cooperação;
2. Relaxar o paciente e reduzir a possibilidade de elevação da pressão sanguínea por estresse ou desconforto;
3. O álcool é um desinfetante de nível intermediário com atividade antimicrobiana;
4. Evitar erro de medição;

<p>5. O ponto em que o pulso desaparece, é uma estimativa da pressão sistólica. Para identificar com exatidão o primeiro som de KorotKoff, o manguito precisar estar inflado a uma pressão acima do ponto em que o pulso não pode mais ser sentido;</p> <p>6. Tempo necessário para diminuição da congestão venosa;</p> <p>7. Tempo suficiente para permitir a circulação do sangue;</p> <p>8. Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>9. Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p>		
<p>Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125</p>	<p>Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro</p>	<p>Aprovado: Eurides Santos Pinho</p>
<p>Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer</p>	<p>Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica</p>	<p>Responsável: Coordenadora de Saúde Mental</p>

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 014	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
VERIFICAÇÃO DE PULSO PERIFÉRICO			
EXECUTANTE: Enfermeiros			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Verificar dos batimentos cardíacos dos pacientes de forma manual.			
<p>INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicação: A verificação do pulso periférico é indicada em várias situações clínicas para avaliar a circulação sanguínea e a função cardíaca. Algumas das principais indicações para a verificação do pulso periférico incluem: <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação da circulação: A verificação do pulso periférico é usada para avaliar a circulação sanguínea nas extremidades do corpo, como os pulsos radiais, femorais, poplíteos e pediosos. Isso é especialmente importante em situações de trauma, lesões vasculares ou cirurgias. 2. Monitoramento da frequência cardíaca: O pulso periférico é um reflexo da atividade cardíaca, e a verificação regular do pulso é uma maneira simples de monitorar a frequência cardíaca em situações clínicas ou de emergência. 3. Avaliação da perfusão tecidual: A presença e qualidade do pulso periférico são indicativos da perfusão adequada dos tecidos, ajudando a determinar se o fluxo sanguíneo está chegando de forma adequada às extremidades do corpo. 4. Acompanhamento de condições médicas: Em pacientes com condições cardíacas, respiratórias, circulatórias ou neurológicas, a verificação do pulso periférico é parte integrante da monitorização contínua para avaliar a resposta ao tratamento e detectar possíveis complicações. 5. Atendimento de emergência: Em situações de emergência médica, como paradas cardiorrespiratórias, choque ou trauma grave, a verificação do pulso periférico é uma das primeiras avaliações realizadas para determinar a estabilidade do paciente. • Contraindicação: A verificação do pulso periférico é uma prática clínica amplamente utilizada e geralmente não apresenta contra-indicações absolutas. No entanto, em certas situações 			

específicas, a verificação do pulso periférico pode ser dificultada ou não fornecer informações precisas. Algumas das situações em que a verificação do pulso periférico pode ser desafiadora incluem:

1. **Amputação:** Em pacientes que passaram por amputação de membros, a presença ou localização do pulso periférico pode estar ausente ou alterada devido à remoção do membro.
2. **Edema grave:** Em casos de edema grave nas extremidades, o inchaço excessivo pode dificultar a palpação e identificação precisa do pulso periférico.
3. **Lesões traumáticas:** Em casos de lesões traumáticas graves nas extremidades, como fraturas expostas ou esmagamento, a verificação do pulso periférico pode ser difícil devido à presença de dor intensa e danos nos tecidos.
4. **Queimaduras extensas:** Em pacientes com queimaduras extensas nas extremidades, a presença de bandagens ou enxertos pode dificultar a palpação do pulso periférico.
5. **Condições neurológicas:** Em pacientes com condições neurológicas graves que afetam a sensibilidade ou movimento das extremidades, a verificação do pulso periférico pode ser desafiadora.

RISCOS/PONTOS CRITICOS:

A verificação do pulso periférico é uma prática relativamente segura, mas existem alguns pontos críticos e considerações a serem levadas em conta ao realizar essa avaliação:

1. **Pressão excessiva:** Aplicar pressão excessiva ao verificar o pulso periférico pode levar a uma compressão dos vasos sanguíneos, prejudicando temporariamente a circulação naquela área. Isso pode distorcer a precisão da avaliação do pulso e causar desconforto ao paciente.
2. **Sensibilidade do paciente:** Em alguns casos, o paciente pode apresentar sensibilidade aumentada na área onde o pulso está sendo verificado, especialmente em situações de trauma ou lesões. É importante ter sensibilidade e cuidado ao realizar a palpação do pulso para minimizar o desconforto do paciente.
3. **Identificação incorreta:** Em pacientes com anatomia atípica, como variações na localização dos vasos sanguíneos, a identificação e avaliação precisa do pulso periférico podem ser desafiadoras. Nesses casos, é importante ter habilidade e experiência para garantir uma avaliação correta.
4. **Interpretação imprecisa:** A verificação do pulso periférico requer atenção e precisão na contagem das batidas por minuto. Erros na contagem ou interpretação inadequada dos resultados podem levar a diagnósticos errôneos ou decisões clínicas equivocadas.

Ao realizar a verificação do pulso periférico, é essencial que o profissional de saúde esteja ciente desses pontos críticos e tome as medidas necessárias para garantir uma avaliação precisa e segura.

MATERIAL:

- Relógio com demonstrador de segundos;
- Caneta e papel.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação de Enfermagem

- Realizar a higienização das mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Manter o paciente em posição confortável;
- Palpar a artéria escolhida;
- Colocar as polpas digitais dos dedos médio e indicador sobre uma artéria superficial, comprimindo-a levemente. O local para aferição do pulso do paciente depende do seu estado. Comumente são as artérias: carótida, femoral, radial, braquial, poplítea e pediosa;
- Contar os batimentos arteriais durante um minuto;
- Realizar a higienização das mãos;
- Registrar o valor e características do pulso encontrado no prontuário do paciente na folha de Controle de Sinais Vitais.

RECOMENDAÇÕES:

Relatar em prontuário utilizando NOMENCLATURA E VALORES DE REFERÊNCIA

1. Bradicárdico: <60 bpm
2. Normocárdico: 60 a 100 bpm
3. Taquicárdico: >100 bpm

REFERÊNCIAS:

1. BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. Brunner – Tratado de enfermagem médico – cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
2. PORTO, C.C. Semiologia médica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
3. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

<p>Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125</p>	<p>Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro</p>	<p>Aprovado: Eurides Santos Pinho</p>
<p>Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer</p>	<p>Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica</p>	<p>Responsável: Coordenadora de Saúde Mental</p>

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 015	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA AXILAR			
EXECUTANTE: Enfermeiros e técnicos de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> • Determinar a temperatura axilar do paciente; • Avaliar a resposta da temperatura às terapias médicas e aos cuidados de enfermagem; • Corroborar no diagnóstico médico e no diagnóstico de enfermagem. 			
INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Indicação: realizar em atendimento à prescrição médica, em atendimento à prescrição de enfermagem, e em suspeita de alteração da temperatura do paciente; • Contraindicação: não existe contra-indicação para esse procedimento. 			
RISCOS/PONTOS CRITICOS: <p>A verificação da temperatura axilar é um procedimento comum, mas é importante estar ciente dos riscos e pontos críticos associados a essa prática. Alguns dos riscos e considerações importantes incluem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Precisão da medição: A temperatura axilar pode ser afetada por fatores externos, como a exposição ao ambiente e a vestimenta do paciente. Isso pode resultar em medições imprecisas se não forem tomadas as devidas precauções para padronizar o procedimento. 2. Contaminação: A área axilar pode estar sujeita à presença de suor, resíduos de desodorante ou outros agentes contaminantes que podem interferir na precisão da medição. É importante garantir que a área esteja limpa e seca antes da verificação da temperatura. 3. Variações individuais: A temperatura axilar pode variar entre os pacientes e também ao longo do dia. Fatores como atividade física, idade, estado de saúde e ciclo menstrual podem influenciar a temperatura axilar, tornando a interpretação dos resultados mais complexa. 			

4. **Inconveniência para o paciente:** A verificação da temperatura axilar pode ser desconfortável para alguns pacientes, especialmente se a área estiver sensível devido a lesões, cirurgias ou outros problemas de saúde.
5. **Limitações na detecção de febre:** A temperatura axilar pode não ser tão sensível quanto outras formas de medição de temperatura, como a temperatura retal ou a temperatura timpânica. Isso pode limitar a capacidade de detectar febres baixas ou variações sutis na temperatura corporal.

MATERIAL:

- Termômetro de mercúrio;
- Bandeja;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Caneta e papel.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação de Enfermagem

- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos.
- Organizar o material necessário em uma bandeja;
- Realizar a higienização das mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes com algodão umedecido com álcool a 70%;
- Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35°C, em caso negativo, agitar vigorosamente o termômetro para que a coluna de mercúrio desça;
- Se necessário, enxugar a axila do paciente;
- Colocar o termômetro na região axilar com o bulbo em contato direto na pele do paciente (comprimir o braço e colocá-lo sobre o tórax);
- Retirar o termômetro após 3 minutos e realizar a leitura;
- Agitar o termômetro para que a coluna de mercúrio desça novamente (35°C);
- Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes com algodão umedecido em álcool a 70%;
- Recolher o material;

- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos.
- Anotar o procedimento realizado e registrar o valor encontrado no prontuário do paciente.
- **Nomenclatura e valores de referência:**
 - Hipotermia: temperatura abaixo de 35°C;
 - Afebril: 36,1 à 37,2°C;
 - Estado febril: 37,3 à 37,7°C;
 - Febre / Hipertermia: 37,8 à 38,9°C;
 - Pirexia: 39 à 40°C;
 - Hiperpirexia: acima de 40°C.

RECOMENDAÇÕES:

A verificação da temperatura axilar é recomendada em várias situações, especialmente quando a medição da temperatura central do corpo não é possível ou é impraticável. Alguns cenários nos quais a verificação da temperatura axilar é recomendada incluem:

1. **Em bebês e crianças:** A medição da temperatura axilar é comum em bebês e crianças pequenas, pois pode ser mais confortável e menos invasiva do que outras formas de medição de temperatura.
2. **Em pacientes hospitalizados:** A verificação da temperatura axilar pode ser realizada em pacientes hospitalizados que estão confinados à cama ou que têm restrições físicas que dificultam a medição de outras formas.
3. **Em configurações domésticas:** Para indivíduos que não têm acesso a termômetros especializados ou que precisam monitorar sua temperatura em casa, a medição axilar pode ser uma opção prática.
4. **Em situações de emergência:** Quando não há acesso imediato a termômetros mais precisos, a verificação da temperatura axilar pode ser uma medida temporária útil em situações de emergência.

REFERÊNCIAS:

1. BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S.. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
2. POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

3. PORTO, C.C.. Semiologia Médica. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.		
Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 016	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
VERIFICAÇÃO FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA			
EXECUTANTE: Enfermeiros e técnicos de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Mensurar o número de incursões respiratórias em um minuto (IRPM).			
INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Indicação: A verificação da frequência respiratória é indicada em várias situações clínicas, e a sua importância pode variar de acordo com o contexto. Aqui estão algumas das principais situações em que a verificação da frequência respiratória é recomendada: <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação de Sintomas Respiratórios: Sempre que um paciente apresentar sintomas respiratórios, como tosse, falta de ar, dor no peito, ou dificuldade para respirar, é importante verificar a frequência respiratória para avaliar a gravidade dos sintomas e determinar a necessidade de intervenção médica. 2. Monitoramento de Condições Respiratórias Crônicas: Pacientes com doenças pulmonares crônicas, como asma, DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), fibrose cística ou outras condições pulmonares, devem ter a frequência respiratória monitorada regularmente para avaliar o controle da doença e a eficácia do tratamento. 3. Infecções Respiratórias Agudas: Durante infecções respiratórias agudas, como pneumonia, bronquite ou COVID-19, a verificação da frequência respiratória é crucial para monitorar a progressão da infecção e identificar complicações respiratórias. 4. Monitoramento Pós-Operatório: Após cirurgias que afetam o sistema respiratório ou em pacientes sob cuidados intensivos, a verificação da frequência respiratória é essencial para monitorar a função pulmonar e detectar sinais precoces de complicações. 5. Avaliação do Estado Geral do Paciente: A frequência respiratória é um dos sinais vitais fundamentais usados para avaliar o estado geral do paciente. Alterações na frequência respiratória podem indicar estresse fisiológico, dor, desequilíbrio ácido-base ou outras condições médicas subjacentes. 			

- **Contraindicação:** Não há contraindicações gerais para a sua realização. No entanto, existem algumas considerações específicas a serem levadas em conta ao realizar a verificação da frequência respiratória:
 1. **Sensibilidade do Paciente:** Em alguns casos, pacientes podem ser sensíveis à manipulação do tórax ou à contagem da frequência respiratória, especialmente se estiverem lidando com dor torácica aguda, fraturas costais ou ferimentos no peito. Nestes casos, é importante abordar o paciente com cuidado e considerar métodos alternativos para avaliar a função respiratória.
 2. **Falta de Colaboração:** Em pacientes que não conseguem colaborar com a verificação da frequência respiratória devido à confusão mental, agitação extrema ou outras condições que afetam a consciência, pode ser desafiador obter uma leitura precisa da frequência respiratória. Nestes casos, pode ser necessário o uso de métodos de monitoramento mais avançados.
 3. **Situações de Emergência:** Em situações de emergência médica extrema, como parada cardiorrespiratória ou trauma grave, a prioridade pode ser a ressuscitação imediata e o suporte vital avançado, o que pode limitar a possibilidade de realizar uma verificação detalhada da frequência respiratória.

RISCOS/PONTOS CRITICOS:

A verificação da frequência respiratória é um procedimento clínico fundamental e seguro, mas existem alguns pontos críticos e considerações importantes a serem levados em conta para garantir a precisão e segurança durante a sua realização. Além disso, é importante estar ciente dos riscos potenciais associados à verificação da frequência respiratória. Aqui estão alguns pontos críticos e riscos a considerar:

Pontos Críticos:

1. **Precisão da Contagem:** Para obter uma leitura precisa da frequência respiratória, é importante realizar uma contagem cuidadosa das respirações por um período específico (geralmente 1 minuto). A contagem deve ser realizada de forma precisa e atenta para evitar erros.
2. **Condição do Paciente:** A condição física e emocional do paciente pode afetar a frequência respiratória. Pacientes ansiosos, agitados ou com dor podem apresentar uma frequência respiratória alterada. Portanto, é importante criar um ambiente calmo e confortável para a verificação.
3. **Observação Contínua:** A frequência respiratória deve ser observada de forma contínua durante o período de verificação. Qualquer alteração significativa deve ser registrada e comunicada à equipe médica, se necessário.

Riscos Potenciais:

1. **Desconforto do Paciente:** Em alguns casos, a manipulação do tórax para contar as respirações pode causar desconforto em pacientes com lesões torácicas ou condições dolorosas. É importante abordar o paciente com cuidado e sensibilidade.
2. **Erros na Contagem:** Erros na contagem das respirações podem levar a leituras imprecisas da frequência respiratória, o que pode resultar em decisões clínicas inadequadas.
3. **Subjetividade na Observação:** A observação subjetiva da frequência respiratória pode levar a variações na interpretação dos sinais vitais entre os profissionais de saúde.

MATERIAL:

- Relógio de pulso ou parede que possuam o demonstrador de segundos.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação de Enfermagem

- Realizar a higienização das mãos. Posicionar o paciente de forma confortável;
- Colocar a mão no pulso radial do paciente como se fosse controlar o pulso, e, disfarçar, observando os movimentos respiratórios;
- Realizar a higienização das mãos. Registrar o procedimento e anotar o valor encontrado no prontuário do paciente.

RECOMENDAÇÕES:

É importante que o paciente não perceba que estão verificando o número de respirações para não ocorrer a indução do valor correto

Relatar em prontuário utilizando NOMENCLATURA dos VALORES DE REFERÊNCIA:

- Adultos:
12 a 22 irpm - Eupneico
>22 irpm -Taquipneico
< 12 irpm – Bradipneico
- Crianças até 10 anos:
Bradipneico: <20 irpm
Eupneico: 20 a 25 irpm
Taquipneico: >25 rpm

REFERÊNCIAS:

1. BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S.. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
2. POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009. PORTO, C.C.. Semiologia Médica. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 017	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
CONTROLE DE GLICEMIA			
EXECUTANTE: Enfermeiros e técnicos de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Verificar a concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital.			
<p>INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicação: Diabetes mellitus; Insulinoterapia; Nutrição parenteral; Terapêuticas que interfiram no metabolismo da glicose; Risco para desenvolver quadro clínico de hipoglicemia ou hiperglicemia; Histórico de lipotimia, desmaios e convulsões; • Não há contra indicação. <p>RISCOS/PONTOS CRITICOS:</p> <p>Os riscos associados ao procedimento de controle da glicemia geralmente estão relacionados ao uso inadequado dos dispositivos de monitoramento ou à falta de higiene durante o procedimento. Alguns dos riscos incluem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infecções: Se os dispositivos de monitoramento de glicemia não forem adequadamente limpos e esterilizados, há um risco de infecções na pele ou no local da punção. 2. Hematomas e hemorragias: Se a técnica de punção para obtenção da amostra de sangue não for realizada corretamente, pode resultar em hematomas ou hemorragias no local da punção. 3. Hipoglicemia induzida pelo teste: Em alguns casos, especialmente se a pessoa já estiver em risco de hipoglicemia, o procedimento de controle da glicemia pode desencadear uma queda adicional nos níveis de açúcar no sangue. <p>Para minimizar esses riscos, é importante seguir as instruções do fabricante para a utilização dos dispositivos de monitoramento, garantir a higiene adequada das mãos e do local da punção, e buscar orientação profissional sobre a técnica correta para realizar o procedimento.</p> <p>MATERIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Água; 			

- Detergente;
- Papel toalha;
- Luvas de procedimento;
- Algodão;
- Solução de Incidin;
- Bandeja retangular;
- Glicosímetro;
- Fitas reagentes para glicose, específica ao aparelho utilizado no momento;
- Lancetas estéreis;
- Caneta e papel para anotação do resultado encontrado;
- Caixa para descarte de material contaminado;
- Prontuário do paciente.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação de Enfermagem

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Realizar a desinfecção da bandeja com o desinfetante hospitalar de superfícies fixas;
3. Separar o material necessário na bandeja;
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 em Álcool a 70% ou Clorexidina alcoólica 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; informar-lhe o resultado obtido ao paciente;
15. Desprezar a fita reagente e a lanceta na caixa específica para material perfurocortante;

16. Limpar o Glicosímetro com algodão embebido com solução de Incidin e guardá-lo;
17. Retirar as luvas;
18. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha;
19. Realizar a higienização das mãos;
20. Registrar o valor obtido no prontuário do paciente.

RECOMENDAÇÕES:

Para obter a gota de sangue massagear a mão na direção do dedo e realizar uma leve pressão na polpa digital para favorecer o seu enchimento capilar.

Outros locais para punção puntiforme: lóbulo inferior da orelha, calcâneo para RN.

Sempre evitar sítios de punção previamente utilizados, realizando rodízio dos locais a serem puncionados e registrando sempre o último local.

Não devem ser utilizadas agulhas, devido o alto risco de acidente perfuro cortante.

Para pacientes em uso de anticoagulantes ou plaquetopênicos aumentar o tempo de compressão após a punção até cessar o sangramento.

A calibração do aparelho dosador de glicemia padronizado deve sempre seguir as recomendações do fabricante.

REFERÊNCIAS:

1. MILECH, A. et al. Diabetes Mellitus: clínica diagnóstica, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.
2. SILVA LD, PEREIRA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005.
3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic, 2011.

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental



PREFEITURA DE
APARECIDA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número:
POP - 018

Data de Validação:
06/08/2024

Data de revisão:
Sob demanda

PREPARO DO LEITO

EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Proporcionar repouso, conforto e segurança ao paciente

INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: As indicações e contraindicações na troca de roupas de cama durante o preparo do leito estão relacionadas ao estado de saúde do paciente e à necessidade de manter um ambiente limpo e confortável. Aqui estão algumas indicações e contraindicações comuns:

- Indicações:

1. Higiene: A troca de roupas de cama é indicada para manter a higiene do paciente e prevenir infecções.
2. Prevenção de úlceras por pressão: Trocar a roupa de cama regularmente pode ajudar a prevenir o desenvolvimento de úlceras por pressão em pacientes acamados.
3. Conforto: A troca de roupas de cama contribui para o conforto do paciente, promovendo um ambiente mais agradável e acolhedor.

- Contraindicações:

1. Instabilidade clínica: Em casos de pacientes com instabilidade clínica, a troca de roupas de cama pode ser contraindicada, pois pode causar desconforto adicional ou perturbar o repouso necessário.
2. Sensibilidade cutânea: Pacientes com sensibilidade cutânea aumentada ou feridas abertas podem ter contraindicação para certos tipos de tecidos ou materiais utilizados na roupa de cama.

É importante que os profissionais de saúde considerem as necessidades individuais de cada paciente ao realizar a troca de roupas de cama, levando em conta as indicações e contraindicações específicas para garantir o bem-estar e a segurança do paciente.

RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: Na troca de roupas de cama durante o preparo do leito, existem alguns riscos e pontos críticos que devem ser considerados para garantir a segurança e o conforto do paciente. Alguns desses riscos e pontos críticos incluem:

1. Exposição desnecessária: Durante a troca de roupas de cama, há o risco de exposição desnecessária do paciente, especialmente se ele estiver acamado ou com mobilidade reduzida. Isso pode causar desconforto e constrangimento.
2. Infecção cruzada: A manipulação inadequada das roupas de cama pode resultar em infecção cruzada, especialmente em ambientes hospitalares. É essencial seguir protocolos de higiene e segurança para prevenir a propagação de infecções.
3. Lesões cutâneas: A movimentação incorreta do paciente durante a troca de roupa de cama pode resultar em lesões cutâneas, especialmente em áreas sensíveis ou vulneráveis.
4. Conforto do paciente: A troca de roupa de cama deve ser realizada com cuidado para garantir o conforto do paciente, evitando movimentos bruscos ou posições desconfortáveis.

Para minimizar esses riscos e pontos críticos, é fundamental que seja realizada a troca de roupa de cama com atenção, respeitando a privacidade e dignidade do paciente, seguindo as práticas adequadas de higiene e manipulação, e considerando as necessidades individuais do paciente.

Além disso, a comunicação eficaz com o paciente durante o processo é essencial para garantir que suas preocupações sejam ouvidas e suas necessidades sejam atendidas da melhor forma possível.

MATERIAL:

- Toalha de rosto;
- Fronha;
- Travesseiro;
- Colcha;
- Cobertor;
- Sobrelençol, Lençol “envelope”

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação de Enfermagem

1. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
2. Preparar o material;

3. Retirar a roupa de cama suja e colocá-las no hamper próximo ao leito (caso não haja hamper, improvisar um saco com a roupa usada, nunca jogando no chão);
4. Desprezar as luvas;
5. Estender o lençol “envelope” sobre o leito;
6. Estender o impermeável no centro do leito prendendo-o sob o colchão;
7. Estender o lençol móvel sobre o impermeável prendendo-o sob o colchão;
8. Estender o sobrelençol;
9. Colocar cobertor se necessário;
10. Colocar a colcha;
11. Colocar a fronha no travesseiro;
12. Colocar o travesseiro na cama;
13. Estender a toalha de rosto na cabeceira;
14. Lavar as mãos.

RECOMENDAÇÕES:

Trocar roupas de camas dos pacientes independentes conforme rotina de recolhimento da roupa suja pela lavanderia e/ou se sujidades. Trocar as roupas de camas dos pacientes dependentes e semi-dependentes após o banho.

REFERÊNCIAS:

1. TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM. Disponível em: <http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php?pagina=1671500195>. Acesso em 14 de julho de 2014.
2. Manual de Procedimentos Operacionais de Rotinas Básicas da Clínica Médica I (CM1). Atualizado em 2013.
3. PRADO, Marta Lenise do et al (Org.). Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: Ufsc, 2013. 548 p. Revisada e ampliada.

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 019	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
HIGIENE CORPORAL DO USUÁRIO/BANHO			
EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Proporcionar bem-estar e higiene, estimular a circulação, oportunizar exercícios ativos/passivos, viabilizar a inspeção corporal e oportunizar educação para a saúde.			
<p>INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:</p> <p>A higiene corporal no banho é essencial para a saúde e bem-estar, mas é importante considerar algumas indicações e contraindicações para pacientes, especialmente aqueles com condições médicas específicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicações: <ol style="list-style-type: none"> 1. Manter a pele limpa e saudável. 2. Prevenir infecções. 3. Estimular a circulação sanguínea. 4. Promover relaxamento e bem-estar. • Contraindicações: <ol style="list-style-type: none"> 1. Em casos de queimaduras, é importante evitar o contato direto com a água quente. 2. Pacientes com feridas abertas devem evitar o contato direto com a água para prevenir infecções. 3. Em alguns casos de doenças de pele, como dermatite ou psoríase, pode ser necessário evitar o uso de certos produtos durante o banho. <p>RISCOS/PONTOS CRITICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risco de escorregões e quedas, especialmente para pacientes idosos ou com mobilidade reduzida. É importante garantir um ambiente seguro no banheiro e, se necessário, utilizar equipamentos de apoio, como barras de segurança. 			

- Irritação da pele devido ao uso de produtos inadequados, como sabonetes muito agressivos ou água muito quente. É importante utilizar produtos suaves e manter a temperatura da água confortável.
- Desidratação da pele, especialmente em climas secos ou em pacientes com pele sensível. O uso de hidratantes após o banho pode ajudar a prevenir esse problema.
- Infecções, especialmente em pacientes com feridas abertas ou condições médicas que tornam a pele mais suscetível a infecções. Manter a pele limpa e utilizar produtos adequados é essencial para prevenir infecções.

MATERIAL:

- Luvas de procedimentos;
- Biombos (se necessário);
- Hamper;
- Água;
- Bacias (em caso de banho no leito);
- Clorohexidine degermante 4% e/ou sabonetes líquidos;
- Shampoo (quando necessário);
- Luvas de banho/pano;
- Gazes;
- Toalhas;
- Cremes hidratantes;
- Roupas de camas;
- Roupas para o paciente vestir;
- Fralda descartável (se necessário);
- Travesseiros e/ou coxins;
- Protetores de calcâneos (se necessário);
- Escova de cabelo/pente.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

- Banho de Aspersão aos Pacientes Semi-dependentes:
 1. Lavar as mãos;
 2. Explicar ao paciente o que será feito;
 3. Reunir o material e levar ao banheiro;

4. Encaminhar o paciente ao banheiro (portas e janelas fechadas);
5. Abrir o chuveiro, regular a temperatura da água e orientar o paciente sobre o manuseio da torneira;
6. Ajudar o paciente a se despir, caso não consiga fazer sozinho;
7. Iniciar o banho e se a situação permitir, deixando o paciente sozinho;
8. Enxugar ou ajudar o paciente a fazê-lo, observando as condições da pele e a reação do banho;
9. Vestir e pentear o paciente caso não consiga fazê-lo sozinho;
10. Conduzir o paciente a sua unidade, colocando-o em posição confortável na cadeira;
11. Arrumar o leito e deixar a unidade em ordem;
12. Colocar tudo no lugar e chamar a zeladoria para proceder limpeza do banheiro;
13. Lavar as mãos;
14. Anotar no prontuário.
 - Banho de Aspersão dos Pacientes Independentes:
 1. Entregar roupas para os pacientes independentes;
 2. Entregar clorohexedine degermante 4% em caso de paciente em precaução de contato.

RECOMENDAÇÕES:

Explicar sempre ao paciente o que será feito.

Ao lidar com o paciente, de maneira direta, é imprescindível o uso de luvas.

Utilizar clorexidina degermante para o banho, como também o uso de avental laranja e EPI em pacientes com precaução de contato.

Caso ocorra divisão de banheiro com outro paciente que não tenha precaução de contato, encaminhar este primeiro para a higiene, pois depois do banho de um paciente com precaução de contato obrigatoriamente é necessário a limpeza do banheiro pela equipe da zeladoria.

Cuidar durante o banho para não expor desnecessariamente o paciente. A privacidade contribui muito para o conforto mental do paciente.

Encaminhar os pacientes para banho de aspersão em cadeira para um banho de auxílio.

Secar bem toda a superfície do corpo do paciente, principalmente as dobras.

As portas do banheiro não devem ser trancadas, durante o banho.

Deve-se testar a temperatura da água, antes do banho do paciente (água morna).

Proteger as incisões com filme plástico.

Encaminhar o material utilizado ao expurgo para a lavação e armazenamento pelo pessoal da zeladoria.

REFERÊNCIAS:

1. TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM. Disponível em: <http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php?pagina=1671500195>. Acesso em 14 de julho de 2014.
2. Manual de Procedimentos Operacionais de Rotinas Básicas da Clínica Médica I (CM1). Atualizado em 2013.
3. PRADO, Marta Lenise do et al (Org.). Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: Ufsc, 2013. 548 p. Revisada e ampliada.

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental



PREFEITURA DE
APARECIDA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número:
POP - 020

Data de Validação:
06/08/2024

Data de revisão:
Sob demanda

HIGIENE DOS CABELOS E DO COURO CABELUDO

EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Promover a higiene do cabelo e couro cabeludo.

INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

- Indicações:
 1. Manter o couro cabeludo limpo e saudável.
 2. Prevenir o acúmulo de oleosidade e resíduos no couro cabeludo, que podem levar a problemas como caspa ou dermatite seborreica.
 3. Estimular a circulação sanguínea no couro cabeludo, o que pode promover o crescimento saudável dos cabelos.

- Contraindicações:
 1. Em casos de feridas abertas no couro cabeludo, é importante evitar o contato direto com produtos de higiene capilar que possam causar irritação ou infecção.
 2. Pacientes com condições específicas do couro cabeludo, como dermatite ou psoríase, podem precisar de cuidados especiais e produtos específicos para evitar agravar a condição.

RISCOS/PONTOS CRITICOS:

Higiene feita de forma inadequada. Presença de cabelo embaraçado ou sujidade pela não realização do procedimento.

MATERIAL:

- Xampu;
- Condicionador;
- E toalha de banho.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:**Ação de Enfermagem**

1. Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
2. Explique o procedimento ao paciente e confirme a aceitação;
3. Estimule/ realize a higiene do cabelo e couro cabeludo com xampu e condicionador;
4. Estimule/realize o enxágue do cabelo e couro cabeludo com água morna até a remoção de resíduos do xampu;
5. Ao término do banho de aspersão com ajuda, seque os cabelos com toalha, penteando a seguir;
6. Higienize as mãos;
7. Cheque e anote o procedimento realizado.

RECOMENDAÇÕES:

A prescrição da higiene do cabelo e couro cabeludo deve ser feita de acordo com as preferências do paciente e rotina do setor. A periodicidade deve ser de 3 a 4 vezes por semana, ou todos os dias de acordo com a necessidade do paciente.

Ensaboe a cabeça com cuidado, para evitar escorrer espuma nos olhos.

Se o cabelo estiver embaraçado, passe creme antes do enxágue.

No período pré-operatório, a higiene do cabelo e couro cabeludo deve ser feita com antecedência, garantindo que os cabelos estejam completamente secos no momento da cirurgia. Caso o paciente tenha aplique, o mesmo deve ser retirado com autorização do paciente e/ou familiar.

Em caso de lesões ou cirurgias no couro cabeludo é recomendado utilizar clorexidina degermante 2% em substituição ao xampu.

Em paciente com pediculose, após a realização da higiene do cabelo e couro cabeludo, aplique uma medicação específica para eliminação do parasita, coloque um gorro e deixe agir pelo tempo indicado pelo fabricante. Após esse procedimento enxágue o cabelo abundantemente e passe o pente fino.

Dentre os medicamentos mais usados, destacamos a permetrina, monossulfuram e o benzoato de benzila, que devem constar na prescrição médica e consultar um farmacêutico para verificar a disponibilidade do medicamento, apresentação e posologia. Se houver necessidade de cortar o cabelo, certifique-se que o paciente e/ou familiar estejam cientes e de acordo.

Em caso de o paciente não ter déficit no autocuidado, ofereça o material de higiene do cabelo e couro cabeludo e supervisione.

REFERÊNCIAS:

1. Carmagnani MIS et al. Procedimentos de Enfermagem- guia Prático. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 2009.
2. Carmagnani, MIS et al. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Interlivros. São Paulo. 1997.

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 021	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
HIGIENE DE MÃOS E UNHAS DO USUÁRIO			
EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Manter as unhas do paciente curvas e limpas. PROMOVER Higiene, conforto e prevenção de escoriações.			
INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Indicações: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos regularmente, especialmente antes de preparar alimentos, antes de comer, após usar o banheiro e após tossir/espirrar. 2. Manter as unhas curtas e limpas para reduzir o acúmulo de sujeira e bactérias. 3. Usar produtos de higiene das mãos, como sabonete líquido ou álcool em gel, para garantir a limpeza das mãos quando a lavagem não for possível. • Contraindicações: <ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar o uso excessivo de produtos químicos agressivos que possam ressecar a pele das mãos. 2. Em casos de lesões ou infecções nas mãos ou unhas, é importante evitar a manipulação excessiva e buscar orientação médica para o tratamento adequado. 			
RISCOS/PONTOS CRITICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Risco de infecções: Mãos e unhas sujas podem ser veículos para a transmissão de bactérias e vírus, aumentando o risco de infecções, especialmente em ambientes hospitalares ou de cuidados de saúde. • Irritação da pele: O uso frequente de sabonetes agressivos ou produtos químicos para a higiene das mãos pode levar à irritação e ressecamento da pele. • Contaminação cruzada: Unhas compridas ou sujas podem abrigar bactérias e sujeira, aumentando o risco de contaminação cruzada ao tocar alimentos ou superfícies. 			

- Negligência da higiene das mãos: A falta de práticas adequadas de higiene das mãos pode resultar em uma maior propagação de doenças infecciosas.

É importante estar ciente desses riscos e pontos críticos e adotar medidas para garantir a higiene adequada das mãos e unhas, incluindo a lavagem regular das mãos, o corte e a limpeza adequada das unhas, além do uso de produtos suaves que não causem irritação na pele.

MATERIAL:

- Bacia;
- Água morna;
- Sabão;
- Luvas de procedimento;
- Acetona;
- Álcool a 70%;
- Algodão;
- Tesoura;
- E lixa de unha.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação de Enfermagem

1. Lavar as mãos;
2. Preparar o material e levá-lo até o paciente;
3. Chama-lo pelo nome, assegurando-lhe um cuidado individualizado e explicando-lhe o procedimento;
4. Dispor o material em ordem sobre a mesa;
5. Calçar as luvas;
6. Posicionar o paciente adequadamente, solicitando sua colaboração se possível;
7. Lavar as mãos e/ou os pés do paciente;
8. Seca-los, inclusive entre os dedos delicadamente, segurar o membro do paciente e realizar o corte de maneira segura sem cortar os cantos das unhas, ou apenas lixa-las (conforme necessidade);
9. Posicionar o paciente e deixá-lo confortável;
10. Guardar e desprezar o material em local adequado;
11. Realizar a desinfecção da bacia e da tesoura com álcool 70%;
12. Lavar as mãos;
13. Registrar o procedimento no prontuário.

14. Débito: 02 luvas de procedimento.

RECOMENDAÇÕES:

Solicitar ao familiar as lixas de unhas (uso individual).

Se necessário, deixar as mãos e/ou pés de molho, para facilitar a limpeza e/ou corte.

Se necessário, retirar com algodão embebido em acetona, o esmalte das unhas.

Observar lesões preexistentes se houverem e registrar.

Caso não haja necessidade de corte, lixar as unhas.

Comunicar a enfermeira de alteração.

REFERÊNCIAS:

1. SMITH – TEMPLE, GUIA PARA PRODEDIMENTOS DE ENFERMAGEM, 3ª EDIÇÃO ARTMED – PORTO ALEGRE, RS, 2000.
2. BRUNNER - SUDDARTH, TRATADO DE ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICO, 9ª EDIÇÃO, EDITORA GUANABARA KOOGAN S.A, 2002.

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 022	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
HIGIENE ORAL DO USUÁRIO			
EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Limpar a cavidade oral, incluindo língua e dentes, prevenir infecções ou combater infecções já instaladas e proporcionar conforto e bem estar ao paciente.			
INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Indicações: <ol style="list-style-type: none"> 1. Escovação regular dos dentes, pelo menos duas vezes ao dia, com uma escova de cerdas macias e creme dental fluoretado. 2. Uso regular do fio dental para remover resíduos alimentares e placa bacteriana entre os dentes. 3. Utilização de enxaguantes bucais, quando indicado pelo dentista, para complementar a higiene oral. 4. Visitas regulares ao dentista para exames, limpezas e tratamento de possíveis problemas. • Contraindicações: <ol style="list-style-type: none"> 1. Em casos de cirurgias bucais recentes ou lesões na boca, pode ser recomendado evitar o uso de enxaguantes bucais ou certos tipos de escovação até a cicatrização completa. 2. Pacientes com condições médicas específicas, como mucosite oral decorrente de tratamentos oncológicos, podem necessitar de cuidados especiais e produtos específicos sob orientação médica. 			
RISCOS/PONTOS CRITICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Cáries dentárias: A falta de higiene oral adequada, como escovação regular e uso de fio dental, pode levar ao acúmulo de placa bacteriana nos dentes, resultando em cáries. • Doenças gengivais: A placa bacteriana acumulada também pode irritar e inflamar as gengivas, levando a doenças gengivais como gengivite e periodontite. 			

- Mau hálito: A presença de restos de alimentos e bactérias na boca devido à higiene oral deficiente pode resultar em mau hálito persistente.
- Acúmulo de tártaro: Quando a placa bacteriana não é removida adequadamente, ela pode se calcificar e se transformar em tártaro, exigindo a intervenção do dentista para remoção.
- Problemas sistêmicos: A saúde bucal precária tem sido associada a uma série de problemas de saúde sistêmica, como doenças cardíacas, diabetes e complicações na gravidez.

MATERIAL:

- Bacia ou cuba rim;
- Toalha de rosto;
- Escova de dentes e creme dental (utilizar sempre que possível) ou pacote de higiene oral com gluconato de clorexidina aquoso a 0,12%;
- Hidratantes /lubrificantes labiais ou ácido graxo essencial;
- Luvas de procedimento;
- Água corrente, detergente neutro;
- Prontuário do paciente.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:**Ação da Enfermagem**

Entregar Escova de dentes e creme dental (utilizar sempre que possível) ou pacote de higiene oral com gluconato de clorexidina aquoso a 0,12%;

RECOMENDAÇÕES:

Pacientes independentes e semi-dependentes devem escovar os dentes com material próprio pela manhã e após as refeições.

A higiene oral dos pacientes dependentes deve ser realizada três vezes ao dia: tarde, noite e manhã, salvo casos especiais (como de paciente transplantados que seguem prescrição médica).

REFERÊNCIAS:

1. TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM. Disponível em: <http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php?pagina=1671500195>. Acesso em 14 de julho de 2014.

<p>2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO. Direção de Enfermagem. Clínica Médica I. Manual de procedimentos operacionais de rotinas básicas da Clínica Médica I. Florianópolis-SC: Atualizado em 2013.</p> <p>3. PRADO, Marta Lenise do et al (Org.). Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2013. 548 p. Revisada e ampliada.</p>		
<p>Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125</p>	<p>Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro</p>	<p>Aprovado: Eurides Santos Pinho</p>
<p>Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer</p>	<p>Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica</p>	<p>Responsável: Coordenadora de Saúde Mental</p>

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 023	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
CUIDADOS COM A NUTRIÇÃO DO USUÁRIO			
EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Fornecer nutrientes para a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.			
<p>INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicação: Auxiliar na manutenção dos processos metabólicos de pacientes desnutridos ou com alto risco para desnutrição. Oferecer a nutrição necessária dentro dos limites da dieta prescrita; • Contraindicação: Pacientes com impossibilidade de alimentação pela via oral. <p>RISCOS/PONTOS CRITICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desnutrição: A falta de ingestão adequada de nutrientes essenciais pode levar à desnutrição, o que pode resultar em uma série de complicações de saúde, incluindo fraqueza, baixa imunidade e má recuperação de doenças ou ferimentos. • Obesidade: O consumo excessivo de alimentos calóricos e pouco nutritivos pode levar à obesidade, que por sua vez está associada a uma série de condições crônicas, como diabetes, doenças cardíacas e problemas articulares. • Deficiências nutricionais: Uma dieta desequilibrada ou restritiva pode resultar em deficiências de vitaminas, minerais e outros nutrientes essenciais, levando a problemas de saúde específicos relacionados à falta desses nutrientes. • Transtornos alimentares: Pacientes submetidos a dietas restritivas ou com distúrbios alimentares correm o risco de desenvolver transtornos alimentares, como anorexia nervosa, bulimia ou compulsão alimentar. • Interações medicamentosas: Alguns medicamentos podem interferir na absorção de nutrientes ou causar efeitos colaterais que afetam a ingestão alimentar, criando riscos para a saúde nutricional do paciente. <p>É fundamental avaliar esses riscos e pontos críticos ao cuidar da nutrição do paciente, garantindo que a dieta seja equilibrada, atenda às necessidades nutricionais individuais e seja adaptada conforme as</p>			

condições médicas específicas. O acompanhamento por um nutricionista ou profissional de saúde especializado é essencial para garantir uma abordagem adequada à nutrição do paciente.

MATERIAL:

- Talheres;
- Papel toalha;
- Mesa;
- Lixeira para descarte adequado.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Realizar higienização das mãos com água e sabão;
2. Fazer desinfecção do suporte para alimentação com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
3. Entregar a embalagem dos talheres e a refeição ao usuário;
4. Deixar o paciente confortável;
5. Manter a organização da unidade do paciente;
6. Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
7. Realizar higienização das mãos com água e sabão;
8. Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato na folha de observação de enfermagem.

RECOMENDAÇÕES:

Orientar ao paciente não falar durante a mastigação.

A enfermagem quando detectar no paciente a ausência da dentição deve-se encaminhar para o serviço de referência odontológica.

Deve-se atentar para pacientes com alterações neurológicas, doenças neurodegenerativas, alterações anatômicas de cabeça e pescoço, e/ou com comprometimentos respiratórios, podem apresentar como sintoma a disfagia orofaríngea (DO). A DO é uma alteração no processo da deglutição, podendo ocasionar descontrole das funções de respiração e alimentação, sendo necessária a avaliação do fonoaudiologista para reabilitar o processo de deglutição e na eliminação dos riscos da aspiração laringotraqueal.

No caso do paciente hemiplégico: Auxiliá-lo a sentar-se com o braço estendido sobre uma superfície rígida, orientar a colocar os alimentos na parte posterior da boca e no lado não afetado, monitorar sinais e sintomas de aspiração, monitorar fadiga durante os atos de comer, beber e engolir.

Proporcionar período de repouso antes do ato de alimentar e de exercícios físicos para evitar fadiga excessiva. Inspeccionar a cavidade oral após alimentação para detectar o armazenamento de restos de alimento.

Atentar para episódios de tosse durante ou após a deglutição, pigarro, mudança na qualidade vocal e dificuldade respiratória, que poderão representar sinais e sintomas de broncoaspiração.

REFERÊNCIAS:

1. Conselho Federal de Medicina. Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes Terapia Nutrológica Oral e Enteral em Pacientes com Risco Nutricional.15 de dezembro de 2008. P.3-5 Disponível em< http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/38-Terapia.pdf> acesso em 04/09/2014.
2. Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). [tradução Regina machado Garcez] 4ªed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.313-314 LAMEU E. B. editor. Clínica nutricional. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
3. Silvério CC, Hernandez AM e Gonçalves MIR . Ingesta oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica. Rev. CEFAC. 2010 Nov-Dez; 12(6):964-970. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n6/81-09.pdf>> em 04/09/2014.

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 024	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
REMOÇÃO DE PEDICULOSE E LÊNDEAS			
EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Remover pedículos, prevenir reinfestação, evitar propagação e promover conforto e bem estar ao paciente, diariamente.			
INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Indicação: pacientes com infestação por pediculose (piolhos ou lêndeas); • Contraindicação: pacientes com lesão em couro cabeludo. 			
RISCOS/PONTOS CRITICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Possíveis contaminação por práticas inadequadas; • Tendência a hipotermia; • Queimadura por temperatura inapropriada da água; • Irritação ocular por queda de medicamento nos olhos; • Otite por entrada de medicamento no pavilhão auricular; • Propagação de pediculose na unidade; • Otite por entrada de medicamento/solução no pavilhão o auricular; • Propagação de pediculose no ambiente e hospitalar. 			
MATERIAL: <ul style="list-style-type: none"> • Solução indicada para pediculose; • Luvas para procedimento; • Atadura de crepe; • Esparadrapo; • Forro e saco plástico; • Pente fino; • Biombo; • Vaselina líquida. 			

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Lavar as mãos;
2. Trazer a bandeja com o material e coloca-los na mesa de cabeceira ou carro de banho;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Colocar biombo;
5. Colocar o forro protegido com plástico sobre o travesseiro;
6. Aplicar vaselina nas bordas do couro cabeludo, para evitar que a solução queime o rosto;
7. Dividir os cabelos em partes, aplicando a solução com gaze, fazendo fricção no couro cabeludo e no final embeber os cabelos;
8. Prender o cabelo e colocar a faixa de crepe ao redor da cabeça, formando um gorro e fixando com esparadrapo no final;
9. Conservar o travesseiro com forro;
10. Retirar as luvas;
11. Lavar as mãos;
12. Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
13. Levar a bandeja com o material para o local de origem;
14. Fazer anotações no prontuário do paciente.

RECOMENDAÇÕES:

Deixar a solução no cabelo por 03 a 06 horas pela manhã e lava-la a tarde, passando vinagre após e penteando. Repetir o procedimento durante 03 dias ou mais, se necessário.

REFERÊNCIAS:

1. EVES, D. P.; MELO, A. L.; LINARDI, P. M.; VITOR, R. W. A. **Parasitose Humana**. Ed. Atheneu. São Paulo. 11ª Ed. p.423-427. 2005.
2. HEUKELBACH, J; OLIVEIRA, F. Ar. S.; FELDMEIR, H. Ectoparasitoses e saúde pública no Brasil: desafios para controle. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.19. n. 5. p. 1535-1540, set./out. 2003.

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental

 PREFEITURA DE APARECIDA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Número: POP - 025	Data de Validação: 06/08/2024	Data de revisão: Sob demanda
DESINFECÇÃO DOS QUARTOS			
EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem			
ÁREA: Assistência à Saúde			
OBJETIVO: Realizar limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas oferecendo um ambiente livre de contaminação E Proporcionar conforto e segurança ao cliente.			
INDICAÇÃO/CONTRAIINDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • As indicações para a desinfecção do quarto incluem: <ol style="list-style-type: none"> 1. Após o tratamento de um paciente infectado: É fundamental desinfetar o quarto após o tratamento de um paciente com doença infecciosa para evitar a disseminação da doença. 2. Após a alta de um paciente hospitalizado: Antes da admissão de um novo paciente, é importante desinfetar o quarto para garantir um ambiente limpo e seguro. 3. Em casos de surtos de infecções hospitalares: Durante surtos de infecções hospitalares, a desinfecção regular dos quartos é essencial para controlar a propagação da doença. • As contraindicações para a desinfecção do quarto podem incluir: <ol style="list-style-type: none"> 1. Exposição desnecessária a produtos químicos: Em alguns casos, a utilização excessiva de produtos químicos para desinfecção pode ser prejudicial à saúde dos pacientes e funcionários. 2. Sensibilidade a odores ou substâncias químicas: Alguns pacientes e funcionários podem ser sensíveis a odores fortes ou substâncias químicas presentes em agentes de limpeza e desinfecção. <p>É importante seguir as diretrizes e protocolos estabelecidos pelas autoridades de saúde e especialistas em controle de infecções ao desinfetar quartos em ambientes hospitalares, garantindo a segurança e o bem-estar dos pacientes, visitantes e profissionais de saúde.</p> <p>É realizada na unidade do usuário após desocupação do local (ao final do plantão diurno ou início do plantão noturno).</p>			

RISCOS/PONTOS CRITICOS:

Riscos de transmissão cruzada.

MATERIAL:

1. Bacia com água;
2. Cuba com sabão ou detergente padronizado;
3. Álcool 70%;
4. Panos para limpeza (3);
5. Papel toalha;
6. Luvas de procedimento e avental.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:**Ação de Enfermagem**

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir os materiais e encaminhá-los a unidade;
3. Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira;
4. Forrar a escadinha com papel toalha e repassar os materiais que estão sobre a mesa de cabeceira para ela;
5. Abrir as portas e as janelas;
6. Colocar o avental e calçar as luvas de procedimento;
7. Desprender as roupas de cama, evitando movimentação exagerada, e colocá-las dentro do Hamper;
8. Retirar os objetos de uso pessoal do cliente da mesa de cabeceira, embrulhá-los e identificá-los com o nome dele;
9. Retirar os aparelhos e os equipamentos limpá-los com pano úmido e detergente e remover os resíduos, devolvendo os, posteriormente, ao local de origem, conforme rotina vigente;
10. Afastar a cama da parede, deixando um espaço suficiente para a realização da limpeza;
11. Travar as rodas da cama;
12. Limpar a rede de gases, a campainha e o suporte de soro, respectivamente, com pano limpo, úmido com água e com detergente;
13. Limpar as mesas de cabeceira, interna e externamente, e de refeição, exceto os pés, com o pano limpo e úmido com água e detergente, em sentido único da área mais limpa para a mais suja;
14. Enxaguar o pano na bacia e remover o detergente;
15. Passar o pano limpo e seco;
16. Limpar um dos lados do travesseiro, utilizando o pano úmido com detergente;
17. Repetir o procedimento com o pano úmido com água;

18. Colocar o lado limpo do travesseiro sobre a mesa de cabeceira e proceder à limpeza e a remoção do detergente no lado exposto;
19. Limpar a face superior do colchão em direção ao centro e a face inferior do colchão em direção ao centro com pano com detergente em sentido único, iniciando pelo lado mais distante para o mais próximo do profissional;
20. Limpar o centro do colchão em sentido único pelo lado mais distante para o mais próximo, removendo o detergente com o pano úmido;
21. Repetir o procedimento com o pano úmido com água;
22. Repetir o procedimento com o pano seco;
23. Dobrar o colchão, descobrindo a metade superior do estrado. Limpar a metade do colchão exposta e a do estrado com o pano com detergente, iniciando da parte superior ao centro, em sentido único e do lado mais distante para o mais próximo do profissional;
24. Repetir o procedimento, utilizando o pano úmido com água;
25. Repetir o procedimento, utilizando o pano seco;
26. Repetir o procedimento com a metade inferior do leito.

RECOMENDAÇÕES:

Caso haja presença de material biológico acionar a equipe de higienização e limpeza da unidade para lavagem.

REFERÊNCIAS:

1. TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LEMONE, P. Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.
2. BRASIL. Risco biológico Guia técnico: Os riscos biológicos no âmbito da Norma Regulamentadora Nº. 32. 2008. Disponível em: http://www.mte.gov.br/seg_sau/guia_tecnico_cs3.pdf.

Elaborado: Marta Paulina C. de Oliveira COREN: 316125	Revisado: Daniela Ruskaya Pereira de Farias Diego Marins de Castro	Aprovado: Eurides Santos Pinho
Responsável: Chefe Administrativa CAPS Bem me quer	Responsável: Chefe Administrativa CAPS III Criarte Vida Núcleo de Governança Clínica	Responsável: Coordenadora de Saúde Mental