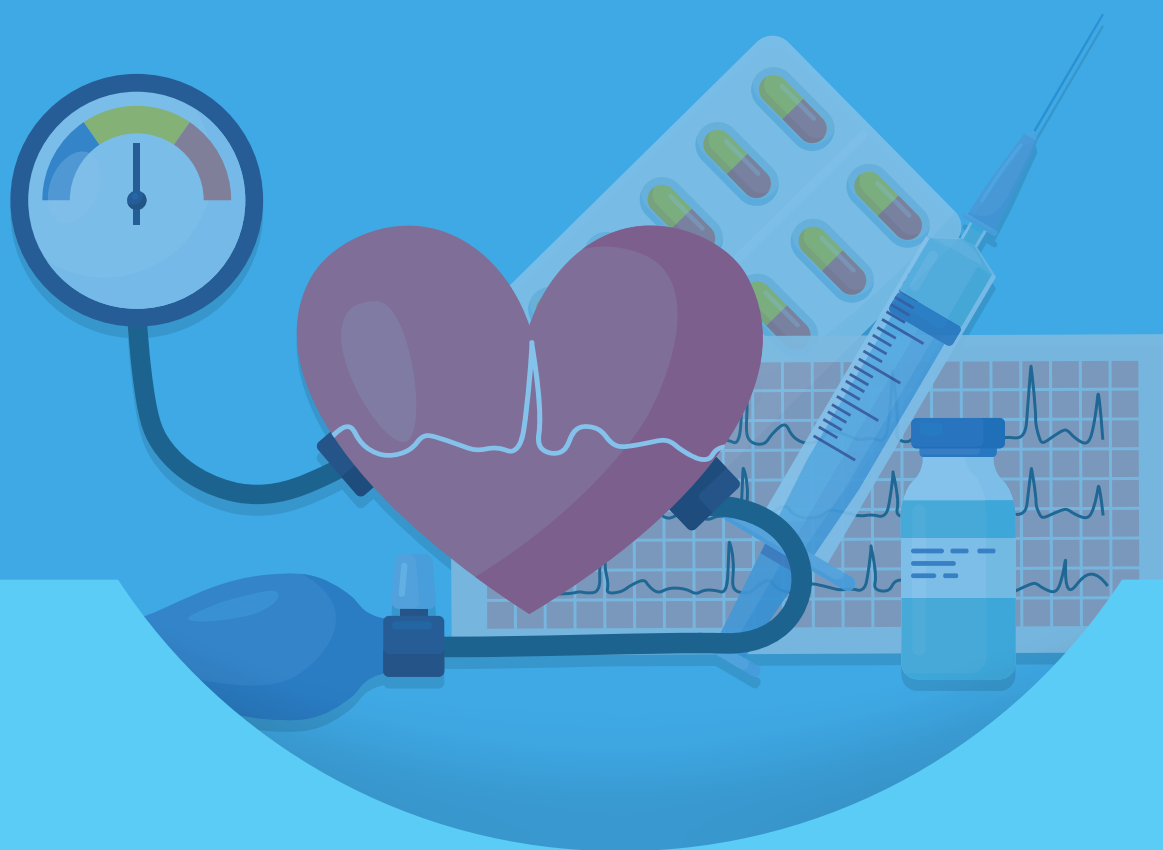




PROCEDIMENTOS
OPERACIONAIS PADRÃO

Módulo 2: **Procedimentos** **Assistenciais**



CURITIBA

Prefeitura Municipal de Curitiba

Eduardo Pimentel Slaviero

Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Tatiane Filipak

Superintendência Executiva

Juliano Schmidt Gevaerd

Superintendência de Gestão

Jane Sescatto

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Juliana Marcon Hencke

Coordenação de Enfermagem

Suelen do Carmo dos Anjos Scarabotto

Elaboração:

Juliana Marcon Hencke

Giseli aparecida Ragugneti de Góes

Colaboração das equipes:

Assistência farmacêutica

Coordenação de recursos materiais

Departamento de urgência e emergência

Laboratório municipal de Curitiba

Colaboradores 2012 – Capítulo Curativos

Claudine Esmaniotto

Ketlin Wolcoff Simião

Lilian Mara Buzzi

Sorlane Kieski Martins

Colaboradores 2017 - 2024

Agda de Jesus Silva Moreira

Ana Cristina Alegretti

Andrea Matos Ruiz

Carla Daniele de Ramos Brumatti

Danielle Fontoura Teixeira

Elaine Gracia de Quadros Nascimento

Elizandra Claudino do R. Rigoni

Ilze Inês

Janaína Constanski Santos

Juliana Marcon Hencke

Karin Godarth

Karin Madeleine Godarth

Katiuscia Schiontek

Ligia Fatima Simões

Marcia Regina da Silva

Maria de Lourdes Lopes

Mariane Costa

Maristela C. Willington

Midori N. S. Hamasaki

Ronald Gielow

Rosana Furman Andreatta

Sandra Regina Szostak

Soraia Chimielski

Suelen do Carmo dos Anjos Scarabotto

Tania Maria Souza Pires

Vanessa F. De Paula Laplechade

Vanessa Schwede

Acad. Enf. Greice Kellyn Silva Galieta

Acad. Enf. Léia da Silva Su

Acad. Enf. Isabelle Maisa Pereira

Acad. Enf. Karin Louise Schramm Püschel

Revisão 2024-2025

Coordenação de Enfermagem

Comitê Municipal de Segurança do Paciente

CURITIBA – 2025

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	6
CAPÍTULO 1: ASSISTÊNCIA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	7
072. VIA AÉREA.....	8
073. VIA ENDOVENOSA.....	10
074. ADMINISTRAÇÃO ENDOVENOSA PARA REPOSIÇÃO DE FERRO.....	13
075. ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO CEFTRIAXONA – VIA ENDOVENOSA – EM ADULTOS.....	19
076. ADMINISTRAÇÃO DE ÁCIDO ZOLEDRÔNICO	22
077. VIA INTRAMUSCULAR.....	26
078. VIA INTRAMUSCULAR – TÉCNICA EM “Z”	30
079. VIA NASAL	34
080. VIA OCULAR	36
081. VIA ORAL	38
082. OTOLÓGICA (AURICULAR).....	41
083. VIA RETAL	43
084. VIA SONDA NASOGÁSTRICA/ENTERAL	45
085. VIA SUBCUTÂNEA.....	47
086. APLICAÇÃO DE INSULINA	49
087. APLICAÇÃO DE INSULINA NPH E REGULAR NA MESMA SERINGA.....	54
088. APLICAÇÃO DE INSULINA NPH - CANETA	58
089. VIA SUBLINGUAL.....	62
090. VIA TÓPICA.....	64
091. VIA VAGINAL.....	66
092. ESPAÇADOR – COMO USAR.....	68
093. AMAMENTAÇÃO COMO ALÍVIO DA DOR DURANTE ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS EM CRIANÇAS.....	72
CAPÍTULO 2: ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	74
094. ASPIRAÇÃO NASOGÁSTRICA.....	75
095. ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES VIA TRAQUEOSTOMIA	78
096. ATENDIMENTO PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA - ADULTO	82
097. ATENDIMENTO PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA - PEDIÁTRICO	85
098. AUXÍLIO INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL/MASCARA LARÍNGEA.....	90

099. PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA.....	94
100. OXIMETRIA DE PULSO	97
101. OXIMETRIA DE PULSO EM DOMICÍLIO – ORIENTAÇÕES AO USUÁRIO DURANTE PANDEMIA COVID19	100
CAPÍTULO 3: ASSISTÊNCIA NAS SONDAGENS	102
102. SONDAGEM GÁSTRICA/NASOENTERAL.....	103
103. SONDAGEM VESICAL DE DEMORA.....	107
104. ORIENTAÇÃO PARA O AUTOCATETERISMO VESICAL INTERMITENTE – TÉCNICA LIMPA.....	110
105. SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO REALIZADA POR ENFERMEIRO	113
106. TROCA DE SONDA DE CISTOSTOMIA.....	116
CAPÍTULO 4: ASSISTÊNCIA NO CONTROLE DE SINAIS VITAIS.....	119
107. VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL	120
108. VERIFICAÇÃO DE PULSO	122
109. VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	125
110. VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	128
CAPÍTULO 5: ASSISTÊNCIA NO CONTROLE DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	132
111. AFERIÇÃO DE PESO – BALANÇA ANTROPOMÉTRICA	133
112. AFERIÇÃO DE PESO – BALANÇA ELETRÔNICA DIGITAL INFANTIL.....	135
113. AFERIÇÃO DE ESTATURA.....	137
114. AFERIÇÃO DE PERÍMETRO CEFÁLICO	139
CAPÍTULO 6: ASSISTÊNCIA NOS TESTES E EXAMES DE SAÚDE.....	141
115. COLETA DE URINA DE USUÁRIO COM CATETERISMO VESICAL	142
116. REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA.....	144
117. EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	148
118. EXAME CLÍNICO DE MAMAS	155
119. TESTE DE GLICEMIA CAPILAR	159
120. RECOMENDAÇÕES PARA AUTOMONITORIZAÇÃO DA GLICOSE CAPILAR (AMGC) ...	161
121. MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR – SOFTWARE	165
122. COLETA DE SECREÇÃO DE NASOFARINGE	168
123. COLETA DE SECREÇÃO DE NASOFARINGE - SUSPEITA DE NOVO CORONAVÍRUS - SARS-CoV-2 / COVID-19	171
124. TESTES RÁPIDOS DE DIAGNÓSTICO IN VITRO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO SARS-COV-2 – IBMP e ABBOT	176
125. DIAPASÃO – TESTE SENSITIVO	185
126. MONOFILAMENTO – TESTE SENSITIVO	188
127. COLETA DE EXAME SWAB – AMOSTRA VAGINAL	191

128. COLETA DE EXAME SWAB – AMOSTRA ANAL	194
129. TESTE DO PEZINHO	196
130. COLETA DE TESTE RÁPIDO HIV	199
131. COLETA DE TESTE RÁPIDO SÍFILIS	202
132. COLETA DE ESCARRO PARA TESTES DE TUBERCULOSE.....	204
133. REALIZAÇÃO DA PROVA DO LAÇO	213
134. TESTE RÁPIDO DA DENGUE.....	218
135. COLETA DE TESTE RÁPIDO COMBO HIV/SÍFILIS.....	223
136. INSPEÇÃO DE PELE PARA USO DE PISCINAS PÚBLICAS	228
CAPÍTULO 7: ASSISTÊNCIA NOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	231
137. RETIRADA DE PONTOS	232
138. TRICOTOMIA	234
139. INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA UTERINO	236
140. LAVAGEM DE OUVIDO EXTERNO.....	239
141. TROCA DE EQUIPAMENTO COLETOR PARA OSTOMIA	242
CAPÍTULO 8: ASSISTÊNCIA NOS CURATIVOS	244
142. CURATIVO SIMPLES	245
143. CURATIVO CONTAMINADO.....	248
144. CURATIVO DE TRAQUEOSTOMIA	252
145. LIMPEZA E IRRIGAÇÃO	255
146. MENSURAÇÃO DA LESÃO.....	257
147. MENSURAÇÃO DO DESCOLAMENTO DA LESÃO.....	260
148. COLETA DE MATERIAL PARA CULTURAS DE LESÕES	262
149. PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	266
CAPÍTULO 9: ASSISTÊNCIA NA PREVENÇÃO DE QUEDAS	269
150. PREVENÇÃO DE QUEDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	270
151. PREVENÇÃO DE QUEDAS NO DOMICÍLIO	273
CAPÍTULO 10: DOENÇAS CRÔNICAS.....	276
152. RENOVAÇÃO DE RECEITA PARA PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/ OU DIABETES.....	277
CAPÍTULO 11: SAÚDE DA MULHER.....	281
153. ORIENTAÇÃO PARA O ALEITAMENTO MATERNO	282
154. ORIENTAÇÃO PARA O EXAME ESPECULAR NA GESTAÇÃO.....	295
155. INSERÇÃO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO Implanon NXT ®.....	301
156. REMOÇÃO DO IMPLANTE SUBDÉRMICO Implanon NXT ®NA APS.....	310
CAPÍTULO 12: EPIDEMIOLOGIA	315

157. ACONSELHAMENTO PRÉ TESTE RÁPIDO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	316
158. ACONSELHAMENTO PÓS TESTE RÁPIDO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	318

APRESENTAÇÃO

O Manual de Procedimento Operacional Padrão (POP) trata-se de uma ferramenta importante como guia para os profissionais de saúde, contendo informações técnicas, que subsidiam as rotinas para o desenvolvimento das atividades de forma segura e com qualidade.

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba vem reforçar a importância de garantir a padronização das ações, com foco nos resultados positivos de boas práticas, possibilitando a rastreabilidade do processo, uniformidade das ações, auditorias internas e externas.

O processo de construção deste Manual foi constituído mediante apoio institucional, através da necessidade de descrever novos procedimentos e revisar os já existentes, sendo sistematizado por Módulo, Capítulo e Assunto. A padronização se fez necessária para fortalecer o processo de trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde.

Cada POP obedece a critérios técnicos, padroniza as ações assistenciais da equipe de saúde, estabelece fluxo e organiza o processo de trabalho, define responsabilidades e demonstra sequência das ações para o desempenho da atividade com qualidade e forma segura.

Os Manuais estão classificados em 4 Módulos:

- Módulo 1: Prevenção e Controle de Infecção
- Módulo 2: Procedimentos Assistenciais
- Módulo 3: Atendimento

A versão vigente está disponível em formato eletrônico no sistema e-Saúde – Módulo Documentos Orientativos, para acesso aos servidores em tempo real, bem como disponibilizada na intranet no endereço eletrônico www.saude.curitiba.pr.gov.br.

Cabe salientar que eventuais revisões e atualizações deste Manual, devem ser devidamente aprovadas pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde, antes da implementação. Os POPs serão revisados anualmente, de forma a garantir sua atualização contínua.

Concluimos que se faz necessária a apreciação deste Manual por todos os profissionais ditos como responsáveis pela prática, e que sejam utilizados rotineiramente nos processos de trabalho.

Este material foi produzido pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) – Coordenação de Enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, sendo permitida a reprodução parcial ou total desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

Curitiba – Março – 2025

CAPÍTULO 1: ASSISTÊNCIA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.072	
Título do Documento	072. VIA AÉREA	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Auxiliar no tratamento terapêutico.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Medicamento prescrito, solução prescrita, oxigênio ou ar comprimido e bandeja.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Técnica

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#))
- Preparar a medicação com solução a ser administrada.
- Verificar os nove certos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Orientar o usuário e/ou o acompanhante sobre o procedimento.
- Colocar o usuário em posição de Fowler ou semi-fowler
- Conectar o kit nebulizador ao extensor e este ao fluxômetro;
- Acionar o fluxômetro lentamente até visualizar névoa que sai pelo bocal do nebulizador (+/- 03 litros);
- Manter a nebulização até o término da medicação ou durante o tempo prescrito.
- Desprezar os resíduos em local próprio.
- Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Checar em prescrição e anotar intercorrências.
- Caso haja intercorrências comunicar enfermeiro e/ou médico.

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).

- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção e transmissão de doenças
- Risco de administração incorreta do medicamento

8. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Práticas seguras para prevenção de erros na administração de medicamentos. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz_12-ggtes_web.pdf . acesso em: 14/09/2022.

Brasil. Agência nacional de vigilância sanitária assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática agência nacional de vigilância sanitária. Brasília: ANVISA, 2017. disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf/view>> Acesso em 01/10/2024

Figueiredo, N. M. A.; Viana, d. L.; Machado, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis editora. 2 ed. V. 2. São Caetano do Sul, 2008.

Potter, P. A.; Perry, A. G. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.073	
Título do Documento	073. VIA ENDOVENOSA	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Auxiliar no tratamento terapêutico, administrar grande volume de soluções, drogas contraindicadas por outras vias e obter efeito imediato do medicamento administrado.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Seringa e agulha, garrote, algodão, luvas de procedimento, fita microporosa ou esparadrapo, álcool antisséptico a 70% e bandeja.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Técnica

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Preparar o material necessário.
- Verificar os nove certos da administração de medicamentos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Preparar a medicação a ser administrada.
- Orientar o usuário e/ou familiar sobre o procedimento.
- Posicionar o usuário adequadamente expondo a área a ser puncionada.
- Calçar as luvas.
- Garrotear o membro a ser puncionado.
- Realizar antisepsia local com álcool antisséptico a 70% e algodão, de forma ampla de baixo para cima.
- Introduzir a agulha com o bisel para cima e ao retornar sangue, soltar o garrote.
- Administrar a medicação prescrita.
- Retirar conjunto de seringa com agulha em movimento único ativando o dispositivo de segurança da agulha.
- Fazer pressão com algodão contra o local da aplicação (não massagear).
- Reposicionar o usuário confortavelmente.
- Desprezar os resíduos em local próprio, se agulha não tiver dispositivo de segurança, não recapar agulha.
- Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.

- q) Retirar as luvas.
- r) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- s) Checar e registrar o procedimento realizado em prescrição e anotar intercorrências.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Caso haja intercorrências comunicar enfermeiro e/ou médico.
- b) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção e transmissão de doenças
- Risco de administração incorreta do medicamento

8. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Práticas seguras para prevenção de erros na administração de medicamentos. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz_12-ggtes_web.pdf . acesso em: 14/09/2022.

Brasil. Agência nacional de vigilância sanitária assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática agência nacional de vigilância sanitária. Brasília: ANVISA, 2017. disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf/view> > Acesso em 01/10/2024

Figueiredo, N. M. A.; viana, d. L.; Machado, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis editora. 2 ed. V. 2. São Caetano do Sul, 2008.

Potter, P. A.; Perry, A. G. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.074	
Título do Documento	074. ADMINISTRAÇÃO ENDOVENOSA PARA REPOSIÇÃO DE FERRO	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 2	

1. OBJETIVO

Administrar o medicamento de forma correta e segura, evitando o surgimento de efeitos colaterais.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

EV: endovenoso

SF: Solução fisiológica

ML: Mililitros

MG: Miligramas

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Prescrição médica válida, medicamento trazido pelo usuário, algodão, seringa de 5ml, solução de cloreto de sódio a 0,9%, Dispositivo intravenoso de longa permanência (Abocath®), equipo macrogotas, fita microporosa, suporte de soro, maca/poltrona, bandeja, caixa de material perfurocortante.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

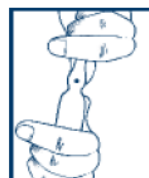
6.1 Ação - **MEDICAMENTO: Sacarato de óxido férrico 100mg/5ml (Noripurum® EV, Ferropurum® ou sucrofer®)**

- Apresentar-se ao usuário.
- Verificar prescrição médica e orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado.
- Verificar os nove certos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Preparar o material necessário.
- Higienizar as mãos (POP.ENFDAPS.002).
- Aferir a pressão arterial antes, durante e ao término da administração do medicamento.
- Garantir a privacidade do usuário durante o procedimento.
- Cuidados Importantes com a medicação:

- As ampolas devem ser visualmente inspecionadas quanto a presença de sedimentos e danos.
- Usar somente aquelas livres de sedimento e que apresentem solução homogênea.
- Uma vez aberta a ampola, aspirado seu conteúdo com seringa, a diluição em solução de cloreto de sódio a 0,9% deve ser **imediate**.
- A solução diluída deve ser de coloração marrom e aspecto límpido.
- Cada ampola é destinada a uma única aplicação.

i) Instruções para abertura da ampola

- A ampola apresenta no local de ruptura uma micro incisão, o que facilita sua abertura.
- A ampola apresenta em sua haste duas identificações coloridas: um ponto azul, que é o ponto de ruptura, e acima um anel roxo para identificação do produto.
- Para correta abertura da ampola:
 - Segure a ampola com uma das mãos, deixando o ponto de ruptura azul voltado para fora. Deve-se ter cautela para não deixar o produto entrar em contato com a roupa, pois causa manchas. (Fig.1)



- Quebre a ampola pressionando com o polegar da outra mão a parte superior da ampola e fazendo uma flexão para trás com o dedo indicador. (Fig.2)



j) Diluição

- Diluir **somente** com solução de cloreto de sódio estéril 0,9% p/v.
- Para cada 100 ml de solução de cloreto de sódio a 0,9%, 1 ampola de 5ml (100mg de ferro);
- **A diluição deve ser feita imediatamente antes da infusão**

Ampola de SACARATO DE ÓXIDO FÉRRICO	100mg / 01 ampola	200mg / 02 ampolas
Solução de Cloreto de Sódio 0,9%	100ml	200ml
Tempo mínimo de infusão	15min	30min
Gotejamento aproximado	140gotas/min	140gotas/min

k) Via endovenosa:

- Acomodar o usuário em ambiente sem incidência de luz solar direta para seu melhor conforto.
- Realizar o procedimento de punção venosa periférica conforme [POP.ENFDAPS.073](#).

- Deve-se evitar extravasamento paravenoso, pois causa dor, inflamação e manchas na pele. Caso ocorra, interrompa imediatamente a infusão do medicamento.

l) Advertências e precauções:

- A dose máxima de ferro a ser aplicada nas UMS de Curitiba é de 200mg (2 ampolas) por aplicação.
- Respeitar o tempo de infusão do medicamento e intervalo mínimo de 24 horas entre as aplicações.
- Observar efeitos adversos durante pelo menos 30 minutos após cada aplicação.
- Administrar o produto com cuidado em usuários com histórico de asma, eczema, outras alergias ou reações alérgicas por outros preparados parenterais de ferro.
- Se apresentar sintomas como tonturas, confusão ou delírios após a administração de Sacarato de Óxido Férrico EV, orientar a não conduzir veículos ou utilizar máquinas até que os sintomas tenham diminuído.

6.2 Ação- **MEDICAMENTO: CARBOXIMALTOSE FÉRRICA 50MG/ML (FERINJECT®)**

- Apresentar-se ao usuário.
- Verificar prescrição médica e orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado.
- Verificar os nove certos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Preparar o material necessário.
- Higienizar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Aferir a pressão arterial antes, durante e ao término da administração do medicamento.
- Garantir a privacidade do usuário durante o procedimento.
- Cuidados Importantes com a medicação:
 - Os frascos-ampolas devem ser visualmente inspecionados quanto a presença de sedimentos e danos.
 - Usar somente aquelas livres de sedimento e que apresentem solução homogênea.
 - Uma vez aberta a ampola, a administração deve ser **imediate**.
 - A solução diluída deve ser de coloração marrom e límpida.
 - Cada frasco-ampola é destinado a uma única aplicação, sendo o descarte do restante da medicação realizado no lixo químico da UBS.
- Infusão intravenosa
 - Pode ser administrado até dose máxima semanal de 1000mg de ferro (20ml);
 - Deve ser diluído apenas em solução estéril de cloreto de sódio a 0,9% m/V.
 - ***A diluição deve ser feita imediatamente antes da infusão***

Tabela de diluição de Carboximaltose Férrica para infusão intravenosa				
Quantidade de Carboximaltose Férrica	Quantidade de Ferro	Quantidade máxima de SF 0,9%	Tempo mínimo de administração	Gotejamento

2 a 4mL	100 a 200mg	50ml	3 minutos	Livre/rápido
>4 a 10mL	>200 a 500mg	100mL	6 minutos	Livre/rápido
>10 a 20mL	>500 a 1000mg	250mL	15 minutos	Livre/rápido

- Acomodar o usuário em ambiente sem incidência de luz solar direta para seu melhor conforto.
- Realizar o procedimento de punção venosa periférica conforme [POP.ENFDAPS.073](#).
- A ampola apresenta em sua haste duas identificações coloridas: um ponto azul, que é o ponto de ruptura, e acima um anel roxo para identificação do produto.
- Deve-se evitar extravasamento paravenoso, pois causa dor, inflamação e manchas na pele. Caso ocorra, interrompa imediatamente a infusão do medicamento.
- A administração deverá ser feita em sua totalidade, sem deixar resíduos do medicamento no equipo.

j) Advertências e Precauções:

- O limite da dose máxima semanal é de 1000mg (1 frasco-ampola).
- Observar efeitos adversos durante pelo menos 30 minutos após cada aplicação.
- Administrar o produto com cuidado em usuário com infecção aguda ou crônica, histórico de asma, eczema, ou alergia atópica.
- A reação adversa do medicamento mais comumente relatada é a náusea, reações no local da aplicação (infusão), cefaleia, rubor, tontura e hipertensão.

6.3 Recomendações profissionais

- a) Em casos de eventos adversos, notifique pelo Sistema VigiMed, disponível no Portal da Anvisa: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/notificacoes/medicamentos-e-vacinas/profissionais/profissionais>
- b) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001](#).
- c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

Observações:

a) Estabelecemos as seguintes recomendações:

- É de responsabilidade do usuário garantir a refrigeração adequada na manutenção e transporte do medicamento a temperaturas abaixo de 25°C, por ser um medicamento termolábel. Orienta-se também que o usuário acondicione e transporte o medicamento dentro de caixa térmica com bobina de gelo.
- É responsabilidade de toda equipe, legalmente habilitada, conforme as normas vigentes, realizar todas as etapas que envolvem a administração de medicamentos, certificar-se que o medicamento se encontra em temperatura adequada.

Segundo RDC Anvisa 768 de 12/12/2022, que dispõe sobre as regras para rotulagem de medicamentos, a definição da bula, entende-se como uso restrito a estabelecimentos de saúde: “medicamentos cuja administração é permitida apenas em hospitais, clínicas, ambulatorios, serviços de atenção domiciliar e outros estabelecimentos de assistência à saúde, exceto farmácias e drogarias, sob supervisão de profissional de saúde, desde que exista minimamente suporte adequado no que se refere a equipamentos, infraestrutura, ambiente e produtos necessários para prestar os primeiros socorros e estabilização do paciente em situações de emergência, com capacidade de intervenção, ou pelo menos manter a assistência até que se possa fazer a transferência para serviço que possua suporte mais adequado, independentemente da restrição de destinação, de acordo com o registro do medicamento.” (RDC 768/2022, grifo nosso)

Parecer de Câmara Técnica nº 0043/2022 – CTLN/COFEN: Aprova a administração do Noripurum® (Sacarato férrico) nos diversos cenários da assistência, é unânime em afirmar que compete a equipe de enfermagem a assistência ao paciente durante toda a administração do referido medicamento, mediante prescrição”.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção e transmissão de doenças
- Risco de administração incorreta do medicamento

8. ANEXOS

[Anexo 1 - Formulário de Registro de Aplicação de Injetável na Unidade de Saúde](#)

REFERÊNCIAS

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 768, de 12 de dezembro de 2022**. Estabelece as regras para a rotulagem de medicamentos. Disponível em: <<https://in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-768-de-12-de-dezembro-de-2022-450312757>> Acesso em 01/10/2024.

Parecer se Câmara Técnica nº 0043/2022 – CTLN/COFEN. Dispõe sobre **Administração de Sacarato de Hidróxido Férrico (Noripurum®) em unidade de saúde, domiciliar e Consultório/Clínica de Enfermagem**. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/parecer-de-camara-tecnica-no-0043-2022-ctlm-cofen/>> Acesso em 01/10/2024.

Parecer técnico nº 06/2020 – COREN MS. Dispõe sobre **Administração de ceftriaxona e sacarato de hidróxido férrico (Noripurum®) nas unidades de atenção primária à saúde**. Disponível em: <<https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren-ms/transparencia/pareceres/?idDocumento=14077>> Acesso em 01/10/2024.

Parecer COREN /SP – 017/2023. Dispõe sobre **Administração de Sacarato de hidróxido férrico (Noripurum®) IV e IM na Atenção Domiciliar**. Disponível em: <<https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren-sp/transparencia/87689/download/PDF#:~:text=Conforme%20o%20Parecer%20Cofen%20n%C2%BA,as%20normas%20da%20RDC%20Anvisa>> Acesso em 01/10/2024.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2023	Elaboração do documento
2	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.075	
Título do Documento	075. ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO CEFTRIAXONA – VIA ENDOVENOSA – EM ADULTOS	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 3	

1. OBJETIVO

Administrar o medicamento de forma correta e segura, evitando o surgimento de intercorrências.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

EV: endovenoso

SF: Solução fisiológica

ML: Mililitros

G: Gramas

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Prescrição médica, algodão, seringa de 5ml, medicamento frasco ampola “Ceftriaxona 1g”, diluente (solução de cloreto de sódio a 0,9%), solução fisiológica 0,9% frasco de 100ml, equipo macrogotas, dispositivo para punção intravenosa (scalp® ou abocath®) fita microporosa, suporte de soro, bandeja, luvas de procedimento.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Apresentar-se ao usuário.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#));
- Preparar o material necessário para punção periférica [POP.ENFDAPS.073](#).
- Verificar prescrição médica e orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado.
- Verificar os nove certos para administração segura de medicamentos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Separar e verificar a medicação a ser administrada.
- Diluir o medicamento (frasco ampola de Ceftriaxona 1g): Retirar o lacre, realizar a assepsia com algodão umedecido em álcool 70%. Aspirar 4ml de diluente (SF 0,9%) e injetar no frasco do medicamento. Mantendo a seringa conectada ao frasco.

- h) Após a completa diluição, aspirar o conteúdo da medicação e rediluir em frasco de SF 0,9% 100ml. Conectando a um equipo macrogotas.
- i) Posicionar o usuário de forma adequada e confortável expondo a área a ser puncionada.
- j) Calçar as luvas de procedimento.
- k) Garrotear o membro a ser puncionado.
- l) Realizar antisepsia no local a ser puncionado com algodão umedecido em álcool a 70%, de forma ampla de baixo para cima.
- m) Introduzir o equipamento de punção (scalp® ou abocath®) com o bisel para cima e ao retornar sangue, soltar o garrote. Em caso de uso de “abocath®”, retirar a guia, acionando o dispositivo de segurança e desprezá-la em local adequado.
- n) Fixar com fita microporosa o acesso venoso recém puncionado e adaptar o equipo já preenchido de solução medicamentosa no equipamento de punção (scalp® ou abocath®).
- o) Administrar a medicação prescrita lentamente (mínimo 30min).
- p) Após o término da infusão retirar o dispositivo para punção intravenosa (scalp® ou abocath®) em movimento único fazendo pressão com algodão seco contra o local da punção (não massagear).
- q) Desprezar os resíduos em local próprio, se agulha não tiver dispositivo de segurança, não reencapar agulha.
- r) Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.
- s) Retirar as luvas de procedimento
- t) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- u) Registrar o procedimento realizado no prontuário eletrônico do usuário (e-saúde), inclusive intercorrências, e dar baixa do medicamento no painel da farmácia em nome do usuário.
- v) Caso haja intercorrências no processo de administração/infusão comunicar imediatamente o enfermeiro e/ou médico.
- w) **Precauções:**
 - Respeitar o tempo de infusão do medicamento.
 - O limite da dose máxima por aplicação é de 2g de Ceftriaxona/dia.
 - Reações de hipersensibilidade também foram relatadas após doses anteriores sem eventos.
 - Se apresentar sintomas como tonturas, confusão, delírios ou hipersensibilidade, comunicar imediatamente o enfermeiro ou médico.
 - Não administrar se relato de alergia ou hipersensibilidade ao medicamento.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Embora conste na bula a informação de que pode ser administrado Ceftriaxona diluído em água destilada (10ml) por injeção endovenosa lenta, a uma velocidade de 10 minutos, recomendamos o uso endovenoso preferencialmente diluído em solução fisiológica, lentamente.
- b) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001](#).
- c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção e transmissão de doenças
- Risco de administração incorreta do medicamento

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2022	Elaboração do documento
2	2023	Revisão e atualização
3	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.076	
Título do Documento	076. ADMINISTRAÇÃO DE ÁCIDO ZOLEDRÔNICO	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 2	

1. OBJETIVO

Administrar o medicamento de forma correta e segura.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

EPI: Equipamento de proteção individual

POP: Procedimento Operacional Padrão

EV: endovenoso

SF: Solução fisiológica

ML: Mililitros

G: Gramas

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Prescrição médica válida, medicamento trazido pelo usuário, algodão, dispositivo intravenoso de longa permanência (Abocath®), equipo macrogotas, fita microporosa, suporte de soro, maca/poltrona, bandeja, caixa de material perfurocortante.
- **Apresentação:** Frasco de 100mL de solução pronta para uso / Frasco-ampola contendo Pó Liofilizado para diluição.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Apresentar-se ao usuário.
- Verificar prescrição médica e orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado.
- Verificar os nove certos (usuário, medicamento, via, horário, dose, orientação, forma, resposta e registro).
- Preparar o material necessário.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Verificar sinais vitais antes e ao término da administração do medicamento e registrar em prontuário.
- Garantir a privacidade do usuário durante o procedimento.

h) **Cuidados Importantes com a medicação:**

- O conteúdo do frasco deve ser visualmente inspecionado: o líquido deve apresentar-se livre de sedimentos, límpido e incolor.
- Depois de aberto o conteúdo do frasco deve ser preparado e administrado **imediatamente**.
- Qualquer quantidade não utilizada deve ser descartada.

i) **Administração via endovenosa:**

- Acomodar o usuário em poltrona/maca clínica, em ambiente sem incidência de luz solar direta para seu maior conforto.
- Realizar o procedimento de punção venosa periférica conforme [POP.ENFDAPS.073](#)

j) **Precauções**

- Não deve ser administrado concomitantemente com qualquer outra medicação.
- Deve ser administrado através de um equipo exclusivo, a uma velocidade de infusão constante, de no mínimo 15 minutos.
- O usuário deve estar adequadamente hidratado antes da administração, especialmente idosos e usuários que utilizam terapia diurética.
- Manter usuário em observação durante pelo menos 30 minutos após a aplicação, para possíveis efeitos adversos.

k) Evitar punção venosa periférica em dorso de mão.

l) **Registros em prontuário eletrônico:**

- Local da punção venosa (antebraço direito ou esquerdo, veia braquial...);
- Nome do medicamento (nome do sal);
- Lote;
- Validade;
- Prescritor (Nome completo e número do CRM);
- Data da prescrição;
- Outras informações pertinentes.

APRESENTAÇÕES:

Nomes Comerciais	Apresentação	Laboratório Fabricante	Observações
Acezo®	4mg/100mL	Cristália	Solução pronta para uso.
Aclasta®	5mg/100mL	Novartis	Solução pronta para uso.
Azentex®	5mg/100mL	Cristália	Solução pronta para uso.
Teoro®	5mg/100mL	Libbs	Solução pronta para uso.
Zometa®	4mg/100mL	Novartis	Solução pronta para uso.
Ácido Zoledrônico®	4mg/5mL	Antibióticos do Brasil	Após reconstituição com 5mL de água para injetáveis é obtida uma solução concentrada. A solução deve

			ser diluída imediatamente em 100mL de Solução de cloreto de sódio 0,9% .
Ácido Zoledrônico®	4mg/5mL	Blau Farmacêutica	Após reconstituição com 5mL de água para injetáveis é obtida uma solução concentrada. A solução deve ser diluída imediatamente em 100mL de Solução de cloreto de sódio 0,9% .
Ácido Zoledrônico®	4mg/5mL	Cristália	Após reconstituição com 5mL de água para injetáveis é obtida uma solução concentrada. A solução deve ser diluída imediatamente em 100mL de Solução de cloreto de sódio 0,9% .
Ácido Zoledrônico®	4mg/5mL	Eurofarma	Após reconstituição com 5mL de água para injetáveis é obtida uma solução concentrada. A solução deve ser diluída imediatamente em 100mL de Solução de cloreto de sódio 0,9% .
Ácido Zoledrônico®	4mg/5mL	Mylan Laboratórios	Após reconstituição com 5mL de água para injetáveis é obtida uma solução concentrada. A solução deve ser diluída imediatamente em 100mL de Solução de cloreto de sódio 0,9% .
Blaztere®	4mg/5mL	Glenmark Farmacêutica	Após reconstituição com 5mL de água para injetáveis é obtida uma solução concentrada. A solução deve ser diluída imediatamente em 100mL de Solução de cloreto de sódio 0,9% .
Zolibbs®	4mg/5mL	Libbs	Após reconstituição com 5mL de água para injetáveis é obtida uma solução concentrada. A solução deve ser diluída imediatamente em 100mL de Solução de cloreto de sódio 0,9% .
Zobone®	4mg/5mL	Sun Farmacêutica	Após reconstituição com 5mL de água para injetáveis é obtida uma solução concentrada. A solução deve ser diluída imediatamente em 100mL de Solução de cloreto de sódio 0,9% .

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001](#)
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção e transmissão de doenças

- Risco de administração incorreta do medicamento

8. ANEXOS

[Anexo 1 - Formulário de Registro de Aplicação de Injetável na Unidade de Saúde](#)

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2023	Elaboração do documento
2	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.077	
Título do Documento	077. VIA INTRAMUSCULAR	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Auxiliar no tratamento terapêutico.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

IM: intramuscular

DG: Dorso glútea

VG: Ventro-glútea

ML: Mililitros

G: Gramas

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Seringa de 5ml ou 3ml, agulha 25x7 ou 25x 08, algodão, álcool antisséptico e bandeja.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Preparar o material necessário.
- Verificar os nove certos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Preparar a medicação a ser administrada, seguindo as instruções do fabricante.
- Orientar o usuário para manter posição que auxilie o relaxamento do músculo onde será feita a injeção, evitando extravasamento e minimizando a dor.
- Expor o local de aplicação.
- Realizar antisepsia local com álcool antisséptico 70% e algodão (aguardar secagem).

- h) Posicionar a seringa a 90º introduzindo agulha, com bisel lateralizado.
- i) Aspirar suavemente o êmbolo com a mão livre e observar a presença de sangue. Caso haja, retirar a seringa com agulha e reiniciar o procedimento.
- j) Injetar o medicamento, empurrando o êmbolo lentamente, garantindo uma administração intramuscular.
- k) Retirar conjunto de seringa com agulha em movimento único ativando o dispositivo de segurança da agulha.
- l) Fazer pressão com algodão contra o local da aplicação (não massagear).
- m) Desprezar os resíduos em local próprio, se agulha não tiver dispositivo de segurança não recapar agulha
- n) Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.
- o) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- p) Checar e registrar o procedimento realizado em prescrição e anotar intercorrências.
- q) Caso haja intercorrências comunicar enfermeiro e/ou médico.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Caso venha sangue na seringa, retirar imediatamente e aplicar em outro local. Para imunobiológicos, não aspirar.
- b) Injeções de mais de 3 ml não devem ser aplicadas no deltoide.
- c) Nos casos de anti-inflamatório, administrar preferencialmente na região glútea.
- d) O volume máximo para injeção IM é de 4 ml. Volume acima de 4 ml, fracionar e aplicar em locais diferentes.
- e) O uso do músculo deltoide é contraindicado em usuários com complicações vasculares dos membros superiores, usuários com parestesia ou paralisia dos braços e aquelas que sofreram mastectomia.
- f) A agulha deve ser sempre introduzida em posição perpendicular à pele, ou seja, em um ângulo de 90º.
- g) O bisel da agulha deve ser posicionado de forma LATERAL, minimizando as agressões às fibras musculares, minimizando a dor durante o procedimento e as complicações
- h) Podem ser aplicadas soluções aquosas, oleosas e suspensões.
- i) Seguir [Anexo 5 – Quadro referencial de aplicação de medicação intramuscular: local x volume](#)
- j) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001](#)
- k) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

TÉCNICA DE APLICAÇÃO:

- A administração de medicamento IM de maneira segura, depende da avaliação adequada da musculatura considerando a característica e irritabilidade da droga, volume compatível com o tamanho da musculatura escolhida, distância em relação a vasos e nervos importantes, espessura do tecido adiposo e depositar o medicamento na musculatura profunda¹.

Dorso glútea (DG):

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

(Fonte: Nota Técnica COREN/PR nº 01/2017)

Ventro glútea (VG):

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

Face Vasto Lateral da Coxa:

- Colocar o usuário em decúbito dorsal, lateral ou sentado.
- Traçar um retângulo delimitado pela linha média anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15 cm do grande trocânter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de 66 largura.
- Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês e adultos.

Deltoide:

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

MÚSCULOS INDICADOS PARA ADMINISTRAÇÃO E VOLUME PERMITIDO EM ADULTO

- Região anterolateral da coxa (vasto lateral): até 4 ml.
- Região Dorsoglútea (quadrante superior externo): Recomendado 4ml, não ultrapassar volume máximo 4 ml. Volume acima de 4 ml, fracionar e aplicar em locais diferentes.
- Região Ventroglútea (Hochstetter): até 4 ml.
- Região Deltoidea (4 cm abaixo do acrômio): até 1 ml.

CRIANÇAS:

- A seleção do sítio para injeção IM em criança deve considerar a idade, peso e desenvolvimento muscular, quantidade de tecido adiposo, tipo de medicamento e velocidade de absorção.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção e transmissão de doenças
- Risco de administração incorreta do medicamento

8. ANEXOS

Anexo 5 – Quadro referencial de aplicação de medicação intramuscular: local x volume

Seleção do local de aplicação de IM e volume máximo a ser administrado, segundo faixa etária

Idade	Deltoide	Ventro-glúteo	Dorso-glúteo	Vasto lateral
Prematuros	-	-	-	0,5ml
Neonatos	-	-	-	0,5ml
Lactentes	-	-	-	1,0ml
Crianças de 3 a 6 anos	-	1,5ml	1,0ml	1,5ml
Crianças de 6 a 14 anos	0,5ml	1,5 – 2,0ml	1,5ml – 2,0ml	1,5ml
Adolescentes	1,0ml	2,0 – 2,5ml	2,0ml – 2,5ml	1,5-2,0ml
Adultos	1,0ml	4,0ml	4,0ml	4,0ml

Fonte: Adaptado de SILVA, L.M.G.; SANTOS, R P. Administração de medicamentos. In: Bork AMT. Enfermagem baseada em evidências – Rio de Janeiro: Guanabara Koogas, 2005

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.078	
Título do Documento	078. VIA INTRAMUSCULAR – TÉCNICA EM “Z”	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout e revisão Segurança do Paciente

1. OBJETIVO

Administrar medicamento na técnica ideal para evitar o refluxo do medicamento para a camada subcutânea, evitando o aparecimento de nódulos doloridos por reação inflamatória, principalmente no caso de aplicações feitas com soluções oleosas (como Perlutan e Anticoncepcionais*) e à base de ferro (como Noripurum® e similares). O Noripurum® e/ou similares podem deixar manchas escuras na pele.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

IM: intramuscular

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Água, sabão, papel toalha, bandeja, algodão, almotolia com álcool a 70%, seringa, caixa de perfurocortante, agulhas do tamanho apropriado: Adultos magros – 25x7, adultos com ossos bem desenvolvidos ou obesos – 30x7 ou 30x8, crianças bem desenvolvidas – 25x7 ou 25x8, crianças e adolescentes obesos – 30x7, crianças muito pequenas – 20x5,5 (exceto para aplicação de suspensões de penicilina). As agulhas com calibre 25x7 ou 30x7 são usadas para soluções aquosas. As de calibre 25x8 ou 30x8 são reservadas para soluções oleosas e para suspensões de penicilina, para facilitar a aplicação e não obstruir a agulha.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- a) Confirmar a prescrição.
- b) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- c) Preparar o material necessário.
- d) Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha de aspiração em forma asséptica.
- e) Aspirar o medicamento do frasco/ampola.
- f) Trocar de agulha.
- g) Orientar o usuário e colocá-lo em posição para a aplicação. Via e local da aplicação: IM - a região mais utilizada é a região glútea nos quadrantes súpero-externos da região glútea.
- h) Fazer antisepsia da pele em região com algodão umedecido em álcool antisséptico 70%.
- i) Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante, segurando a seringa entre o polegar e o dedo indicador da mão dominante.
- j) Puxar a pele firmemente para o lado ou para baixo com a parte lateral da mão esquerda (se for canhoto faça com a mão oposta). Ou com os dedos da mão espalmada, esticar firmemente a pele.
- k) Introduza a agulha mantendo sempre a pele esticada, segure a seringa com o polegar e o dedo indicador da mão esquerda.
- l) Puxe o êmbolo discretamente para trás e observe se há refluxo de sangue. Caso isso não ocorra, faça a aplicação.
- m) Aguardar aproximadamente 10 segundos antes de retirar a agulha, acionando o dispositivo de segurança imediatamente.
- n) O estiramento da pele somente cessará após retirada da agulha.
- o) Descartar a seringa e agulha na caixa de perfurocortante, se a agulha não tiver dispositivo de segurança, não recapar agulha.
- p) Orientar o usuário quanto ao retorno e outras informações.
- q) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- r) Registrar o procedimento no prontuário eletrônico.

6.2 Recomendações profissionais

- a) A técnica em Z é o método de aplicação é mais utilizada para os anticoncepcionais injetáveis, pois evita o refluxo do medicamento a formação de nódulos, e o escurecimento da pele.
- b) Não massagear o local após a aplicação.
- c) Essa técnica de aplicação para injeções IM é indicada quando medicações irritantes, como o ferro, podem infiltrar-se para tecidos subcutâneos e pele, inclusive manchando. Com a técnica em Z os planos superficiais (pele e tecido subcutâneo) voltam à posição original e o canal formado pela agulha assume um trajeto irregular (em Z), que impede o refluxo do produto (Prado, 2022).
- d) Para antisepsia das mãos utilizar o álcool em gel padronizado conforme POP.
- e) Considerar a validade do produto após aberto conforme informação do fabricante no frasco.
- f) Este produto deve ser armazenado longe das fontes de calor e ao abrigo do sol
- g) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- h) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção e transmissão de doenças
- Risco de administração incorreta do medicamento

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2014	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout e revisão Segurança do Paciente

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.079	
Título do Documento	079. VIA NASAL	Emissão:10/12/2024 Versão: 8	Próxima Revisão: 10/12/2026

1. OBJETIVO

Auxiliar no tratamento terapêutico.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Medicamento prescrito, gaze, luva de procedimento e bandeja.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Preparar o material necessário e medicação prescrita.
- Verificar os nove certos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Orientar usuário quanto ao procedimento.
- Calçar luva de procedimento se necessário.
- Posicionar o usuário inclinando a cabeça para trás.
- Aplicar a medicação prescrita.
- Manter a cabeça inclinada por 1 minuto.
- Reposicionar o usuário confortavelmente.
- Desprezar os resíduos em local próprio.
- Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.
- Retirar as luvas se utilizada.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Checar e registrar o procedimento realizado em prescrição e anotar intercorrências.
- Caso haja intercorrências comunicar enfermeiro e/ou médico.

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).

- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de administração incorreta do medicamento

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout e revisão Segurança do Paciente

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 080	
Título do Documento	080. VIA OCULAR	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Auxiliar no tratamento terapêutico.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Medicamento prescrito, gaze, luva de procedimento e bandeja.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#))
- Preparar o material necessário e medicação prescrita.
- Verificar os nove certos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Orientar usuário quanto ao procedimento.
- Calçar luva de procedimento se necessário.
- Posicionar o usuário inclinando a cabeça para trás.
- Solicitar que o mesmo olhe para cima e tracionar a pálpebra inferior para baixo.
- Instilar a medicação no canto interno do olho ou distribuir a pomada na extensão da pálpebra inferior, sem tocar o frasco ou bisnaga na conjuntiva do usuário.
- Reposicionar o usuário confortavelmente.
- Recolher o material e desprezar os resíduos em local próprio, mantendo o local limpo e organizado.
- Retirar as luvas se utilizado.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#))
- Checar e registrar o procedimento realizado em prescrição e anotar intercorrências;
- Caso haja intercorrências comunicar enfermeiro e/ou médico.

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).

- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de administração incorreta do medicamento

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 081	
Título do Documento	081. VIA ORAL	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Auxiliar no tratamento terapêutico.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Medicamento prescrito, luva de procedimento e bandeja.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Preparar o material necessário.
- Verificar os nove certos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Informar quanto ao procedimento.
- Posicionar o usuário sentado.
- Ofereça água em um copo.
- Orientar o usuário a ingerir os medicamentos um de cada vez ou em quantidades que ele possa deglutir com facilidade.
- Certificar se o usuário deglutiu os medicamentos.
- Desprezar os resíduos em local próprio.
- Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Checar e registrar o procedimento realizado em prescrição e anotar intercorrências.
- Caso haja intercorrências comunicar o enfermeiro ou o médico.

6.2 Recomendações profissionais

- Lactentes:
 - Levantar a cabeça do lactente.
 - Abrir a boca, empurrando o queixo para baixo.

- Colocar o conta-gotas ou seringa no canto da boca e lentamente derramar o medicamento.

b) Pré-escolares:

- Levantar a cabeça e ombros da criança.
- Colocar a seringa ou copinho na boca da criança e lentamente derramar o medicamento.

c) Escolares:

- Ensinar a criança a engolir o medicamento (quando pílula).
- Se não conseguir, triturar a pílula e misturar com um líquido.

EQUIVALÊNCIA DE MEDIDAS	
1 colher de sopa	15ml
1 colher de sobremesa	10ml
1 colher de chá	5ml
1 colher de café	3ml
1 medida	5ml
20 gotas	1ml

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de administração incorreta do medicamento

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 082	
Título do Documento	082. OTOLÓGICA (AURICULAR)	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Administração de medicação via otológica

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Medicamento prescrito, gaze, cuba rim, luva de procedimento e bandeja.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Preparar o material necessário.
- Verificar os nove certos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Orientar usuário quanto ao procedimento.
- Calçar as luvas se necessário.
- Posicionar o usuário em decúbito lateral.
- Tracionar o pavilhão auricular para cima.
- Administrar o medicamento.
- Reposicionar o usuário confortavelmente.
- Recolher o material e desprezar os resíduos em local próprio, mantendo o local limpo e organizado.
- Retirar as luvas se utilizada.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Checar e registrar o procedimento realizado em prescrição e anotar intercorrências;
- Caso haja intercorrências comunicar enfermeiro e/ou médico.

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).

- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de administração incorreta do medicamento

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 083	
Título do Documento	083. VIA RETAL	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Auxiliar no tratamento terapêutico.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Medicamento prescrito, gaze, luva de procedimento, biombo e bandeja.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Preparar o material necessário.
- Verificar os nove certos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Orientar o usuário quanto ao procedimento.
- Posicionar o usuário em decúbito lateral esquerdo.
- Calçar as luvas.
- Introduzir o medicamento via retal.
- Pedir para o usuário que retenha o medicamento por alguns minutos.
- Reposicionar o usuário confortavelmente.
- Desprezar os resíduos em local próprio.
- Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.
- Retirar as luvas.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Checar e registrar o procedimento realizado em prescrição e anotar intercorrências.
- Caso haja intercorrências comunicar enfermeiro e/ou médico.

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).

- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de administração incorreta do medicamento

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 084	
Título do Documento	084. VIA SONDA NASOGÁSTRICA/ENTERAL	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Auxiliar no tratamento terapêutico.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

ML: Mililitros

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Medicamento prescrito, seringa 20 ml, copo, água filtrada, bandeja.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Preparar a medicação a ser administrada.
- Verificar os nove certos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Orientar usuário quanto ao procedimento.
- Elevar a cabeceira da cama a 45°.
- Verificar o posicionamento da sonda.
- Administrar o medicamento, lavar a sonda com 20 ml de água e após a administração da medicação.
- Deixar a sonda fechada por 30 minutos após a administração da medicação.
- Desprezar os resíduos em local próprio.
- Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Checar e registrar o procedimento realizado em prescrição e anotar intercorrências.
- Caso haja intercorrências comunicar enfermeiro e/ou médico.

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).

- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de administração incorreta do medicamento

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 085	
Título do Documento	085. VIA SUBCUTÂNEA	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Auxiliar no tratamento terapêutico.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

ML: Mililitros

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Seringa de 01ml, agulha 13x 4,5, álcool antisséptico, algodão, medicação prescrita e bandeja.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Preparar o material necessário.
- Verificar os nove certos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Escolher local de aplicação (deltoide ou face externa do braço ou face externa da coxa ou parede abdominal ou região escapular).
- A medicação subcutânea deve ser feita longe de áreas vermelhas, cicatrizes, inflamações, hérnias, feridas cirúrgicas ou feridas de pele (escoriações).
- Expor o local de aplicação;
- Realizar a antisepsia do local com álcool antisséptico e algodão.
- Fazer uma prega no tecido subcutâneo.
- Perfurar a pele a um ângulo de 45° de entrada, com o bisel lateralizado.
- Aspirar suavemente o êmbolo com a mão livre e observar a presença de sangue. Caso haja, retirar a seringa com agulha e reiniciar o procedimento.
- Injetar o medicamento, empurrando o êmbolo, garantindo uma administração subcutânea.
- Retirar a seringa com agulha acionando o dispositivo de segurança
- Fazer leve pressão com algodão contra o local da aplicação (não massagear).

- n) Desprezar os resíduos em local próprio, se agulha não tiver dispositivo de segurança, não recapar
- o) Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.
- p) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- q) Checar e registrar o procedimento realizado em prescrição e anotar intercorrências;
- r) Caso haja intercorrências comunicar enfermeiro e/ou médico.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Na aplicação da heparina subcutânea, para evitar traumatismo do tecido, não é recomendado aspirar (puxar o êmbolo) antes de injetar a medicação.
- b) Realizar rodízio dos locais de aplicação (deltoide, face externa do braço, face externa da coxa, parede abdominal e região escapular).
- c) Sempre usar seringas e agulhas próprias para injeções subcutâneas.
- d) Aplicar injeção seguindo as instruções do laboratório e as orientações específicas de cada médico.
- e) Administrar um volume máximo entre 0,5 ml e 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamento).
- f) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- g) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de administração incorreta do medicamento

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 086	
Título do Documento	086. APLICAÇÃO DE INSULINA	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Manter os níveis glicêmicos controlados, reduzindo os riscos de complicações a longo prazo.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Profissional Médico e de Enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

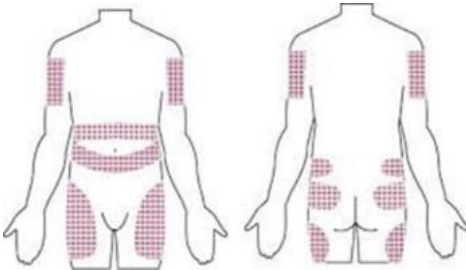
POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Seringa de insulina com agulha 6mm, algodão, frasco de insulina, álcool asséptico a 70%, bandeja.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

PASSOS	AÇÃO	
1º	Lavar as mãos (POP.ENFDAPS.002).	
2º	Preparar matéria: Frasco de Insulina, seringa agulhada, algodão, álcool antisséptico 70%.	
3º	Retirar o frasco de insulina da geladeira 15 minutos antes da aplicação (insulina gelada provoca dor).	
4º	Verificar prescrição.	
5º	Verificar os nove certos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).	
6º		Homogeneizar corretamente o frasco de Insulina Humana NPH.
7º		Movimentar o frasco vinte vezes: realizar movimentos suaves (Inter palmar, circular ou pêndulo). Não agitar!

8º		Higienizar a borracha do frasco de insulina com álcool antisséptico 70%, aguardar a secagem.
9º		Manter o protetor da agulha e aspirar a quantidade de ar até a graduação correspondente à dose de insulina prescrita.
10º		Retirar o protetor da agulha.
11º		Colocar o frasco de insulina em uma superfície plana e injetar o ar da seringa dentro dele.
12º		Posicionar o frasco de cabeça para baixo, sem retirar a agulha, e aspirar a insulina até a dose prescrita. (Se aparecerem bolhas de ar na seringa, dê pequenas batidas no local para eliminá-las).
13º		Empurrar suavemente o êmbolo e aspirar a quantidade de insulina que faltar. (As bolhas de ar, se não removidas, dificultam o preparo e causam erro na dose da insulina).
14º	 Escolha do local da aplicação É importante fazer rodízio dos	BRAÇOS – Região posterior externa do braço, três a quatro dedos* abaixo do ombro e três a quatro dedos* acima do cotovelo. NÁDEGAS – Região superior lateral externa da nádega. COXAS – Região anterior e lateral externa, três a quatro dedos* abaixo da virilha e três a quatro dedos* acima do joelho.

	locais de aplicação, para evitar problemas na pele	ABDOME – Regiões laterais direita e esquerda, distantes três dedos* do umbigo. * dedos da pessoa que usa insulina.
15º	O que CONSIDERAR :	- Número de aplicações/dia; - Preservar região que será mais utilizada em atividade física; - Presença de obstáculos (lesão, fístula, exames ou incisão cirúrgica); - Distância média de dois dedos entre os pontos de aplicação; - Intervalo para repetir o mesmo ponto de aplicação deve ser no mínimo de 14 dias;
		Gestante: 1º trimestre pode fazer normal; 2º trimestre fazer prega; 3º trimestre evitar a aplicação de insulina na região abdominal especialmente ao redor do umbigo realizar conforme orientado na foto;
16º	 Limpeza da pele	Na Unidade de Saúde fazer assepsia com algodão umedecido em álcool 70% e aguardar a secagem. No domicílio orientar limpeza da pele com água e sabão.
17º	 	Segurar a seringa com a mão dominante (direita se você for destro, esquerda se for canhoto) como se fosse um lápis. Atenção: a agulha deve estar em ângulo de 90º com a pele para adultos e ângulo de 45º para crianças e adolescentes. Não precisa aspirar antes de injetar a insulina.
18º		
19º		

20º		• Injetar a insulina pressionando delicada e lentamente o êmbolo até o final. • Contar até dez (impedindo assim a saída da insulina). • Retirar a agulha e acionar dispositivo de segurança • Pressionar o local com o algodão por alguns segundos. • Não fazer massagem no local após a aplicação, pois isso acelera o processo de absorção da insulina.
21º		
22º		
23º		
24º		
25º		
26º	Desprezar seringa em local apropriado, se agulha não tiver dispositivo de segurança (não reencapar).	
27º	Realizar registros necessários (prontuário eletrônico, checagem de prescrição).	
28º	Orientar usuário sobre cuidados com armazenamento da insulina.	
29º	Reforçar orientação sobre uso correto do glicosímetro.	
30º	Tirar dúvidas, orientar e realizar encaminhamentos para demais membros da equipe sempre que necessário (médico, nutricionista, educador físico, farmacêutico, técnico e auxiliar de enfermagem).	

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção; risco de lipodistrofia; risco de instabilidade glicêmica
- Risco de administração incorreta do medicamento

8. ANEXOS

[Anexo 2 – Orientação para domicílio – Uso individual](#)

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 087	
Título do Documento	087. APLICAÇÃO DE INSULINA NPH E REGULAR NA MESMA SERINGA	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Manter os níveis glicêmicos controlados, reduzindo os riscos de complicações a longo prazo.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Profissional Médico e de Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Seringa de insulina, algodão, frasco de insulina NPH, frasco de insulina Regular, álcool 70%, bandeja.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

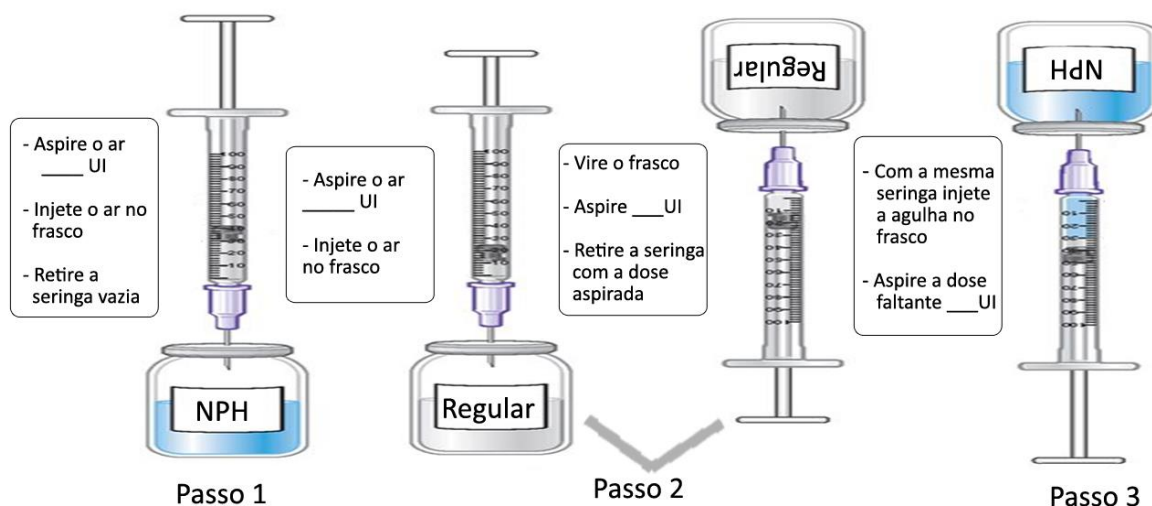
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Preparar material: Frascos de Insulina, seringa agulhada, algodão, álcool antisséptico 70%.
- Retirar o frasco de insulina da geladeira 15 minutos antes da aplicação (insulina gelada provoca dor)
- Verificar prescrição.
- Verificar os nove certos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Passo 1:**
 - Homogeneizar a insulina NPH, rolar delicadamente o frasco de insulina 20 vezes entre as mãos para obter aspecto branco e leitoso.
 - Desinfetar a membrana de borracha com álcool antisséptico 70% e aguardar secagem.
 - Aspirar ar até a graduação correspondente à dose de insulina NPH prescrita.
 - Injetar o ar no frasco de insulina NPH e retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH, reservar.

g) Passo 2:

5. Aspirar com a seringa um volume de ar igual à dose de solução de insulina Regular (transparente) a ser injetada.
6. Injetar o ar dentro do frasco-ampola de solução de Insulina Regular (transparente).
7. Virar o frasco-ampola juntamente com a seringa de cabeça para baixo e aspirar a dose correta de solução de insulina para a seringa.
8. Expulsar todo o ar para fora da seringa e verificar se a dose está correta.

h) **Passo 3:**

9. Introduzir a agulha da seringa que contém a insulina Regular no frasco-ampola de suspensão de insulina NPH (leitosa).
10. Virar o frasco-ampola juntamente com a seringa de cabeça para baixo e aspirar a dose correta de suspensão de insulina para a seringa.
11. Expulsar todo o ar para fora da seringa e verificar se a dose está correta.
12. Injetar a mistura imediatamente.
13. Misturar sempre a solução de insulina Regular (transparente) e a suspensão de insulina NPH (leitosa) na mesma sequência
 - A ordem da aspiração é muito importante!
 - O objetivo é diminuir a possibilidade de entrada de insulina NPH no frasco de insulina Regular, alterando a capacidade de ação rápida desta insulina em outra aplicação.
14. Remover a agulha do frasco, protegendo-a até o momento da aplicação.
15. Se após aspirar as duas insulinas houver bolhas ou a dose aspirada for maior que a soma das doses prescritas, o excesso não deve ser devolvido aos frascos.
16. Descartar a seringa com a insulina e reiniciar o procedimento com uma nova seringa.



Importante: O total de insulina na seringa deve corresponder à soma das doses das 2 insulinas.

Escolher o local de aplicação

17. **BRAÇOS** – região posterior externa do braço, três a quatro dedos, abaixo do ombro e três a quatro dedos acima do cotovelo.
18. **NÁDEGAS** – Região superior lateral externa da nádega.
19. **COXAS** – Região anterior e lateral externa, três a quatro dedos abaixo da virilha e três a quatro dedos acima do joelho.

20. ABDOME – Regiões laterais direita e esquerda, distantes três dedos do umbigo.

Precaução

22. Evitar a aplicação de insulina na região abdominal especialmente ao redor do umbigo no último trimestre de gestação.

23. A medida dos dedos deve ser da pessoa que usa a insulina.

24. Realizar o rodízio nos locais de aplicação de insulina para prevenir a lipodistrofia e consequentemente o descontrole glicêmico.

25. O ideal é aguardar de 20 a 30 dias para aplicar no mesmo ponto.

26. A distância entre dois pontos de aplicação deve ser de 3cm (dois dedos)

Técnica

28. Segurar a seringa com a mão dominante (direita se você for destro, esquerda se for canhoto) como se fosse um lápis.

29. Introduzir a agulha com um movimento firme e rápido.

Atenção: A agulha deve entrar em ângulo de 90° em relação à pele.

- **Não precisa aspirar antes de injetar a insulina.**

30. Injetar a insulina pressionando delicada e lentamente o êmbolo até o final.

31. Contar até dez (impedindo assim a saída da insulina).

32. Retirar a agulha e acionar o dispositivo de segurança.

33. Pressionar o local com o algodão por alguns segundos.

- Não faça massagem no local após a aplicação, pois isso acelera o processo de absorção da insulina.

34. Desprezar seringa em local apropriado, se a agulha não tiver dispositivo de segurança (não recapar)

35. Realizar registros necessários (prontuário eletrônico, checagem de prescrição).

36. Orientar usuário sobre cuidados com armazenamento da insulina.

37. Reforçar orientações sobre uso correto do glicosímetro.

38. Tirar dúvidas, orientar e realizar encaminhamentos para demais membros da equipe sempre que necessário (médico, nutricionista, educador físico, farmacêutico, técnico de enfermagem, odontologia).

6.3 Recomendações profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução](#).
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção; risco de lipodistrofia; risco de instabilidade glicêmica
- Risco de administração incorreta do medicamento

8. ANEXOS

[Anexo 3 - Orientações para Domicílio – Uso Combinado](#)

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 088	
Título do Documento	088. APLICAÇÃO DE INSULINA NPH - CANETA	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Manter os níveis glicêmicos controlados, reduzindo os riscos de complicações a longo prazo.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Profissional Médico e de Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

US: Unidade de Saúde

MM: milímetros

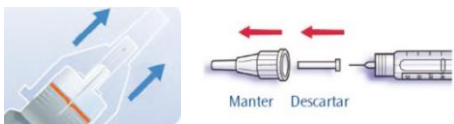
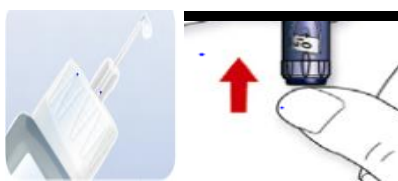
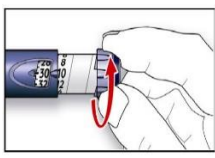
5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Caneta de insulina descartável, agulha 4mm, algodão, álcool a 70%.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

PASSOS	AÇÃO	
1º	Retirar a caneta de insulina da geladeira 15 minutos antes da aplicação (insulina gelada provoca dor).	
2º	Verificar prescrição.	
3º	Verificar os nove certos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).	
4º		Lavar as mãos (POP.ENFDAPS.002).
5º	Preparar material: - Caneta de Insulina preenchida, - Algodão, - Álcool 70%,	

		- Agulha 4mm
6º		A caneta é de uso individual, devendo ser trocada agulha/dia. Retire o lacre protetor da agulha. Alinhe a agulha com a caneta ainda com sua tampa protetora, mantenha-a em linha reta até que se consiga fixá-la (rosqueie a agulha).
7º		Homogeneizar corretamente a caneta de Insulina Humana NPH. Movimentar a caneta vinte vezes: realizar movimentos suaves (interpalmar, circular ou pêndulo). Não agitar!
8º		Retire as tampas protetoras antes da aplicação (tampa maior (transparente) e a tampa menor (verde)).
9º		Fazer teste de segurança: Selecionar a dose de 2 unidades girando o seletor de dosagem. Segurar a caneta com a agulha apontando para cima. Pressionar o botão da injeção todo para dentro. Verifique se a insulina sai da ponta da agulha
10º		Selecionar dosagem prescrita Você pode selecionar as dosagens de 1 em 1 unidade, sendo o mínimo 1 unidade e o máximo 80 unidades. Se você precisar de uma dosagem superior a 80,

		será necessário aplicar duas ou mais injeções. Caso ajuste uma dose maior que a necessária, você poderá retornar à dosagem correta, movimentando o seletor de dosagem.
11º		Escolher local de aplicação e realizar assepsia de pele. Aplicar via subcutânea no Ângulo de 90º (POP.ENFDAPS.085) Não precisa fazer prega
12º		Mantenha a agulha na pele, segurando o botão da caneta pressionado contando lentamente até 10 antes de retirar a agulha da pele. Isto garantirá que toda a dosagem seja aplicada. Recoloque a tampa para proteger e reduzir o risco de se machucar acidentalmente com a agulha.
13º		Descarte da agulha. Descarte a agulha na caixa de perfurocortante Em domicílio orientar descarte em embalagem rígida (Ex.: garrafa PET, caixa de leite). Leve até US para descarte seguro.

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução](#).
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção; risco de lipodistrofia; risco de instabilidade glicêmica
- Risco de administração incorreta do medicamento

8. ANEXOS

[Anexo 10 – Orientação aplicação da insulina em caneta descartável](#)

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 089	
Título do Documento	089. VIA SUBLINGUAL	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Auxiliar no tratamento terapêutico.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Medicamento prescrito, luva de procedimento e bandeja.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar o medicamento.
- Verificar os nove certos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Conferir o rótulo da medicação prescrita, imediatamente antes de fornecer ao usuário.
- Informar o usuário ou familiar quanto ao procedimento,
- Orientar o usuário como proceder ao receber o medicamento: não deglutir, não falar e não comer durante 5 minutos.
- Administrar o medicamento, colocando-o em baixo da língua
- Desprezar os resíduos em local próprio.
- Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Checar a prescrição no sistema e anotar intercorrências;
- Caso haja intercorrências comunicar enfermeiro e/ou médico.

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).

- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de administração incorreta do medicamento

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 090	
Título do Documento	090. VIA TÓPICA	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Auxiliar no tratamento terapêutico.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Medicamento prescrito, luva de procedimento e bandeja.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar o medicamento.
- Verificar os nove certos (usuário ciente, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Conferir o rótulo da medicação prescrita, imediatamente antes de utilizá-la.
- Informar o usuário ou familiar quanto ao procedimento.
- Calçar as luvas.
- Posicionar o usuário expondo a área a ser medicada.
- Aplicar o medicamento com o auxílio de espátula ou gaze.
- Reposicionar a usuário confortavelmente.
- Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.
- Retirar as luvas.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Checar em prescrição e anotar intercorrências.
- Caso haja intercorrências comunicar enfermeiro e/ou médico.

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).

- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de administração incorreta do medicamento

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.091	
Título do Documento	091. VIA VAGINAL	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Auxiliar no tratamento terapêutico.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Avental, medicamento prescrito, luva de procedimento e bandeja, biombo se necessário.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar o medicamento.
- Verificar os nove certos (usuário, medicação, dose, via, horário, orientação, forma, resposta e registro).
- Conferir o rótulo da medicação prescrita, imediatamente antes de utilizá-la.
- Informar o usuário ou familiar quanto ao procedimento.
- Isolar o leito com biombo, se necessário.
- Posicionar em decúbito dorsal com as pernas afastadas, mantendo-as cobertas até o início do procedimento.
- Calçar as luvas.
- Realizar higiene íntima.
- Expor a área perineal e abrir os pequenos lábios com a mão não dominante, expondo o orifício vaginal.
- Introduzir em movimentos rotatórios o tubo aplicador no orifício e pressionar seu êmbolo.
- Desprezar os resíduos em local próprio.
- Reposicionar a usuário confortavelmente.
- Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.
- Retirar as luvas.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Checar em prescrição e anotar intercorrências.

r) Caso haja intercorrências comunicar enfermeiro e/ou médico.

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução](#).
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de administração incorreta do medicamento

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 092	
Título do Documento	092. ESPAÇADOR – COMO USAR	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Garantir que a dose exata do medicamento chegue aos pulmões da criança, pois elas não conseguem coordenar a respiração durante o uso dos medicamentos inalatórios.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Médico/ Farmacêutico/ Usuário x familiar/cuidador

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Espaçador e bombinha

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Apresentar-se ao usuário.
- Orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado.
- Orientar o usuário a ficar sentado ou de pé e posicionar a cabeça ligeiramente inclinada para cima para que o pó inalado possa ir diretamente para as vias respiratórias e não fique acumulado no céu da boca, na garganta ou na língua.

Uso em crianças acima de 2 anos

- Colocar a válvula no espaçador.
- Agitar a bombinha vigorosamente, com o bocal para baixo, por 6 a 8 vezes.
- Encaixar a bombinha no espaçador.
- Pedir para a criança para soltar o ar dos pulmões.
- Colocar o espaçador na boca, entre os dentes da criança e peça para fechar os lábios.
- Disparar a bombinha em spray e esperar que a criança respire pela boca (pelo espaçador) de 6 a 8 vezes de forma lenta e profunda. Tapar o nariz pode ajudar a criança a não respirar pelo nariz.
- Retire o espaçador da boca.
- Lavar a boca e os dentes e depois cuspir a água.

- Se for necessário usar a bombinha 2 vezes seguida, espere cerca de 30 segundos e então repita os passos começando pelo passo 4.

Spray com espaçador em crianças pequenas

- Colocar a criança sentada ou no colo, com a cabeça mais em pé.
- Agitar o spray vigorosamente, retire a tampinha e acople o espaçador ao bocal do spray.
- Adaptar bem a máscara à face da criança, cobrindo nariz e boca ou apenas a boca conforme a orientação do médico. Peça-a que abra a boca. A máscara deve ser adequada para o tamanho da criança, para evitar escapes.
- Acionar o spray.
- Com a máscara bem aderida ao rosto, aguarde que a criança respire naturalmente por 6 vezes seguidas.
- Retirar a máscara do rosto e em seguida limpe a face e os lábios da criança, com água.

Uso em bebês e crianças até 2 anos

(Uso de espaçadores que possuem forma de nebulizador, envolvendo o nariz e a boca).

- Colocar a máscara no bocal do espaçador.
- Agitar a bombinha com vigor, com o bucal para baixo, durante alguns segundos
- Encaixar a bombinha no espaçador.
- Sente-se e coloque o bebê numa de suas pernas.
- Coloque a máscara no rosto do bebê, cobrindo nariz e boca.
- Dispare a bombinha em spray 1 vez e espere o bebê inspirar por cerca de 5 a 10 vezes através da máscara.
- Retire a máscara do rosto do bebê.
- Limpar a boca do bebê com uma fralda limpa molhada somente com água;
- Lavar a máscara e o espaçador somente com água e sabão neutro, deixando secar naturalmente, sem passar toalha ou pano de prato.
- Se for necessário usar a bombinha mais uma vez, comece pelo passo 2.

f) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).

g) Fazer as anotações de enfermagem em prontuário eletrônico

6.2 Recomendações profissionais

- a) A membrana que vem junto ao bocal do espaçador é uma válvula que se desloca quando a criança respira através do espaçador. Durante a inspiração, ela permite que a medicação seja inalada. Mas, durante a expiração, ela impede que o ar exalado pela criança entre no espaçador e dilua a medicação. Portanto, não jogue a válvula fora.
- b) No Anexo 9 consta a Normatização para o Fornecimento de Espaçador (CRM): Termo de recebimento e Orientações para domicílio sobre uso e limpeza (do espaçador e máscara).
- c) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução](#).
- d) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de administração incorreta do medicamento.

8. ANEXOS

[Anexo 9 - Normatização sobre Fornecimento de Espaçador](#)

9. REFERÊNCIAS

Aerolin® spray. **Modelo de texto de bula profissional de saúde.** Disponível em: <<https://br.gsk.com/media/6247/aerolin-spray.pdf>>. Acesso em: 14/09/2022.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **PRÁTICAS SEGURAS PARA PREVENÇÃO DE ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.** Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz_12-ggtes_web.pdf>. Acesso em: 14/09/2022.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. **Orientações sobre a Colocação e Retirada dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's).** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf>. Acesso em: 17/09/2022.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Uso seguro de medicamentos: Guia para preparo, administração e monitoramento.** São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/uso-seguro-medicamentos.pdf>>. Acesso em: 14/09/2022.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBSEH. **Segurança na Prescrição, Dispensação e Administração de Medicamentos.2020.** Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/protocolos-assistenciais/prt-ufc-001-seguranca-na-prescricao-dispensacao-e-administracao-de-medicamentos.pdf>>. Acesso em: 13/09/2022.

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

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

Prefeitura Municipal de Campinas. **ORIENTAÇÕES DE PREPARO PRÉVIO PARA COLETA DE SECREÇÃO VAGINAL.** São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://www.campinas.sp.gov.br/sa/impessos/adm/FO1219.pdf>>. Acesso em: 14/09/2022.

Secretaria do Estado da Saúde - RGS. **Orientações Para Coleta E Transporte De Secreção Respiratória** – 2020. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202002/04110353-2020-orientacoescoleta-amostra-coronavirus-janeiro.pdf>>. Acesso em: 10/09/2022.

Secretaria do Estado da Saúde - SESA – Paraná. **Passo a Passo Coleta de Swab.** Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=FlwLWmrPiD8&feature=youtu.be>>. Acesso em: 10/09/2022.

Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para vacinação. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-de-normas-e-procedimentos-para-vacinacao.pdf> Acesso em: 29/07/2024.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 093	
Título do Documento	093. AMAMENTAÇÃO COMO ALÍVIO DA DOR DURANTE ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS EM CRIANÇAS	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 4	

1. OBJETIVO

Administrar vacinas e medicamentos injetáveis em crianças, considerando amamentação como método não farmacológico de alívio à dor.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Água, sabão, bandeja, algodão, álcool a 70%, seringa e agulha apropriadas para a administração do injetável e o fármaco.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Higienize as mãos, conforme orientação;
- Confira o imunobiológico ou medicamento a ser administrado, bem como o usuário que irá recebê-lo, conforme os 11 certos;
- Prepare a vacina ou medicamento conforme a sua apresentação.
- Com a mãe sentada, oriente que amamente a criança, mantendo-a em seu colo com o tronco elevado;



Fonte: Hospital Pequeno, 2023.

- Ajude a mãe no manejo da pega e posição na mamada, deixando o bebê sugar o seio materno minutos antes de iniciar o procedimento;

- f) Oriente que a mãe segure a criança delicadamente, para evitar movimentos bruscos. Deixe o bebê sugar no seio da mãe durante o procedimento;
- g) Realize a limpeza da pele com algodão seco;
- h) Com o profissional sentado, na mesma altura que a mãe, identifique o local adequado para aplicação de acordo com a idade/imunobiológico ou medicamento;
- i) Administre o imunobiológico lentamente ou medicamento conforme indicação;
- j) Retire a agulha em movimento único e firme;
- k) Faça leve compressão no local com algodão seco;
- l) Deixe o bebê mamar no seio da mãe por mais alguns minutos após;
- m) Despreze a seringa e a agulha utilizadas na caixa de perfurocortante;
- n) Higienize as mãos conforme orientação;
- o) Observe a ocorrência de eventos adversos pós-vacinação ou medicação.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de acidente por perfurocortante

8. REFERÊNCIAS

Brasil, Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 39/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/10/Nota-Tecnica-39_2021-COCAM-e-CGPNI-Amamentacao-e-alivio-da-dor-1.pdf

Hospital Pequeno Príncipe - Mamanalgia: amamentação durante ou após vacina reduz desconforto, 2023. Disponível em: <https://pequenoprincipe.org.br/noticia/mamanalgia-amamentacao-durante-ou-apos-vacina-reduz-desconforto/>. Acesso em: 01 ago. 2024.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2021	Elaboração do documento
2	2022	Revisão e atualização
3	2023	Revisão e atualização
4	2024	Atualização do layout

CAPÍTULO 2: ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 094	
Título do Documento	094. ASPIRAÇÃO NASOGÁSTRICA	Emissão: 07/03/2025	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 9	

1. OBJETIVO

Retirar secreções das vias aéreas superiores, promovendo a permeabilidade das mesmas, prevenir e auxiliar no tratamento das infecções respiratórias.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem* e Fisioterapia.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

EPI: Equipamento de proteção individual

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Aspirador cirúrgico (frasco, látex) portátil, sonda estéril, gazes, seringa, ampola de solução de fisiológica 0,9%, ressuscitador manual (ambu®); compressa estéril, EPIs (luva de procedimento, óculos, máscara e avental).

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Preparar o material.
- Explicar ao usuário / familiar o procedimento.
- Colocar os EPIs.
- Inserir o cateter através na cavidade nasal e oral delicadamente sem aspirar.
- Aplicar a sucção por 2 a 3 segundos em cada etapa da técnica.
- Retirar a sonda lentamente com movimentos em espiral.
- Repetir a técnica se necessário.
- Desconectar a sonda desprezando-a em local próprio.
- Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.
- Desprezar os resíduos em local próprio.
- Fazer desinfecção do aspirador e conexões conforme [POP.ENFDAPS.032](#).
- Retirar as luvas e lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Checar e registrar o procedimento realizado em prescrição e anotar intercorrências (aspecto, quantidade e coloração).
- Caso haja intercorrências comunicar enfermeiro e/ou médico.

6.2 Recomendações profissionais

- a) A frequência da aspiração é determinada pelo acúmulo de secreções sendo dependente da avaliação do profissional de saúde a partir da identificação de alterações no padrão respiratório.
- b) Pacientes graves/instáveis, no âmbito da enfermagem, devem ser aspirados pelo enfermeiro.
- c) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução](#).
- d) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

** Os usuários atendidos, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, deverão ser aspirados pelo profissional **Enfermeiro**, exceto em situação de emergência, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Código de Ética do Profissional de Enfermagem – CEPE.*

*Os usuários considerados não graves, bem como os usuários crônicos em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva, poderão ter esse procedimento realizado por **Técnico de Enfermagem**, desde que avaliado e prescrito pelo **Enfermeiro**, como parte integrante do Processo de Enfermagem.*

Em caso de aspiração pelo Técnico de Enfermagem, orienta-se monitorar os sinais vitais e saturação durante o procedimento e comunicar imediatamente o Enfermeiro se:

- *Alterações da frequência cardíaca de 20 batimentos por minuto para mais ou menos;*
- *Saturação de oxigênio menor que 90%;*
- *Dúvidas ou intercorrências.*

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de contaminação

8. REFERÊNCIAS:

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 557/2017. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html - Acesso em 21/09/2022

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout
9	2025	Incluídos: referência e observação referente a Res. COFEN 557/2027

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.095	
Título do Documento	095. ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES VIA TRAQUEOSTOMIA	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Aspirar secreções das vias aéreas, promovendo a permeabilidade das mesmas, prevenir e auxiliar no tratamento das infecções respiratórias.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem* e Fisioterapia.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

EPI: Equipamento de proteção individual

MmHg: milímetros de mercúrio

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Bandeja, luvas estéreis, cateter de aspiração, látex estéril, aspirador cirúrgico, cuba rim, gaze estéril, seringa, solução fisiológica, máscara, avental.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Ler a prescrição do usuário.
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Preparar o material sem contaminar os conteúdos, colocando soro fisiológico na cuba rim e uma certa quantidade de água no vidro de aspiração e conecte-o)
- Apresentar-se ao usuário e/ou acompanhante;
- Checar dados de identificação e orientar o usuário /familiar sobre o procedimento a ser realizado.
- Promover a privacidade do usuário utilizando o biombo se necessário.
- Posicionar adequadamente o usuário para o procedimento com cabeceira da cama 30° a 45°; a menos que seja contraindicado.
- Colocar EPIs: gorro, máscara cirúrgica descartável, óculos de proteção e avental;
- Instalar oxímetro de pulso.
- Proteger com papel toalha a região do tórax para proteção do tórax em relação a secreção.

- l) Calçar luvas estéril.
- m) Realizar aspiração das vias aéreas.
- n) Considerar contaminada a mão não dominante, com esta mão conecte o látex ao aspirador e o látex à sonda de aspiração.
- o) Abrir a válvula do aspirador e manter a pressão entre 80 e 120mmHg.
- p) Com a mão dominante (estéril) insira o cateter clampado no orifício da traqueostomia cerca de 10 a 12cm, ou até que perceba resistência, ou ainda o usuário tossir (neste momento recuar 1cm).
- q) Desclampar o cateter e retirar executando movimentos circulares.
- r) Enxaguar as secreções do cateter, inserindo a extremidade na cuba de solução fisiológica.
- s) Limpar a sonda externamente com gaze estéril se necessário.
- t) Executar a aspiração, intermitentemente, por abertura e fechamento do vácuo existente na sonda, não excedendo mais de 15 segundos de aspiração, observando sinais de dificuldade respiratória e hipóxia.
- u) Lavar a sonda e a extensão do aspirador após o procedimento com solução fisiológica até limpar.
- v) Fechar a fonte de vácuo.
- w) Retirar a sonda do sistema de aspiração, deixando a extremidade do sistema protegido, pode ser com a embalagem da sonda de aspiração.
- x) Realizar limpeza de secreções, caso existam, ao redor do orifício da traqueostomia com gaze estéril ([POP.ENFDAPS.095](#)).
- y) Descartar o material utilizado e retirar luvas, desprezando-os em sacos de resíduos contaminados (saco branco).
- z) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- aa) Deixar usuário confortável e ambiente em ordem.
- bb) Realizar as anotações necessárias (incluindo a descrição do aspecto, características, coloração, quantidade e possíveis intercorrências), em prontuário eletrônico.

6.2 Recomendações profissionais

a) Cuidados Especiais

- A frequência da aspiração é determinada pelo acúmulo de secreções sendo dependente da avaliação do profissional de saúde a partir da identificação de alterações no padrão respiratório.
- Pacientes graves/instáveis, no âmbito da enfermagem, devem ser aspirados pelo enfermeiro.
- O calibre da sonda é definido de acordo como calibre do tubo oro traqueal, a sonda deve ter a metade do diâmetro interno da traqueostomia. Para usuário adulto indica-se os cateteres de nº 12 a 14 e para crianças cateteres de nº 8 a 10, conforme diâmetro do tubo oro traqueal. O tamanho correto do cateter minimiza a chance de criar uma pressão negativa, o que pode levar atelectasia.
- Para lactente ou criança traqueostomizada, deve-se posicionar em decúbito dorsal com o pescoço levemente estendido, o que permite que a sonda de aspiração siga mais facilmente a curvatura natural da traqueia.
- A sonda deve ser inserida para aspiração durante a inspiração do usuário, sempre que possível.

- Desligar a dieta enteral 5 minutos antes de iniciar o procedimento, caso o usuário esteja em terapia nutricional.
 - Orientar/realizar higiene oral.
 - O sistema de aspiração precisa ser conectado a uma fonte de vácuo em rede ou aspirador portátil de secreções para o seu funcionamento. Quando não estiver em uso deve ter sua extremidade protegida.
 - O frasco de vidro de aspiração deve ser esvaziado sempre que atingir cerca de dois terços de sua capacidade, substituindo-o por um outro frasco, ou providenciar limpeza e desinfecção.
 - Atenção especial para a pressão adequada do vacuômetro entre 80 e 120 mmHg. Para crianças recomenda-se que a calibração do aparelho de aspiração ou manômetro esteja ajustada entre 80 a 100 mmHg, pois uma pressão excessiva pode causar mudança na pressão negativa para os pulmões e promover um pneumotórax.
 - Não é recomendada a instilação rotineira de soro fisiológico a 0,9% na traqueia para fluidificar as secreções, exceto após avaliação da real necessidade do usuário. Esse procedimento provoca hipoxemia, além de infecções, podendo prejudicar o bem estar do usuário.
 - Realizar a ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliar os ruídos adventícios (roncos).
 - Manter a bolsa ventilatória manual (Ambu®) caso o usuário apresente desconforto respiratório e permanência da hipóxia entre as aspirações.
 - Monitorar os sinais vitais e a saturação de O₂ durante o procedimento de aspiração, atentando para alterações da frequência cardíaca de 20 batimentos por minuto para mais ou menos e a saturação de oxigênio menor que 90%.
- b) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#)
- c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

** Os usuários atendidos, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, deverão ser aspirados pelo profissional **Enfermeiro**, exceto em situação de emergência, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Código de Ética do Profissional de Enfermagem – CEPE.*

*Os usuários considerados não graves, bem como os usuários crônicos em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva, poderão ter esse procedimento realizado por **Técnico de Enfermagem**, desde que avaliado e prescrito pelo **Enfermeiro**, como parte integrante do Processo de Enfermagem.*

Em caso de aspiração pelo Técnico de Enfermagem, orienta-se monitorar os sinais vitais e saturação durante o procedimento e comunicar imediatamente o Enfermeiro se:

- Alterações da frequência cardíaca de 20 batimentos por minuto para mais ou menos;
- Saturação de oxigênio menor que 90%;
- Dúvidas ou intercorrências.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção; Risco de instabilidade na SpO2.

8. REFERÊNCIAS:

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 557/2017. Brasília, 2017. Disponível em:
http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html - Acesso em 21/09/2022

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.096	
Título do Documento	096. ATENDIMENTO PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA - ADULTO	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Recuperação da função cardiorrespiratória.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS:

Equipe de Saúde

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Bolsa de emergência, ressuscitador manual (ambu®), medicações de emergência, fonte de oxigênio, frasco de aspiração conectado à rede, seringa de 20ml, oxímetro de pulso, material para Intubação.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Médico Enfermeiro, Técnico em Enfermagem	Checar irresponsividade.
2º		Chamar ajuda – médico e equipe de enfermagem.
3º		Posicionar bolsa de emergência.
4º		Manter o usuário em superfície rígida.
5º		Solicitar ajuda da equipe para contato com o SAMU;
6º	Médico, Enfermeiro, Técnico em	Checar pulso, num intervalo de 5 a 10 segundos.
7º		Expor o tórax.
8º		Iniciar compressões torácicas, com a região da palma da mão, linha dos mamilos (terço médio do esterno).

9º	Enfermagem	<u>Ciclo adulto:</u> 30 compressões com 2 ventilações (ambu®). Profundidade: 5 centímetros ou 2 polegadas. Ao término das 30 compressões realizar 2 ventilações de 1 segundo cada e intervalo de 5 segundos. Realizar 5 ciclos ou 2 minutos para reavaliar o ritmo cardíaco. Após, intermitente.
10º	Enfermeiro, Técnico em Enfermagem	Puncionar acesso venoso calibroso.
11º		Preparar material para Intubação.
12º	Médico	Realizar a Intubação endotraqueal.
13º	Enfermeiro, Técnico em Enfermagem*	Realizar aspiração de vias aéreas se necessário.
14º	Médico	Solicitar a administração de medicamentos de emergência. Realizar registros e prescrição de medicamentos (após estabilização).
15º		Checar pulso carotídeo/femoral e Oximetria.
16º	Enfermeiro, Técnico em Enfermagem	Administrar medicamentos conforme solicitação durante o procedimento de emergência
17º		Manter usuário ventilado até a chegada do SAMU/ transferência.
18º		Realizar registros de enfermagem.
19º		Organizar a transferência do paciente.
20º		Manter local limpo e organizado e repor materiais utilizados com registros necessários.

6.2 Recomendações profissionais

- Se não houver possibilidade de ventilação com auxílio deambu®, fazer compressões com a frequência mínima de 100 por minuto.
- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

* Os usuários atendidos, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, deverão ser aspirados pelo profissional **Enfermeiro**, exceto em situação de emergência, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Código de

*Ética do Profissional de Enfermagem – CEPE. Os usuários considerados **não graves**, bem como os **usuários crônicos em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva**, poderão ter esse procedimento realizado por **Técnico de Enfermagem**, desde **que avaliado e prescrito pelo Enfermeiro**, como parte integrante do Processo de Enfermagem.*

Em caso de aspiração pelo Técnico de Enfermagem, orienta-se monitorar os sinais vitais e saturação durante o procedimento e comunicar imediatamente o Enfermeiro se:

- Alterações da frequência cardíaca de 20 batimentos por minuto para mais ou menos;*
- Saturação de oxigênio menor que 90%;*
- dúvidas ou intercorrências.*

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de assistência inadequada.

8. REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 557/2017. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html - Acesso em 21/09/2022

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.097	
Título do Documento	097. ATENDIMENTO PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA - PEDIÁTRICO	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Recuperação da função cardiorrespiratória.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS:

Equipe de Saúde

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Bolsa de emergência, ressuscitador manual (ambu®), medicações de emergência, fonte de oxigênio, frasco de aspiração conectado à rede, seringa de 20ml, oxímetro de pulso, material para Intubação.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Médico, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem	Checar irresponsividade.
2º		Chamar ajuda – médico e equipe de enfermagem.
3º		Posicionar bolsa de emergência.
4º		Manter o usuário em superfície rígida.
5º		Solicitar ajuda da equipe para contato com o SAMU;
6º	Médico, Enfermeiro	<u>Vias Aéreas</u> Avaliar imediatamente o nível de consciência e padrão respiratório.
7º		Colocar a criança em posição supina sobre uma superfície firme.
8º		Inclinar a cabeça com suavidade elevando o mento (queixo) para manter as vias aéreas livres*, cuidando para não hiperestender excessivamente o pescoço.

9º		Colocar um coxim pequeno sob a nuca ou ombro da criança, mantendo a cabeça em posição adequada e permitindo melhor perviabilidade das vias aéreas.
10º	Médico, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem	<u>Respiração Artificial (ambu®)</u> Iniciar a ventilação pulmonar imediatamente após a criança estar adequadamente posicionada, caso não tenha ocorrido retorno espontâneo.
11º		Adaptar a máscara de tamanho adequado à face da criança, envolvendo a boca e o nariz.
12º		Conectar o ressuscitador manual no cilindro de oxigênio, com fluxo entre 10 a 15 litros/minuto.
13º		Iniciar a ventilação com 2 ventilações profundas (1 a 1,5 segundo/ respiração) para expandir áreas pulmonares colapsadas.
14º		Aplicar a frequência ventilatória de aproximadamente 20 ventilações/ minuto.
15º		Ventilar suavemente, evitando altos fluxos de oxigênio e ventilações muito rápidas (para vencer a alta resistência devido ao calibre reduzido das vias aéreas da criança).
16º	Médico, Enfermeiro	Avaliar visualmente a movimentação do tórax da criança ou através de ausculta de ápices pulmonares.
17º	Médico, Enfermeiro	Atentar para obstrução das vias aéreas por posicionamento incorreto da cabeça da criança ou devido a presença de corpo estranho.
18º		<u>A. Compressão Torácica</u> Checar pulso ** - Crianças menores de 1 ano: artéria braquial e femoral. - Crianças maiores de 1 ano: artéria braquial, femoral e carótida.
19º		Expor o tórax.
20º		Iniciar as compressões torácicas imediatamente após checar a ausência de pulso central conforme a idade da criança: <u>Recém-nascidos</u> • Comprimir o esterno imediatamente abaixo da intersecção da linha intermamilar e esternal. • Envolver o tórax do recém-nascido com as mãos, colocando os polegares sobre o esterno e os outros dedos sobre a coluna. • Aplicar a frequência de aproximadamente 120 compressões/minuto. • Coordenar a compressão torácica com a respiração: a cada 3 compressões torácicas aplica-se uma ventilação pulmonar.

		<u>Crianças de 1 mês a 1 ano</u> • Comprimir o esterno a um dedo abaixo da intersecção da linha intermamilar com a linha esternal. (A compressão do apêndice xifoide é prejudicial). • Executar a compressão com dois ou três dedos de uma das mãos, a outra mão pode servir de suporte abaixo das costas da criança. • Aplicar a frequência de aproximadamente 100 compressões/minuto. • Coordenar a compressão torácica com a respiração: a cada 5 compressões torácicas aplica-se uma ventilação pulmonar. <u>Crianças de 1 a 8 anos</u> • Comprimir o esterno dois dedos acima do apêndice xifoide. • Executar a compressão com a região tenar da mão dominante (porção muscular na palma da mão, logo abaixo do polegar), sem colocar os dedos sobre as costelas. • Posicionar-se acima da criança e manter os seus braços esticados durante a compressão. • Aplicar a frequência de aproximadamente 100 compressões/minuto. • Coordenar a compressão torácica com a respiração: a cada 5 compressões torácicas aplica-se uma ventilação pulmonar. <u>Crianças maiores de 8 anos</u> • Utilizar a mesma técnica do adulto: comprimir o esterno linha dos mamilos (terço médio do esterno). • Executar a compressão com a região da tenar da mão, colocando uma mão sobre a outra.
21º	Médico Enfermeiro	Atentar para não alterar a posição do pescoço e da cabeça durante a compressão torácica, impedindo a permeabilidade das vias aéreas (na ausência de intubação).
22º	Médico Enfermeiro	Avaliar continuamente a eficácia das manobras (a cada 5 ciclos ou 2 minutos).
23º 24º	Enfermeiro, Técnico em Enfermagem	Puncionar acesso venoso calibroso. Preparar material para Intubação.
25º	Médico	Realizar a intubação traqueal se não houver retorno imediato da respiração espontânea com os procedimentos anteriores.
26º	Enfermeiro, Técnico em Enfermagem***	Realizar aspiração de vias aéreas se necessário.
27º 28º	Médico	Solicitar a administração de medicamentos de emergência. Realizar registros e prescrição de medicamentos (após estabilização). Checar pulso carotídeo/femoral e Oximetria.

29º	Enfermeiro, Técnico em Enfermagem	Administrar medicamentos conforme solicitação durante o procedimento de emergência
30º		Manter usuário ventilado até a chegada do SAMU.
31º		Realizar a anotação de enfermagem.
32º		Organizar a transferência do paciente.
33º		Manter local limpo e organizado e repor materiais utilizados com registros necessários.

* O estado de inconsciência produz o relaxamento dos músculos do pescoço, da parede posterior da faringe e da língua causando obstrução das vias aéreas.

** A ausculta cardíaca não se correlaciona obrigatoriamente com a geração de pulso, portanto não deve ser realizada para essa finalidade.

*** Os usuários atendidos, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, deverão ser aspirados pelo profissional Enfermeiro, exceto em situação de emergência, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Código de Ética do Profissional de Enfermagem – CEPE. Os usuários considerados **não graves**, bem como os **usuários crônicos em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva**, poderão ter esse procedimento realizado por **Técnico de Enfermagem, desde que avaliado e prescrito pelo Enfermeiro**, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

Observação:

a) Intubação:

- As cânulas de intubação traqueal para crianças abaixo de 8 anos devem ser desprovidas de cuff.
- O diâmetro interno varia conforme idade, mas em geral é igual ao diâmetro do quinto dedo das mãos e igual ao diâmetro das narinas.

Idade da Criança	Tamanho da Cânula
Recém-nascido prematuro	2,5 a 3,0
Recém-nascido termo	3,0 a 3,5
Primeiro ano	3,5 a 4,0
Maiores de 1 ano	$\frac{(idade\ em\ anos) + 4}{4}$

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. RISCOS

- Risco de assistência inadequada.

8. REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 557/2017. Brasília, 2017. Disponível em:
http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html – Acesso em 21/09/2022

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.098	
Título do Documento	098. AUXÍLIO INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL/MASCARA LARINGEA	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 5	

1. OBJETIVO

Auxiliar o médico no momento da Intubação endotraqueal para recuperação do padrão respiratório adequado ao usuário.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Jogo de laringoscópio, cânula endotraqueal, luvas estéreis, luvas de procedimento, fio guia, ressuscitador manual – (ambu®) e máscara, estetoscópio; cânula de guedel, aspirador montado, sonda de aspiração descartável, frasco de umidificador, conexão extensora, água destilada para umidificador, fluxômetro de oxigênio, máscara, óculos de proteção individual, cadarço, seringa de 20ml e oxímetro de pulso.

PRECAUÇÃO:

- Limitar número de pessoas envolvidas na sala;
- Separar todo material e medicamentos necessários;
- Paramentar-se com: avental, máscara, gorro, óculos e luvas.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Enfermeiro, Técnico em Enfermagem	Lavar as mãos (POP.ENFDAPS.002). Reunir o material necessário. Auxiliar no posicionamento do usuário.
2º	Enfermeiro, Técnico em Enfermagem	Colocar o oxímetro de pulso.
3º	Enfermeiro, Técnico em Enfermagem	Adaptar a lâmina do laringoscópio ao cabo e checar a lâmpada.

4º	Enfermeiro, Médico	Escolha o tamanho correto n.º 1 - RN a lactentes até 5kg n.º 1,5 - lactentes de 5 a 10kg n.º 2 - lactentes de 10kg até pré-escolares de 20kg n.º 2,5 - crianças de 20 a 30kg n.º 3 - crianças / adolescentes de 30 a 50Kg n.º 4 - adultos de 50 a 70Kg n.º 5 - adultos de 70 a 100Kg Uso de MÁSCARA LARÍNGEA 
5º	Enfermeiro, Técnico em Enfermagem	Abrir o pacote com a cânula de acordo com o peso do usuário, testar o <i>cuff</i> (balonete) com auxílio de uma seringa de 20 ml. Manter a embalagem como campo estéril.
6º	Enfermeiro, Médico	Imediatamente antes do uso, desinfele totalmente o manguito da máscara laríngea contra uma superfície plana, procurando sempre manter suas bordas lisas e com formato uniforme. Cuidado para não formar “pregas” • Segure a máscara laríngea como se fosse uma caneta mantendo o dedo indicador na junção do manguito e o tubo. • Posicione a cabeça e o pescoço como para uma intubação endotraqueal. Em alguns casos, um pequeno coxim sob a cabeça facilita estas manobras. • Mantenha o pescoço fletido e a cabeça estendida com uma mão, enquanto que com a outra, inicie a passagem da máscara laríngea, com sua abertura dirigida para FRENTE e o dorso contra os dentes incisivos do usuário. • Nesta posição, estando a máscara laríngea corretamente alinhada, deve se observar uma linha preta ao longo do tubo, indicando o lado posterior (convexo) da máscara laríngea. Esta linha serve de ponto de referência e aponta sempre em direção ao nariz do usuário. • Com o dedo indicador ainda mantendo pressão contra o palato, empurre a máscara laríngea para baixo, de preferência em um único movimento, até que se sinta uma resistência elástica. • Deve-se buscar com esta manobra, inserir a máscara laríngea o mais profundamente possível na hipofaringe. • Em seguida, com a máscara laríngea em posição, use a mão livre para segurar o tubo e retire o dedo indicador da cavidade oral do usuário. Neste ponto, a máscara laríngea deverá estar corretamente posicionada, com seu extremo pressionando o

		esfíncter esofágico superior. • Solte a máscara laringea, deixando-a totalmente livre. • Infle o manguito com a quantidade de ar recomendada para cada modelo, de acordo com a tabela seguinte: NUNCA EXCEDA O VOLUME DE ENCHIMENTO RECOMENDADO! n.º 1 - até 4 ml n.º 1,5 - até 7 ml n.º 2 - até 10 ml n.º 2,5 - até 14 ml n.º 3 - até 20 ml n.º 4 - até 30 ml n.º 5 - até 40 ml • Fixar e ambuzar o usuário, testando e acompanhado a ventilação dele; Fonte: https://www.viaaereadificil.com.br/mascara_laringea/ML_p/mascara_laringea.htm
7º	Médico	Realizar a Intubação de acordo com protocolo médico
8º	Enfermeiro, Técnico em Enfermagem	Reposicionar o usuário
9º	Enfermeiro, Técnico em Enfermagem	Organizar a transferência do paciente; Desprezar os resíduos em local adequado; Recolher o material mantendo o local limpo e organizado; Checar e registrar o procedimento realizado em prescrição; Caso haja intercorrências comunicar enfermeiro e/ou médico.

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução](#).
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de assistência inadequada.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2020	Elaboração do documento
2	2021	Revisão e atualização
3	2022	Revisão e atualização
4	2023	Revisão e atualização
5	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 099	
Título do Documento	099. PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 2	

1. OBJETIVO

Instalar dispositivo intravenoso de longa permanência em trajeto venoso periférico para a administração de medicamentos, infusão de soluções, hidratação do usuário e para a coleta de sangue venoso, manutenção de uma via de acesso venoso.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Álcool antisséptico 70%, algodão hidrófilo, luvas de procedimentos, garrote, dispositivo intravenoso de longa permanência adequado, fita microporosa, caneta, oclisor de dispositivo endovenoso, se necessário.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Apresentar-se ao usuário.
- Orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado.
- Solicitar a cooperação do usuário durante a realização do procedimento.
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Calçar as luvas.
- Escolher a veia a ser puncionada e definir o calibre do dispositivo intravenoso de longa permanência.
- Garrotear o membro de 5 a 10 cm acima do local escolhido aproximadamente.
- Fazer antisepsia da região com algodão embebido em álcool antisséptico 70% com movimentos circulares do centro para a periferia ou de baixo para cima.
- Posicionar o bisel para cima, tracionando levemente a pele do local a ser puncionado, introduzindo a agulha com ângulo de 15° a 25° graus.
- Realizar a Punção com cateter intravenoso flexível (Abocath®):**

- Observar o refluxo sanguíneo, segurar o mandril e deslizar o todo o cateter para dentro da luz do vaso suavemente;
- Pressione com os dedos 2 cm acima do local puncionado a fim de reter o fluxo sanguíneo do vaso.
- Retirar a agulha que difere de acordo com o modelo e tipo de dispositivo de segurança utilizado, até que o mesmo esteja devidamente travado.

l) **Realizar a Punção com cateter intravenoso rígido (Scalp®):**

- Segurar o scalp de modo que as duas abas fiquem juntas certificando-se de que o bisel esteja voltado para cima;
- Perfurar pele e observar o refluxo sanguíneo; ausência de edema e hematoma;
- Liberar o garrote;
- Conectar o extensor no dispositivo e injetar solução salina para verificar a permeabilidade do vaso;
- Realizar a fixação do dispositivo junto à pele do usuário com fita microporosa;
- Fechar o sistema com oclusor adequado;
- Identificar o procedimento na fixação, anotando data, hora, calibre do dispositivo, e nome do profissional que realizou o procedimento;

m) Recolher o material descartando-o ou acondicionando-o em local apropriado.

n) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#))

o) Deixar o usuário em posição confortável.

p) Organizar o ambiente.

q) Registrar o procedimento realizado, no prontuário do usuário.

r) Comunicar o enfermeiro em caso de alterações.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Em caso de crianças, preferencialmente confeccionar a tala e utilizá-la para suporte e fixação do acesso venoso, a fim de evitar manipulação e acidentes com ele.
- b) Optar inicialmente pela punção das extremidades superiores, se possível, evitando proximidade das articulações.
- c) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 – Precaução](#).
- d) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção
- Risco de extravasamento, flebites

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2023	Elaboração do documento
2	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.100	
Título do Documento	100. OXIMETRIA DE PULSO	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 5	

1. OBJETIVO

Identificar sinais vitais através de sensor de oximetria, manter controle de saturação e pulso permanente.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

CPM: Alarme de Frequência Cardíaca e Saturação Máxima

FC: Frequência cardíaca

SpO2: Saturação de oxigênio

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Oxímetro, cabo e sensor de oximetria, álcool 70%;

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

PASSOS	AGENTE	AÇÃO
1º	Médico e/ou Enfermeiro	Prescrever o procedimento.
2º	Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem	Lavar as mãos (POP.ENFDAPS.002). Paramentar-se com EPIs adequados;
3º		Separar e organizar o material a ser utilizado.
4º		Apresentar-se ao usuário e orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado.
5º		Fixar sensor de oximetria em um dos dedos da mão (preferencialmente), pés, lóbulo da orelha.
6º		Ligar oxímetro e adequar a configuração (adulto ou pediátrico).
7º		Selecionar alarme de frequência cardíaca e saturação máxima (CPM).

8º	Manter oximetria permanente até alta do usuário da sala de observação.
9º	Após observar traçado completo, com curvas regulares realizar a leitura dos valores mensurados.
10º	Desligar o equipamento se/quando solicitado.
11º	Recolher o equipamento e acondicionando-os em local apropriado.
12º	Lavar as mãos (POP.ENFDAPS.002).
13º	Deixar o usuário em posição confortável.
14º	Organizar o ambiente.
15º	Anotar os parâmetros observados no período, conforme periodicidade prescrita no prontuário do usuário.
16º	Comunicar o médico e/ou enfermeiro em caso de alterações.

6.2 Recomendações profissionais

- Uso de unhas esmaltadas pode prejudicar a leitura da saturação. Recomenda-se remover o esmalte com acetona e algodão, se houver.
- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

Fatores de risco:

- Não estabelecer FC mínima e máxima.
- Ligar equipamento em rede elétrica própria.
- Manter equipamento em rede elétrica.
- Em oximetria de criança, fixar sensor pediátrico na sola do pé ou 1º pododáctilo de MMII.
- Evitar a instalação de oximetria no mesmo membro de manguito de pressão arterial.

Sinais comuns de oxigenação inadequada:

- Inquietação;
- Respiração rápida e curta;
- Frequência cardíaca rápida;
- Necessidade de sentar-se para respirar;
- Abertura das asas do nariz;
- Hipertensão;
- Confusão, estupor e coma;
- Cianose da pele, dos lábios e da base das unhas;
- Extremidades frias.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de instabilidade de SpO2

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2020	Elaboração do documento
2	2021	Revisão e atualização
3	2022	Revisão e atualização
4	2023	Revisão e atualização
5	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 101	
Título do Documento	101. OXIMETRIA DE PULSO EM DOMICÍLIO – ORIENTAÇÕES AO USUÁRIO DURANTE PANDEMIA COVID19	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 4	

1. OBJETIVO

Orientar o usuário a realizar em domicílio a identificação e controle da saturação de oxigênio através de sensor de oximetria, manter controle de saturação e pulso permanente.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Profissionais da Saúde.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SpO2: Saturação de oxigênio

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Oxímetro

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos com água e sabão ou realizar a desinfecção com álcool gel 70%.
- Limpar o oxímetro com um pano umedecido ou com álcool 70%
- Ligar o aparelho (oxímetro)
- Friccionar as mãos, uma na outra para aquecê-las
- Manter a mão que será examinada, abaixo do nível do coração
- Pinçar o aparelho no lado oposto ao do local da leitura, deixando a área da luz exposta
- Colocar o dedo no local indicado, alinhando ao emissor da luz
- Aguardar pelo menos 1 minuto e verificar o valor que aparece no visor
- Anotar o valor, data e horário
- Limpar o oxímetro com pano umedecido com álcool 70% e guardar o aparelho.

6.2 Recomendações

- Orientar que esmalte nas unhas, unhas postiças, mãos frias, ambientes com muita luminosidade (muito claro), temperatura fria do corpo e tremores, são fatores que podem interferir na oximetria.
- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).

- c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7 PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de erro de leitura

8. REFERÊNCIAS

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Sistema Único de Saúde. **Protocolos de Suporte Avançado de Vida.** 2016. Disponível em: <
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_avancado_vida.pdf> Acesso em: 13/09/2022.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Sistema Único de Saúde. **Protocolos de Suporte Básico de Vida.** 2016. Disponível em: <
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf> Acesso em: 13/09/2022.

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

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



HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2021	Elaboração do documento
2	2022	Revisão e atualização
3	2023	Revisão e atualização
4	2024	Atualização do layout

CAPÍTULO 3: ASSISTÊNCIA NAS SONDAGENS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.102	
Título do Documento	102. SONDAGEM GÁSTRICA/NASOENTERAL	Emissão: 07/03/2025	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 9	

1. OBJETIVO

Administrar suporte nutricional e medicamentos ao usuário impossibilitado de fazê-lo por via oral.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

SNG: Sonda Nasogátrica

SNE: Sonda Nasoenteral

UPA: Unidade de Pronto atendimento

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Sonda nasogátrica, seringa de 20ml, gel lubrificante, luvas de procedimento, gazes, estetoscópio, cuba - rim, esparadrapo ou micropore, álcool 70%, papel toalha, bandeja.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Reunir todo o material a ser utilizado e levar até a cabeceira do usuário.
- Selecionar o calibre** da sonda de acordo com a finalidade da sondagem e idade do usuário.
- Verificar prescrição e explicar o procedimento ao usuário.
- Colocar o usuário em posição de Fowler.
- Proteger o tórax com papel toalha e apoiar uma cuba rim (em caso de vômitos).
- Calçar as luvas de procedimento.
- Retirar prótese dentária se necessário, com auxílio de gaze ou papel toalha.
- Verificar as narinas examinando as fossas nasais em busca de possível obstrução ou sujidades.
- Limpar a pele do nariz e testa com gaze umedecida em álcool 70%.
- Retirar a sonda da embalagem e segurá-la com uma gaze.
- Medir externamente a distância entre a ponta do nariz, o lóbulo da orelha e deste para ao apêndice xifoide, acrescentando 5 cm* (SNG) e 20 cm (SNE).

- m) Demarcar com esparadrapo ou fita microporosa.
- n) Segurar a sonda enrolada na mão dominante, deixando livre aproximadamente 10 cm da extremidade e lubrificar essa distância.
- o) Pedir para o usuário hiperestender a cabeça e introduzir a sonda na narina escolhida, com movimentos para baixo e para trás, avançando delicadamente ao longo do assoalho do nariz (até a primeira medição).
- p) Pedir ao usuário para baixar a cabeça (queixo em direção ao peito) estimulando-o a engolir seguindo com a introdução da sonda até que a marca com fita esteja na parte externa da narina.
- q) Interromper o procedimento e remover a sonda se houver sinais de sofrimento como cianose, tosse, dificuldade respiratória ou incapacidade de falar.
- r) Testar o posicionamento da sonda conforme técnica descrita na observação “TESTE DE VERIFICAÇÃO DA LOCALIZAÇÃO DA Sonda”:
- s) Remover o mandril do interior da sonda enteral.
- t) Fechar a sonda ou mantê-la aberta conformem prescrição.
- u) Fixar com fita microporosa ou esparadrapo de maneira a não prejudicar a visão do usuário, identificando com data da inserção e calibre.
- v) Deixar o usuário confortável no leito.
- w) Recolher o material descartando-os ou acondicionando-os em local apropriado.
- x) Anotar na fixação da sonda: nome de quem realizou o procedimento, data, horário e nº da sonda.
- y) Organizar o ambiente.
- z) Retirar luvas de procedimento.
- aa) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- bb) Registrar o procedimento realizado no prontuário do usuário.

Observações:

*O acréscimo de aproximadamente 5cm corresponde a região da sonda que contém os orifícios.

** Escolha do calibre

IDADE	CALIBRE (Nº)
Neonato a 18 meses	04 e 06
18 meses a 6 anos	06 e 08
Adulto (para infusão de nutrientes)	06, 08, 10 e 12
Adulto (lavagem ou drenagem do conteúdo gástrico) ou maior dependendo da indicação clínica do usuário	14, 16 e 18

- Se sondagem oral: medir da rima labial ao lóbulo da orelha e deste ao apêndice xifoide e proceder igualmente sondagem nasogástrica. Não lubrificar com gel.
- Se alguma obstrução aparecer e impedir a progressão da sonda, não forçar e uma rotação suave da sonda pode ajudar. Se não resolver, retirar a sonda e tentar em outra narina.
- Para facilitar a passagem da sonda em usuário cooperativo, oferecer pequenas quantidades de água durante a introdução da sonda, caso não haja restrição.
- Realizar troca de fixação diariamente ou sempre que necessário, variando as posições de fixação para evitar lesionar a pele.

- Evitar forçar o septo nasal e a asa do nariz durante a fixação da sonda, evitando traumatismo (necrose).
- O tempo de permanência da sonda é de 7 dias.
- Manter observação constante quanto ao deslocamento da sonda através da marcação externa.
- Realizar testes ao iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos.
- Elevar cabeceira (45° a 90°) antes da administração de dieta ou medicamento.
- Lembrar que a lavagem do cateter após a administração de cada dieta e de cada medicamento é de extrema importância para evitar: obstrução da sonda, reações de incompatibilidade e interações entre as drogas e a dieta.

TESTES DE VERIFICAÇÃO DA LOCALIZAÇÃO DA SONDA:

- 1- Observar retorno do conteúdo gástrico ou se necessário aspirar a sonda com seringa.
- 2- Colocar o estetoscópio sobre o epigástrico e injetar 15 ml de ar na sonda, se for adulto e de 1 a 3 ml em crianças de acordo com sua idade. Observar "ruído de cascata" na injeção do ar.
- 3- Nos casos de sonda nasointestinal, avaliar a necessidade de realização de exame Raio-X no período de 2 a 3 horas após a introdução da sonda. Seguir rotina estabelecida pelo Distrito Sanitário para deslocamento do usuário para a realização do exame na UPA.

RETIRADA DA SONDA GÁSTRICA:

- Conferir a prescrição médica para retirada da sonda;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao usuário;
- Reunir o material na bandeja e colocá-la sobre a mesa de cabeceira;
- Zelar pela privacidade utilizando o biombo;
- Colocar a toalha sobre o tórax do usuário;
- Colocar o usuário em posição de Fowler alta ou com a cabeceira da cama elevada no mínimo a 30°
- Retirar o esparadrapo que fixa a sonda;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Conectar a seringa na extremidade da sonda e lavá-la com 10 ml de SF 0,9%
- Instruir o usuário a respirar fundo e a segurar a respiração;
- Clampear a sonda e começar a retirá-la lentamente com o auxílio de uma gaze até que ela saia por inteiro;
- Limpar as narinas e realizar a inspeção das condições das mesmas;
- Realizar a higiene oral;
- Reposicionar o usuário;
- Recompôr a unidade;
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#));
- Documentar a retirada da sonda no prontuário, destacando o motivo da retirada e se houve intercorrências.

ENCAMINHAMENTO PARA UPA PARA REALIZAÇÃO DO RAIOS X:

Enfermeiro da UBS:

- Passar a sonda nasoenteral na UBS ou no domicílio;
- Realizar o encaminhamento para UPA via sistema ou receituário (no caso de domicílio);
- Aguardar o período de 2 horas para realização do Raio X;
- Verificar a possibilidade do transporte do DS ou transporte da família, caso o transporte do DS não esteja disponível.

Na UPA:

- Usuário passa pela recepção e é encaminhado para Procedimento.
- Médico solicita o Raio X e verifica a localização da sonda.
- Se a sonda estiver no local indicado o usuário é liberado para casa.
- Caso a sonda não esteja no local indicado, o Enfermeiro da UPA reposiciona e aguarda novamente o intervalo de 2 horas para reavaliação.
- Situações que caracterizam **exceções**: contatar o Enfermeiro da UPA para discussão do caso e avaliação conjunta

6.2 Recomendações profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7 PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de broncoaspiração

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout e revisão
9	2025	Adequação do profissional responsável

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.103	
Título do Documento	103. SONDAGEM VESICAL DE DEMORA	Emissão: 07/03/2025	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 9	

1. OBJETIVO

Possibilitar controle hídrico adequado, tratamento da retenção urinária, obter amostras de urina para exames, monitorização do débito urinário, irrigação urinária.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Material de cateterismo vesical, cateter de Foley estéril, gel anestésico, seringa de 20ml, ampolas de água destilada estéril, solução antisséptica (PVPI tópico), esparadrapo, coletor de urina sistema fechado, luva de procedimento, luva estéril, recipiente para lixo, compressas de gaze estéril, biombo, bandeja, compressas, água e sabão.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Apresentar-se ao usuário e orientar o usuário /familiar sobre o procedimento a ser realizado.
- Verificar prescrição.
- Garantir a privacidade do usuário utilizando biombo.
- Colocar o usuário em posição de litotomia, expondo apenas os genitais.
- Realizar higiene íntima do usuário se necessário.
- Posicionar o usuário:
 - Sexo feminino: posição ginecológica, decúbito dorsal com joelhos flexionados, os pés sobre o leito, mantendo os joelhos afastados, expondo apenas os genitais.
 - Sexo masculino: decúbito dorsal, com pernas estendidas e ligeiramente afastadas, expondo apenas os genitais.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Abrir o pacote do cateterismo entre as pernas do usuário, com a ponta próxima a região glútea.

- k) Dispor a lixeira infectante próxima à maca.
- l) Abrir a agulha, seringa, sonda vesical e gazes, mantendo técnica asséptica.
- m) Colocar solução antisséptica (PVPI) na cuba redonda.
- n) Abrir a embalagem do coletor urinário e posicionar a ponta da extensão sobre invólucro estéril.
- o) Abrir a ampola de água destilada.
- p) Abrir o gel anestésico e colocá-lo sobre a gaze.
- q) Calçar as luvas estéreis.
- r) Aspirar a água destilada com o auxílio da equipe de enfermagem.
- s) Testar o cuff (balonete) introduzindo ar no balonete na quantidade indicada pelo fabricante.
- t) Conectar a sonda na extensão do coletor.
- u) Proceder à assepsia:

Sexo feminino:

- Retrair com a mão não dominante os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento.
- Realizar antissepsia da região perineal com PVPI tópico e gaze estéril com movimentos únicos usando a pinça na mão dominante
- Pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica (PVPI) e fazer antissepsia da vulva e meato uretral, utilizando as bolas de gaze, uma para cada região, desprezando-as na sequência.
- Limpar ao longo da dobra dos grandes lábios, posteriormente ao longo dos pequenos lábios e finalizando no meato uretral, fazendo a antissepsia com movimentos em sentido único.

Sexo masculino:

- Erguer o pênis com o indicador e polegar, elevar até uma posição quase vertical e expor a glândula.
 - Limpar o corpo do pênis em movimentos circulares do centro para fora.
 - Limpar o meato urinário até atingir toda a glândula.
- v) Utilizar compressa de gaze estéril para proteção da área.
 - w) Lubrificar o cateter com gel anestésico.
 - x) Introduzir o cateter no meato urinário até a presença de urina (aproximadamente 10 cm para mulher e 20 cm para homem) para assegurar o posicionamento no interior da bexiga.
 - y) **Observar refluxo urinário:**
 - Se ausente: não injetar
 - Se presente: injetar com a seringa, na via do balonete com a quantidade indicada pelo fabricante com água destilada.
 - z) Tracionar delicadamente a sonda até encontrar resistência.
 - aa) Conectar o cateter ao coletor de urina de sistema fechado estéril.
 - bb) Fixar a sonda com esparadrapo em (mulher) face interna da coxa, (homem) região supra púbica do usuário.

- cc) Identificar na bolsa coletora: o calibre da sonda, nome do profissional que realizou o procedimento, data e horário.
- dd) Deixar o usuário em posição confortável.
- ee) Recolher o material descartando-os ou acondicionando-os em local apropriado.
- ff) Retirar as luvas.
- gg) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- hh) Organizar o ambiente.
- ii) Registrar o procedimento realizado no prontuário eletrônico.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Realizar previamente antes da introdução o teste da sonda insuflando ar na mesma observando se o balonete apresenta-se íntegro e funcional;
- b) Caso haja dificuldade ou resistência na sondagem vesical comunica ao médico em serviço e interromper o procedimento;
- c) Atentar para o volume de diurese do usuário sondado como também verificar densidade e aspecto da urina.
- d) Trocar a sonda vesical de demora a cada 21 dias para mulheres e homens ou conforme prescrição médica
- e) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- f) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção
- Risco de lesão em meato urinário

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout
9	2025	Adequação do profissional responsável

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 104	
Título do Documento	104. ORIENTAÇÃO PARA O AUTOCATETERISMO VESICAL INTERMITENTE – TÉCNICA LIMPA	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Esvaziamento vesical com prevenção de infecção urinária e resgate ao auto cuidado.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Agente: Usuário (com ou sem auxílio)

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Cateter, gel lubrificante, papel toalha, espelho para mulheres, sabonete neutro, jarra com água e bacia para realização da técnica na cama.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

Sexo masculino:

- Organizar todo o material a ser utilizado.
- Assegurar que todo o material esteja acessível (descrito acima).
- Lavar bem as mãos com água e sabonete.
- Preparar o cateter: abrir a embalagem sem tocar no cateter, lubrificando a ponta que será introduzida no pênis nos primeiros 10cm*.
- Manusear a bisnaga sem encostá-la no cateter, espalhando o gel lubrificante de maneira homogênea (igual).
- Deixar o cateter preparado ao alcance das mãos.
- Ficar em frente ou próximo ao vaso sanitário ou sente-se caso preferir.
- Urinar sempre que possível antes de usar o cateter.
- Lavar a região genital com água e sabão (é necessário limpar a glândula corretamente).
- Expor a glândula retraíndo o prepúcio, fazendo a limpeza com movimentos circulares.
- Segurar o prepúcio evitando que a roupa toque na glândula.

- l) Realizar o procedimento somente na certeza de que o cateter não esteja contaminado. Se ele tocar na roupa ou pele, deve ser descartado e recomeçar o procedimento.
- m) Segurar o pênis com firmeza com a mão não dominante, apoiando-o na palma da mão perpendicularmente e próximo ao abdome, expondo a glândula (facilitando a introdução do cateter), apertando delicadamente para abrir a uretra.
- n) Introduzir o cateter lentamente com a mão dominante até a urina começar a drenar, (se sentir resistência diminuir a angulação do pênis e girar o cateter lentamente).
- o) Direcionar o cateter para o vaso sanitário e aguardar o esvaziamento total da urina.
- p) Retirar aproximadamente um centímetro do cateter após parar de drenar a urina, garantindo que não fique resíduo.
- q) Retirar o cateter lentamente, podendo ser girado enquanto o remove, pare o movimento cada vez que sair urina.
- r) Desprezar o cateter no lixo (nunca no vaso sanitário).
- s) Lavar as mãos com água e sabonete.
- t) Recolocar a roupa.

Sexo feminino:

- a) Organizar todo o material a ser utilizado.
- b) Assegurar que todo o material esteja acessível (descrito acima).
- c) Lavar bem as mãos com água e sabonete.
- d) Preparar o cateter: abrir a embalagem sem tocar no cateter, lubrificando a ponta que será introduzida na uretra nos primeiros 5cm*.
- e) Manusear a bisnaga sem encostá-la no cateter, espalhando o gel lubrificante de maneira homogênea (igual).
- f) Deixar o cateter preparado ao alcance das mãos.
- g) Tirar a roupa de modo a sentar no vaso sanitário com as pernas afastadas.
- h) Urinar sempre que possível antes de usar o cateter.
- i) Afastar os pequenos lábios com os dedos polegar e indicador da mão não dominante até visualizar o meato urinário.
- j) Umedecer a gaze ou toalha e passe sabão até fazer espuma, limpando a região dos pequenos lábios de cima para baixo.
- k) Realizar o procedimento somente na certeza de que o cateter não esteja contaminado. Se ele tocar na roupa ou pele, deve ser descartado e recomeçar o procedimento.
- l) Afastar os pequenos lábios com os dedos polegar e indicador da mão não dominante.
- m) Utilizar espelho para visualizar orifícios: superior = meato urinário e inferior = vaginal.
- n) Introduzir o cateter lentamente no orifício superior, até a urina começar a drenar.
- o) Direcionar o cateter para o vaso sanitário e aguardar o esvaziamento total da urina.
- p) Retirar aproximadamente um centímetro do cateter após parar de drenar a urina, garantindo que não fique resíduo.
- q) Retirar o cateter lentamente, podendo ser girado enquanto o remove, pare o movimento cada vez que sair urina.
- r) Desprezar o cateter no lixo apropriado (nunca no vaso sanitário).
- s) Lavar as mãos com água e sabonete.
- t) Recolocar a roupa.

* Casos em que houver indicação do uso de bolsa ou frasco coletor:

- A bolsa poderá ser substituída por uma garrafa plástica.
- No momento da retirada do cateter da embalagem, abrir a garrafa plástica ou frasco coletor.

Posicionar a extremidade do cateter (local de saída da urina) no gargalo da garrafa ou frasco coletor e adaptar.

Utilizar se necessário papel higiênico para evitar a saída do cateter da garrafa (proteção).

Observações:

- As toalhas devem ser bem lavadas e passadas a ferro quente.
- Observar os intervalos recomendados conforme orientação médica.
- Sempre que houver dúvidas procure a Unidade de Saúde para orientação e auxílio.
- Nos casos em que houver necessidade de avaliar ou mensurar o débito urinário, deve-se usar uma bolsa coletora ou frasco coletor, onde será registrado: volume de urina drenado, cor, aspecto e cheiro. Posteriormente desprezar a urina no vaso sanitário.

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- g) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 105	
Título do Documento	105. SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO REALIZADA POR ENFERMEIRO	Emissão: 07/03/2025	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 9	

1. OBJETIVO

Possibilitar esvaziamento vesical e alívio da retenção urinária.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

PVPI: Polivinil Pirrolidona Iodo

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Sonda uretral estéril, gel anestésico, solução antisséptica (PVPI tópico), luva estéril, cuba, recipiente para lixo, compressas de gaze estéril, biombo, comadre ou cuba rim, água e sabão.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Apresentar-se ao usuário e orientar o usuário /familiar sobre o procedimento a ser realizado.
- Verificar prescrição.
- Garantir a privacidade do usuário utilizando biombo.
- Colocar o usuário em posição de litotomia, expondo apenas os genitais.
- Realizar higiene íntima do usuário utilizando a comadre ou cuba rim, compressa de gaze e sabão líquido.
- Posicionar o usuário:**
 - sexo feminino: posição ginecológica, decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados, expondo apenas os genitais.
 - sexo masculino: decúbito dorsal, com pernas estendidas e ligeiramente afastadas, expondo apenas os genitais.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).

- j) Abrir o pacote do cateterismo entre as pernas do usuário, com a ponta próxima a região glútea.
- k) Dispor a lixeira infectante próxima à maca.
- l) Abrir e colocar sobre o invólucro estéril: sonda vesical de alívio e gazes, mantendo técnica asséptica.
- m) Colocar solução antisséptica (PVPI) na cuba redonda.
- n) Abrir o gel anestésico e colocá-lo sobre a gaze.
- o) Calçar as luvas estéreis.
- p) **Realizar assepsia:**

Sexo feminino:

- Retrair com a mão não dominante os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento.
- Realizar antissepsia da região perineal com PVPI tópico e gaze estéril com movimentos únicos usando a pinça na mão dominante.
- Pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica (PVPI) e fazer antissepsia da vulva e meato uretral, uma para cada região, desprezando-as na sequência.
- Limpar ao longo da dobra dos grandes lábios, posteriormente ao longo dos pequenos lábios e finalizando no meato uretral, fazendo a antissepsia com movimentos em sentido único.

Sexo masculino:

- Erguer o pênis com o indicador e polegar, elevar até uma posição quase vertical e expor a glande;
 - Limpar o corpo do pênis e em movimentos circulares do centro para fora.
 - Limpar o meato urinário até atingir toda a glande.
- q) Lubrificar o cateter com gel anestésico.
 - r) Introduzir o cateter no meato urinário (aproximadamente 10cm para mulher e 20cm para homem) até que a urina flua.
 - s) Realizar o esvaziamento da bexiga completamente.
 - t) Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
 - u) Observar o aspecto e densidade da urina.
 - v) Secar a área.
 - w) Desprezar o material coletado ou encaminhar para exame, se necessário.
 - x) Deixar o usuário em posição confortável.
 - y) Recolher o material, descartando-os ou acondicionando-os em local apropriado.
 - z) Retirar as luvas.
 - aa) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
 - bb) Registrar o procedimento realizado, registrando o aspecto do material coletado.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Realizar previamente à introdução do teste da sonda, insuflando o ar e observando se o balonete apresenta-se íntegro e funcional.
- b) Caso haja dificuldade ou resistência na sondagem vesical, avisar ao médico de plantão e interromper o procedimento.
- c) Descrever o aspecto e densidade da urina como: presença ou ausência de grumos, urina límpida ou turva, com ou sem sedimentação, coloração, odor e volume.

- d) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- e) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout
9	2025	Adequação do profissional responsável

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 106	
Título do Documento	106. TROCA DE SONDA DE CISTOSTOMIA	Emissão: 07/03/2025	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 9	

1. OBJETIVO

Realizar a troca de sonda em cistostomia seguindo a técnica asséptica

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

PVPI: Polivinil Pirrolidona Iodo

ML: Mililitros

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Cuba rim, pinça, gaze, ampola de água destilada, seringa de 20ml e cuba redonda, e ainda: sonda Foley, luvas estéreis, luvas de borracha, fita adesiva, frasco com solução antisséptica (PVPI), saco plástico, recipiente para a coleta de urina.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Orientar o usuário sobre o procedimento que será realizado, posicionando-o confortavelmente.
- Abrir os pacotes com o material estéril, seguindo técnica asséptica.
- Fazer a desinfecção das ampolas de água destilada com álcool 70%.
- Abrir as ampolas deixando-as sobre uma gaze.
- Retirar a seringa, agulha e sonda da embalagem original, dispondo sobre gazes estéreis.
- Despejar PVP-I tópico na cuba redonda.
- Expor a região supra perineal.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Calçar as luvas estéreis.
- Abrir a embalagem estéril da sonda.
- Testar o cuff (balonete) com ar.

- n) Segurar a ampola com gaze estéril e aspirar a água destilada para dentro da seringa, cuidando para não contaminar as luvas.
- o) Deixar a seringa sobre gases estéreis.
- p) Realizar a limpeza com gaze embebida em solução fisiológica na região em volta do ostoma e secar.
- q) Desconectar a sonda da bolsa coletora com a mão esquerda e bloqueando a saída com gaze estéril
- r) Desinsuflar o balonete.
- s) Retirar a sonda com a mão esquerda e imediatamente colocar sonda estéril com a mão direita.
- t) Insuflar balonete com 10 - 20 ml de água destilada, conforme orientação do fabricante.
- u) Conectar a bolsa coletora à sonda com a mão direita (luva estéril).
- v) Fixar a bolsa se necessário.
- w) Orientar usuário e família sobre os cuidados com a sonda e higiene.
- x) Recolher os materiais desprezando-os em lixo específico e os permanentes levar até o Expurgo.
- y) Desprezar as luvas em lixo infectante.
- z) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- aa) Registrar o procedimento realizado em prontuário eletrônico.

6.2 Recomendações profissionais

- a) A troca da sonda deve ser no menor tempo possível.
- b) A limpeza da área em torno da cistostomia e a troca do curativo devem ser realizadas diariamente.
- c) Mantenha a bolsa coletora sempre abaixo do nível da cama, e não deixe que ela fique muito cheia, para evitar que a urina retorne para dentro da bexiga
- d) Orientar o familiar e/ou usuário:
 - Lavar a bolsa coletora uma vez ao dia, com água e sabão quando desconectar a bolsa da sonda, bloqueie a sonda com uma gaze estéril, para que a urina não vazze.
 - A sonda não precisa de nenhum tipo de fixação externa.
 - Ter cuidado para não puxar a sonda, porque poderá ferir a uretra e haver sangramentos.
- e) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- f) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção

8. REFERÊNCIAS

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBSEH. **CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO**. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg->

unirio/aceso-a-informacao/documentos-institucionais/pops/cti-neonatal/pop-3-11_cateterismo-vesical-de-alivio.pdf>. Acesso em: 14/09/2022.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBSEH. **SONDAGEM GÁSTRICA E ENTERAL**, 2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/saude/especialidades-1/PROTOCOLOSONDAGEMGSTRICAEEENTERAL.pdf>>. Acesso em: 14/09/2022.

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

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

SMS, Prefeitura Municipal de Londrina. **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO TROCA DE SONDA CISTOSTOMIA**, 2021. Disponível em: <http://saude.londrina.pr.gov.br/images/protocolos-clinicos-saude/19-TROCA_DE_SONDA_CISTOSTOMIA.pdf>. Acesso em: 14/09/2022.

SMS, Prefeitura Municipal de Londrina. **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE TÉCNICA LIMPA**, 2021. http://saude.londrina.pr.gov.br/images/protocolos-clinicos-saude/03-CATETERISMO_VESICAL_INTERMITENTE-T%C3%89CNICA_LIMPA.pdf

Universidade Federal do Vale do São Francisco. **CATETERISMO VESICAL DE DEMORA**, 2020. Disponível em: < <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/aceso-a-informacao/normas/protocolos-institucionais/Cateterismovesicaldedemora.pdf>>. Acesso em: 14/09/2022.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout
9	2025	Adequação do profissional responsável

CAPÍTULO 4: ASSISTÊNCIA NO CONTROLE DE SINAIS VITAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		  CURITIBA	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.107	
Título do Documento	107. VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Verificar a temperatura corporal do usuário.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Termômetro digital, algodão hidrófilo, desinfetante hospitalar (Surfic ou Germi Rio Plus)

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Realizar desinfecção do termômetro com o algodão embebido em álcool 70%.
- Apresentar-se ao usuário e orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado.
- Enxugar a axila do usuário e colocar o bulbo do termômetro no côncavo da axila, de maneira que o mesmo fique em contato direto com a pele.
- Solicitar ao usuário ou acompanhante para comprimir o braço de encontro ao corpo, colocando a mão no ombro oposto.
- Retirar o termômetro após o alarme.
- Verificar a temperatura no visor do termômetro.
- Realizar desinfecção do termômetro com algodão embebido em desinfetante hospitalar (Surfic ou Germi Rio Plus).
- Recolher o material descartando-os ou acondicionando-os em local apropriado.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Deixar o usuário em posição confortável.
- Organizar o ambiente.
- Anotar o procedimento realizado, no prontuário do usuário.
- Comunicar o médico em caso de alterações.

Observações:

Locais possíveis de aferição de temperatura corporal:

- Axilar – mais comum
- Dobra inguinal – geralmente mais comum
- Boca/oral
- Ânus/ retal – mais preciso

Conceitos

- **Hipertermia /Febre:** se refere a temperatura corporal acima de faixa normal e geralmente indica que um processo patológico está ocorrendo no organismo, como um processo infeccioso, inflamatório, etc.
- **Hipotermia:** Temperatura corporal abaixo da média normal, pele fria palidez

Referencial para Temperatura

Medida	Normal	Maior que a axilar	Subfebril	Febril
Axilar	35,5 a 36,9 C		37,0 a 37,7 C	Acima de 37,8 C
Oral	36,0 a 37,3 C	0,5 a 0,6 C	37,4 a 37,7 C	Acima de 38,0 C
Retal	36,0 a 37,5 C	0,5 a 0,8	37,6 a 37,9	Acima de 38,0 C

Fonte: Oliveira (2016)

6.2 Recomendações Profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de aferição errada

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.108	
Título do Documento	108. VERIFICAÇÃO DE PULSO	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Verificar o ritmo de contrações do coração e avaliar sua amplitude ou força de choque.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

FC: Frequência cardíaca

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Relógio com ponteiro de segundos.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Apresentar-se ao usuário e orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado.
- Manter o usuário em repouso e confortável, com o braço apoiado na cama, mesa ou colo e com a palma da mão voltada para baixo.
- Aquecer as mãos (se necessário).
- Localizar o pulsar da artéria escolhida com o dedo indicador e médio, exercendo leve pressão.
- Contar o número de pulsações sentidas durante um minuto utilizando relógio com ponteiro de segundos.
- Recolher o material descartando-os ou acondicionando-os em local apropriado.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Deixar o usuário em posição confortável.
- Organizar o ambiente.
- Anotar o procedimento realizado, no prontuário do usuário.
- Comunicar o médico e/ou enfermeiro em caso de alterações.

Observações:

- No caso da avaliação do pulso apical, colocar o estetoscópio sobre o 5º espaço intercostal, com o usuário em decúbito dorsal, contando o número de pulsações durante um minuto;

- Não usar o polegar para verificar o pulso, pois a própria pulsação pode ser confundida com a pulsação do usuário;
- Procurar sentir bem o pulso antes de iniciar a contagem. Se necessário, repeti-la;
- Não exercer pressão muito forte sobre a artéria, pois pode impedir de sentir os batimentos.
- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

ARTÉRIAS MAIS COMUMENTE USADAS PARA VERIFICAR O PULSO:

- Radial – face anterior do pulso, acima do polegar;
- Carótida – face anterior do pescoço;
- Temporal – sobre o osso temporal, entre a sobrancelha e orelha da criança;
- Femoral – na parte média da região inguinal;
- Umeral – face anterior do braço, na região de flexão do cotovelo;
- Dorsal do pé – dorso do pé, entre o 1º e 2º dedos;
- Poplíteia – na região de flexão do joelho;
- Apical – linha média claviclar no 5º espaço intercostal.

Referencial para Frequência Cardíaca (FC)

Faixa Etária	Limites Normais	Média	Limites de Alerta
Recém-nascidos	100 a 150 bpm	140	< 80 e > 170
Lactentes	80 a 140 bpm	120	< 70 e > 160
Crianças de 1-2 anos	80 a 130 bpm	110	< 60 e > 140
Pré-Escolares	70 a 120 bpm	100	< 60 e > 140
Escolares	70 a 110 bpm	95	< 60 e > 130
Adolescentes	60 a 90 bpm	80	< 55 e > 120
Adultos	60 a 100 bpm	80	< 50 e > 120

Fonte: Oliveira (2016)

Taquicardia: excessiva rapidez na função cardíaca. Termo usado para frequência cardíaca acima de 100 batimentos por minuto, nos adultos

Bradicardia: lentidão dos batimentos cardíacos. Termo usado para frequência cardíaca abaixo de 60 batimentos por minuto, nos adultos

Frequência Ápico-Radial: é a quantidade de sons ouvidos no ápice cardíaco e os batimentos do pulso radial, durante um minuto. A contagem apical e radial deve ser as mesmas.

6.2 Recomendações Profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).

- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de aferição errada

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 109	
Título do Documento	109. VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Verificar frequência e padrão respiratório do usuário.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Relógio de segundos.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Apresentar-se ao usuário.
- Observar a respiração como se estivesse verificando o pulso (como a respiração, em certo grau, está sujeita ao controle voluntário, deve ser aferida sem que o usuário perceba).
- Colocar a mão no pulso do usuário a fim de disfarçar a observação.
- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax ou abdômen.
- Recolher o material e acondicionando-os em local apropriado.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Deixar o usuário em posição confortável.
- Organizar o ambiente.
- Anotar o procedimento realizado, e a frequência respiratória no prontuário do usuário.
- Comunicar o médico e/ou enfermeiro em caso de alterações.

Observações:

- Em crianças até 2 anos a respiração é abdominal.
- Não contar a respiração logo após esforços do usuário.

Tipos de respiração	Características
Eupneia	Respiração normal em ritmo e frequência.
Taquipneia	Respiração com um ritmo ou frequência mais rápido do que o normal.
Bradipneia	Respiração com um ritmo ou frequência mais lenta do que o normal
Hiperpneia	Respiração rápida e profunda interrompida por curtos períodos de apneia
Ortopneia	Respiração com desconforto e aumento do esforço quando em repouso ou deitado
Apneia	Ausência de respiração
Dispneia	Dificuldade na respiração, com esforço, desconforto aumentado, ventilação curta

Referencial para Frequência Respiratória (FR)

Faixa Etária	Limites Normais	Limite de Alerta
Recém-nascidos	35 a 55 rpm	60 rpm
Lactentes < 6 meses	30 a 50 rpm	50 rpm
Entre 6 meses e 2 anos	25 a 35 rpm	40 rpm
Pré-Escolares e escolares	20 a 30 rpm	35 rpm
Adolescentes	16 a 20 rpm	30 rpm
Adultos	12 a 20 rpm	25 rpm

Fonte: Oliveira (2016)

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de aferição errada

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 110	
Título do Documento	110. VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Mensurar a pressão arterial.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

PA: Pressão Arterial

PAS: Pressão Arterial Sistêmica

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Estetoscópio, esfigmomanômetro.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar o material a ser utilizado.
- Apresentar-se ao usuário e orientar sobre o procedimento a ser realizado.
- Certificar-se que o usuário sentou confortavelmente em um ambiente silencioso por 5 minutos, antes de iniciar as medições da PA.
- Certificar-se de que o usuário **NÃO**:
 - Está com a bexiga cheia;
 - Praticou exercícios físicos há, pelo menos, 60 minutos;
 - Ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
 - Fumou nos 30 minutos anteriores.
- Auxiliar o usuário a manter uma posição confortável para relaxar e reduzir a possibilidade de elevação da PRESSÃO ARTERIAL por estresse ou desconforto.
- Colocar o usuário deitado ou sentado com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira.
- Expor o braço do usuário apoiando em superfície, liberando-o de vestimentas que o comprimam com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido; O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal).

- i) Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre o acrômio e o olecrano e selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.
- j) Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital, de forma que a coluna de mercúrio ou manômetro fique bem visível.
- k) Posicionar o meio da parte compressiva do manguito (indicação do aparelho) alinhado sobre a artéria braquial. Observar para que os prolongamentos de borracha não se cruzem.
- l) Orientar o usuário para que não fale durante o procedimento. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou depois do procedimento.
- m) Estimar o nível da PAS pela palpação do pulso radial
- n) Palpar a artéria braquial com os dedos indicador e médio.
- o) Método auscultatório: colocar as olivas do estetoscópio no ouvido com a curvatura para frente e posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, sem compressão excessiva.
- p) Segurar a pera de borracha com a mão dominante e com os dedos polegar e indicador, fechando totalmente a válvula.
- q) Insuflar ar no manguito pressionando a pera até que o manômetro atinja um ponto de 20 a 30mmHg acima de sua pressão sistólica obtido pela palpação.
- r) Abrir a válvula lentamente (velocidade de 2mmHg por segundo) com os dedos polegar e indicador, e observar no manômetro ou na coluna de mercúrio a descida gradual do ponteiro ou mercúrio.
 - Determinar a pressão sistólica/máxima no momento do aparecimento do primeiro som.
- s) Manter a válvula aberta, observando o manômetro o número correspondente a mudança ou parada do som, o que indicará a pressão diastólica/mínima.
- t) Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento.
 - Abrir lentamente a pera de borracha e deixar sair todo o ar do manguito.
- u) Retirar o manguito do braço do usuário e o estetoscópio dos ouvidos.
- v) Recolocar o usuário em posição terapêutica ou confortável.
- w) Informe o valor de PA obtido para o usuário
- x) Realizar a desinfecção do material ([POP.ENFDAPS.045](#)).
- y) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- z) Organizar o ambiente.
- aa) Anotar o procedimento realizado no prontuário do usuário.
- bb) Comunicar o médico e/ou enfermeiro em caso de alterações.

Observações:

- Três medidas de PA devem ser realizadas, com intervalo de 1 a 2 minutos, e as medidas adicionais somente se as duas primeiras leituras diferirem em > 10 mmHg. Registre em prontuário a média das duas últimas leituras da PA, sem “arredondamentos”.
- Optar preferencialmente por aferir pressão arterial em membro oposto ao acesso venoso (quando presente)
- Os valores mensurados de pressão arterial são distintos entre membros superiores direito e esquerdo são diferentes.
- Usuários com mastectomia unilateral, aferir a pressão no membro superior oposto, em caso de mastectomia bilateral, aferir em membros inferiores, evitando, assim, a

formação de linfedema – “acúmulo de linfa nos tecidos moles do corpo, como a região axilar”

- Usuário com ausência de membros superiores, ou impossibilitados (pós-cirúrgico, queimados, fraturados ou com fístulas), aferir em membros inferiores.
- Manguito: utilizar tamanho do manguito adequado. O uso incorreto acarretará na imprecisão dos resultados. Quando utilizado manguito apertado, ou seja, inferior às necessidades, resultará em pressão arterial superestimada. Quando usado com folga, levará à pressão arterial menor que a real (Linha Guia de Hipertensão 2018 – SESA - PR)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	CIRCUNFERENCIA DO BRAÇO
65.05.05.50847-7	ESFIGMOMANÔMETRO, adulto	26 a 32cm
65.05.05.51922-4	ESFIGMOMANÔMETRO, obeso	32 a 44cm
65.05.05.51923-8	ESFIGMOMANÔMETRO, infantil	12a 16 cm à 20 cm

- Realizar a higienização do equipamento entre os atendimentos, com desinfetante hospitalar Germi Rio Plus®.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de aferição errada

8. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

PRADO, M. L; GELBCKE, F. L (org.). **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem**. 3. ed. rev. amp. Florianópolis, 2013.

Brasil. Ministério da saúde, 2019. **MANUAL DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM DA UPA MOACYR SCLIAR**. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1021313/manual-do-tecnico-de-enfermagem-upa-ms.pdf>>. Acesso em: 14/09/2022.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

CAPÍTULO 5: ASSISTÊNCIA NO CONTROLE DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.111	
Título do Documento	III. AFERIÇÃO DE PESO – BALANÇA ANTROPOMÉTRICA	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Verificar o crescimento pondero-estatural e detectar variações patológicas do equilíbrio entre peso e altura.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Balança mesa auxiliar para balança, lençol descartável, carteira da criança (se necessário).

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Explicar o procedimento.
- Destravar a balança.
- Constatar que a balança está calibrada.
- Travar a balança novamente.

Adultos:

- Solicitar ao usuário subir na balança descalço e com o mínimo de roupas possível.
- Posicionar o usuário de costas para a balança, no centro do equipamento, com postura ereta, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.
- Orientar para que não se apoie na balança e permaneça olhando para frente.

Crianças que ficam em pé sozinhas:

- Posicionar o usuário de costas para a balança, no centro do equipamento, com postura ereta, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.

- Orientar para que não se apoie na balança e permaneça olhando para frente.
- Orientar a mãe ou responsável a manter-se próximo à criança.

Crianças que não ficam em pé sozinhas:

- Posicionar o responsável pela criança de costas para a balança, no centro do equipamento, com postura ereta, com os pés juntos, segurando a criança junto ao corpo.
 - Posteriormente pesar somente o responsável pela criança e calcular a diferença entre as duas pesagens.
- f) Destruar a balança.
- g) Mover os cursores, maior e menor, sobre a escala numérica para registrar o peso.
- h) Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
- i) Realizar a leitura de frente para o equipamento com os olhos no mesmo nível da escala.
- j) Travar a balança.
- k) Solicitar que o usuário desça do equipamento.
- l) Retornar os cursores ao zero na escala numérica e manter travada.
- m) Registrar o peso no prontuário eletrônico e/ou na Carteira da Criança.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Antes da pesagem retirar acessórios como carteira, celular, chaves, entre outros.
- b) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de aferição errada

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 112	
Título do Documento	112. AFERIÇÃO DE PESO – BALANÇA ELETRÔNICA DIGITAL INFANTIL	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Acompanhar o crescimento pondero-estatural e detectar variações patológicas do equilíbrio entre peso e altura.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Balança digital, papel descartável, mesa auxiliar para a balança, carteira da criança.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Ligar a balança e certificar-se que está zerada.
- Solicitar a mãe ou responsável para despir a criança (retirar inclusive a fralda).
- Posicionar a criança, sentada ou deitada, no centro da balança.
- Orientar a mãe ou responsável a manter-se próximo da balança, sem tocar na criança e no equipamento.
- Realizar a leitura, quando o valor do peso estiver fixo no visor da balança.
- Retirar a criança ou solicitar para que o responsável a retire.
- Registrar o peso no prontuário eletrônico e na Carteira da Criança.
- Realizar assepsia do prato da balança ([POP.ENFDAPS.039](#)).
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).

6.2 Recomendações profissionais

- Atentar para segurança do usuário (a balança deve estar em móvel seguro)
- Realizar limpeza do equipamento entre atendimentos conforme [POP.ENFDAPS.039](#)
- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução](#).

- d) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de aferição errada
- Risco de queda do usuário ao subir e descer da balança

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 113	
Título do Documento	113. AFERIÇÃO DE ESTATURA	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Estimar num dado momento, a altura de uma criança a fim de detectar variações patológicas dos parâmetros normais.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

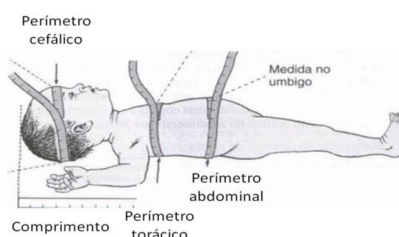
- Antropômetro, fita métrica ou balança antropométrica, carteira da criança (se necessário).

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

Lactentes:

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Colocar o bebê sobre uma superfície reta, mantendo o alinhamento corporal.
- Apoiar delicadamente o vértice da cabeça contra a parte vertical do antropômetro em ângulo reto.
- Colocar os pés em ângulo reto, aproximando ao máximo a placa limitadora.



- Retirar o antropômetro e colocá-lo em posição confortável.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Registrar o valor no prontuário eletrônico e na Caderneta da Criança.

Crianças maiores (que ficam em pé):

- h) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- i) Explicar o procedimento à criança e/ou acompanhante.
- j) Colocar a criança de costas para a escala de medidas.
- k) Suspender a escala métrica, fazendo com que a haste repouse sobre a cabeça do usuário, sem pressionar.
- l) Manter a criança em posição ereta, com a cabeça em posição anatômica, com os pés juntos, encostados na escala métrica.
- m) Travar a haste.
- n) Fazer a leitura.
- o) Auxiliar criança a descer da balança.
- p) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- q) Registrar no prontuário eletrônico e na Caderneta da Criança.
- r) Umedecer o pano multiuso descartável, borrifando a solução desinfetante hospitalar e aplicar em toda a extensão do aparelho.
- s) Retirar EPI
- t) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).

6.2 Recomendações profissionais

- a) Se for utilizada fita métrica, o usuário deve ficar com os calcanhares, nádegas, ombros e cabeça encostados na parede.
- b) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de aferição errada

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 114	
Título do Documento	114. AFERIÇÃO DE PERÍMETRO CEFÁLICO	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Acompanhar o crescimento do crânio e do cérebro, permitindo a identificação precoce de possíveis alterações de volume intracraniano.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Fita métrica, carteira da criança.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Posicionar a criança em decúbito dorsal.
- Elevar a cabeça da criança suavemente, com uma das mãos e com a outra mão colocar a fita métrica ao redor do crânio.
- Passar a fita sobre os ossos occipital e parietais, até o frontal.



- Fazer a leitura.
- Reposicionar a criança confortavelmente.
- Retirar a criança ou solicitar para que o responsável a retire.
- Registrar o perímetro cefálico no prontuário eletrônico e na Carteira da Criança.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).

6.2 Recomendações profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução](#).
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de aferição errada

8. REFERÊNCIA

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações para a coleta e Análise de dados Antropométricos em Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em: 13/09/2022.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

CAPÍTULO 6: ASSISTÊNCIA NOS TESTES E EXAMES DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 115	
Título do Documento	115. COLETA DE URINA DE USUÁRIO COM CATETERISMO VESICAL	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Realizar a coleta de urina em usuários com sonda vesical.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Água, sabão, papel toalha, álcool antisséptico 70%, gaze, seringa e agulha (30x8 ou 40x12), frasco estéril de coleta de urina.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Preparar todo o material necessário (deixar a seringa e agulha conectada).
- Posicionar o usuário orientando como o procedimento será realizado.
- Lavar rigorosamente as mãos antes de manusear o sistema de drenagem ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Verificar se a sonda foi fechada há 30 minutos.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Realizar a desinfecção da válvula de látex, friccionando por 30 segundos.
- Introduzir a agulha na válvula e aspirar a urina (nunca colher a urina da bolsa coletora).
- Transferir a urina da seringa para o frasco estéril de coleta cuidando para não contaminar (atentar para não tocar na parte interna do frasco ou tampa).
- Abrir a pinça ou o clamp da sonda após a coleta.
- Identificar o frasco com etiqueta com código de barras.
- Colocar o frasco identificado na caixa de transporte para laboratório.
- Retirar as luvas.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Confirmar coleta no sistema informatizado.
- Registrar as orientações realizadas.

6.2 Recomendações profissionais

- a) No agendamento do exame orientar o usuário ou cuidador para fechar a sonda 30 minutos antes de ir ao Unidade de Saúde, ou antes, da coleta em domicílio.
- b) Cuidar para não elevar a bolsa acima da região supra púbica para que a urina não retorne.
- c) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução](#).
- d) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de contaminação

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2014	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 116	
Título do Documento	116. REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Auxiliar no diagnóstico dos distúrbios anatômicos, metabólicos, iônicos e hemodinâmicos e das arritmias cardíacas.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Eletrocardiógrafo, álcool 70%, gel condutor, papel toalha, peras ou eletrodos e cardioclips.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Preparar todo o material necessário.
- Apresentar-se ao usuário e orientar como o procedimento será realizado.
- Posicionar o usuário em decúbito supino com o tórax descoberto.
- Solicitar para que retire relógio e demais adornos que contenham metal (correntes, moedas, cinto com fivela, sutiã).
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Passar álcool 70% ou gel eletro condutor nos cardioclips que entrarão em contato com os pulsos e tornozelos do usuário.
- Posicionar os 4 (quatro) cardioclips conforme indicado na figura abaixo. (Figura 1)
- Posicionar as peras, preferencialmente com álcool 70% ou gel condutor, no tórax do usuário conforme esquema abaixo. (Figura 2)
- Conectar todos os eletrodos conforme indicação abaixo.
- Verificar se todos os cabos estão conectados corretamente.
- Ligar o aparelho.
- Umidificar a superfície de contato dos eletrodos com álcool 70% ou gel condutor.
- Realizar o exame.
- Identificar o exame com nome do usuário, idade, data, sexo, peso, altura, horário e nome do profissional que realizou.
- Retirar todos os eletrodos ou peras e cardioclips.

- p) Auxiliar a se vestir caso necessário.
- q) Reposicionar o usuário confortavelmente.
- r) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- s) Registrar o procedimento no prontuário.
- t) Orientar a data de retorno para retirada do laudo/resultado.
- u) Enviar o exame para laudo via sistema Wincardio® e Thundera®*

Observações:

- A posição incorreta dos eletrodos pode dificultar a interpretação do exame.
- Realizar o exame preferencialmente em sala isolada, sem interferência de equipamentos eletrônicos.
- Evitar realizar o exame após exercício físico, consumo de café ou em outras situações de estresse.
- Deve-se optar primeiramente pela utilização do álcool 70%, caso não ocorra boa condução utilizar o gel condutor. Para o uso do álcool, não é necessária grande quantidade.
- Não usar cabos de extensões de energia.
- Manter sempre limpas as partes de metal das pernas e dos cardioclips, para garantir a qualidade do exame.
- Entre os atendimentos realizar desinfecção conforme [POP.ENFDAPS.043](#).
- Ao final de todos os exames proceder a limpeza e desinfecção do aparelho, mantendo-o em local seguro.
- Guardar todos os acessórios e cabos sem dobrar.

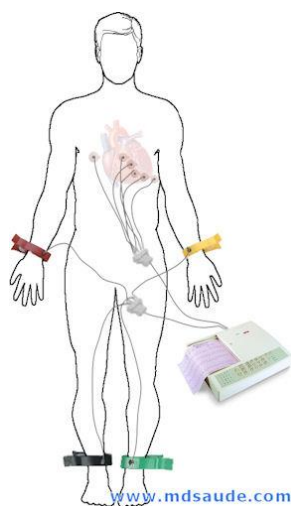


Figura – Posição dos cardioclips

POSIÇÃO	CÓDIGO	COR
BRAÇO DIREITO	BD	VERMELHA
BRAÇO ESQUERDO	BE	AMARELA
PERNA DIREITA	PD	PRETA
PERNA ESQUERDA	PE	VERDE

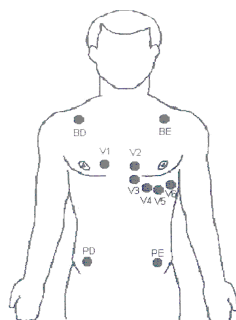


Figura - Posição das pêras/eletrodos

PÊRAS/ELETRODOS

DERIVAÇÃO	POSIÇÃO	COR
V1	Colocado no quarto espaço intercostal á direita do esterno	VERMELHA
V2	Colocado no quarto espaço intercostal á esquerda do esterno	AMARELA
V3	Colocado entre V2 e V4	VERDE
V4	Colocado no quinto espaço intercostal na linha hemiclavicular	PRETA
V5	Colocado entre V4 e V6	AZUL
V6	Colocado no quinto espaço intercostal na linha hemiaxilar	VERMELHA

*Seguir os passos descritos no Guia Rápido de Exame Repouso Wincardio® e Thundera®, disponível no módulo “Documentos Orientativos” no e-Saúde®.

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de alteração no exame por técnica incorreta

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 117	
Título do Documento	117. EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	Emissão: 07/03/2025	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 9	

1. OBJETIVO

Detectar lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero, proporcionando o diagnóstico precoce da doença, bem como processos inflamatórios.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

INDICAÇÃO

Todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, deve realizar o exame preventivo periódico, especialmente as que têm entre 25 e 64 anos. Mulheres que antecedem ou ultrapassam a faixa etária de rastreamento e que desejam realizar o exame, não deverá ocorrer impedimento, desde que já tenham iniciado a vida sexual.

FREQUÊNCIA

Cada 3 anos se os dois primeiros exames anuais forem normais.

Mulheres com mais de 64 anos que nunca realizaram o exame, com 2 exames no intervalo de 1 a 3 anos, se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Formulário de requisição do exame, lápis, lâmina com extremidade fosca, espátula de Ayres, escova cervical, espéculo, luvas de procedimento, camisola/ avental, mesa ginecológica, lâmpada auxiliar, fixador de lâmina. Se necessário: biombo, soro fisiológico, gaze, pinça Cheron.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

a) Agendamento do exame

- 1) Não utilizar duchas ou medicamentos vaginais nas 48 horas anteriores à realização do exame.
- 2) Não ter relações sexuais nos dois dias anteriores ao exame,
- 3) Aguardar 5 dias após o término da menstruação, pois a presença de sangue pode alterar o resultado.
- 4) Aguardar 7 dias após o término do uso de creme vaginal.
- 5) Higiene corporal habitual no dia do exame.

b) Entrevista/Anamnese

- 6) Certificar de que as orientações prévias à coleta foram seguidas.
- 7) Orientar a importância do exame preventivo, pois sua realização periódica permite que o diagnóstico seja feito cedo e reduza a mortalidade por câncer do colo do útero.
- 8) Orientar sobre as etapas do exame, podendo causar no máximo um pequeno desconforto.
- 9) Realizar registro em prontuário eletrônico:
- 10) Anamnese: Identificação, condições gerais de saúde, atividade física, tabagismo, alcoolismo/outras drogas, história familiar de câncer, histórico individual e familiar de doenças crônicas, e outras queixas

Dados específicos da saúde sexual e reprodutiva

- 11) Menarca, ciclo menstrual, DUM, atividade sexual, climatério/menopausa, gestações, partos (vaginal e cesárea), cirurgia pélvica prévia, abortos, filhos vivos, amamentação, uso de método contraceptivo, uso de reposição hormonal, pruridos, leucorreia, dispareunia, sinusiorragia, disúria, hematúria, data do último preventivo, hábito de realizar o autoexame das mamas, data da última mamografia.

c) Preparação da lâmina

- 12) Separar previamente o material a ser utilizado.
- 13) Verificar a integridade da lâmina.
- 14) Identificar a lâmina com as iniciais do nome da mulher, utilizando lápis ou grafite na extremidade fosca.
- 15) Identificar o frasco/caixa da lâmina com caneta esferográfica, preenchendo o nome completo, data e demais campos solicitados.

d) Realização do exame

- 16) Se necessário solicitar que a usuário troque de roupa e coloque um avental e esvazie a bexiga.
- 17) Lavar as mãos.
- 18) Preparar o material a ser usado na mesa auxiliar.
- 19) Auxiliar a usuário a subir na mesa/maca.
- 20) Orientar a usuário a ficar em posição ginecológica sempre respeitando a sua privacidade, cobrindo-a com lençol.
- 21) Utilizar biombo caso necessário.
- 22) Examinar as mamas e fazer orientações ([POP.ENFDAPS.118](#)).

- 23) Posicionar a lâmpada auxiliar.
- 24) Calçar as luvas de procedimento.

Inspeção da genitália externa

- 25) Vulva - se há lesões esbranquiçadas ou hipercrômicas, nódulos, verrugas e/ou feridas.
- 26) Vagina – o aspecto, a existência de lesões, pólipos, verrugas, leucorreia, ou outras alterações.

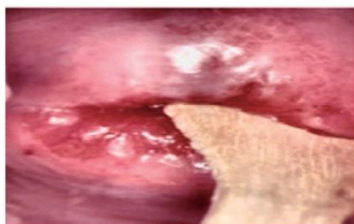
Introdução do espécúlo

- 27) Escolha o espécúlo mais adequado ao tamanho da vagina da usuária *
- 28) Não lubrificar o espécúlo com qualquer tipo de óleo, glicerina, creme ou vaselina**.
- 29) Posicionar o espécúlo desviando do meato urinário.
- 30) Introduzir suavemente o espécúlo no canal vaginal rotacionando a fenda da abertura de forma que fique levemente inclinada ou na posição horizontal.
- 31) Abrir o espécúlo delicadamente após a introdução completa no canal vaginal.
- 32) Observar as paredes vaginais e do colo uterino. (Descrever com detalhes a inspeção do colo é de suma importância para auxiliar no diagnóstico colpo citológico).
- 33) Em caso de dificuldade para visualizar o colo, solicitar à usuária para tossir e posteriormente tentar manobras delicadas com o espécúlo ou manobra de manipulação delicada com os dedos para afastar as paredes vaginais.
- 34) Se houver grande quantidade de muco ou secreção no colo, retire o excesso delicadamente com uma gaze montada em uma pinça Cheron, sem esfregar, para não perder a qualidade do material a ser colhido.

Coleta da ectocérvice

- 35) Introduzir a ponta mais longa da espátula de Ayres (do lado que apresenta reentrância) no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360°, em torno de todo o orifício, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra.

Coleta ectocervical



Fonte: (INCA, 2002).

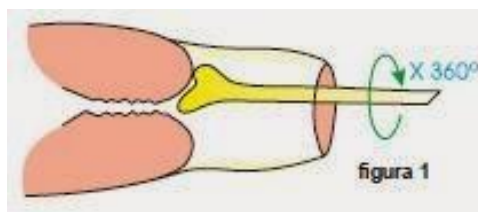
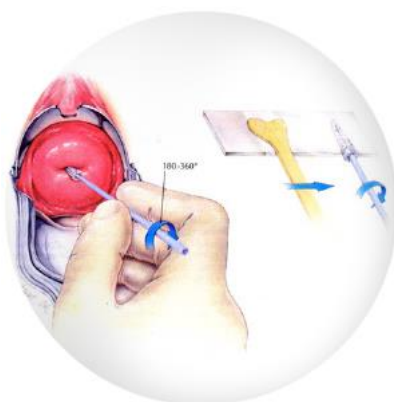


figura 1

Coleta da endocérvice

- 36) Coletar o material do canal cervical utilizando a escova cervical, fazendo um giro de 360°;
37) Percorrendo todo o contorno do orifício cervical.



Giro de 360°

Colocação do material na lâmina

- 38) Estender o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular.
39) Colocar a amostra ectocervical no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca.
40) Inserir o material retirado da endocérvice na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal.

Colocação do material na lâmina



Fonte: (INCA, 2002).

Fixação do esfregaço

- 41) Observar a data de validade do fixador.
42) Fixar imediatamente o material na lâmina, borrifando com o spray fixador a uma distância de 20 cm.



Fixação da lâmina

Finalização do exame

- 43) Depositar a lâmina no frasco/caixa.
- 44) Fechar o espéculo e retirá-lo delicadamente.
- 45) Retirar as luvas.
- 46) Auxiliar a usuário sair da mesa.
- 47) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- 48) Orientar sobre o recebimento do resultado, entregando-lhe o cartão com a data prevista.
- 49) Organizar a sala para receber a próxima usuário.
- 50) Registrar todas as informações em prontuário eletrônico.
- 51) Conferir a identificação do frasco/caixa com a da requisição.
- 52) Encaminhar a caixa com a amostra juntamente com a requisição (em forma de envelope, para proteger as lâminas).

Observações:

* Tamanho Pequeno: deve ser utilizado em mulheres que não tiveram parto vaginal (normal), jovens, e mulheres em menopausa.

Tamanho médio: utilizado em condições intermediárias ou em caso de dúvida,

** No caso de pessoas idosas com vaginas extremamente ressecadas, recomenda-se molhar o espéculo com soro fisiológico.

- Qualquer contato da mulher com o serviço de saúde é momento oportuno de identificação daquelas não rastreadas e proceder a coleta do exame citopatológico.
- A utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais devem ser evitadas por recobrirem os elementos celulares, dificultando assim a avaliação microscópica, prejudicando a qualidade da amostra.
- Orienta-se evitar a realização de exames intravaginais, como a ultrassonografia nas 48 horas que antecedem à coleta, por motivo da utilização do gel transdutor no momento do exame.
- Embora usual, a recomendação de abstinência sexual prévia à coleta só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas. A presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica.
- A coleta do material deve ser realizada na ectocérvice e na endocérvice em lâmina única.
- A amostra de fundo de saco vaginal não é recomendada, pois o material coletado é de baixa qualidade para o diagnóstico oncológico.
- Mulheres grávidas também podem se submeter ao exame, sem prejuízo para sua saúde ou a do bebê.

Coleta em grávidas:

- Pode ser feita em qualquer período da gestação, preferencialmente no 1º trimestre podendo ser realizada até o 7º mês.
- A coleta deve ser feita com a espátula de Ayres.
- Não é indicada a coleta endocervical.

Histerectomizadas:

- Total: Não há necessidade de rastreamento, porém não deve haver impedimento quando a mulher deseja realizar o exame.
- Sub total com permanência do colo uterino: deve seguir o roteiro de rastreamento.

Adequabilidade da amostra:

Amostra insatisfatória para avaliação:

- Amostra cuja leitura esteja prejudicada por natureza técnica ou devido à presença de: sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular.
- *Orienta-se repetir a coleta em 6 a 12 semanas, quando possível.

Amostra satisfatória para avaliação:

- Amostra com células em quantidade representativa, permitindo a conclusão diagnóstica.
- Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero: células escamosas; células glandulares (não inclui o epitélio endometrial) e células metaplásicas.

Esfregaços normais somente com células escamosas:

- A amostra deve conter células do canal cervical (coletada com escova) e da ectocérvice (coletada com espátula de Ayres).
- *Deve ser repetido com intervalo de um ano e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de três anos.
- Para análise e interpretação do resultado – seguir Orientação Técnica 43 -
Conduta a ser tomada a partir do laudo do citopatológico cérvico-vaginal.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução](#).
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de alteração no exame por técnica incorreta

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout
9	2025	Adequação do profissional responsável

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 118	
Título do Documento	118. EXAME CLÍNICO DE MAMAS	Emissão: 07/03/2025	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 9	

1. OBJETIVO

Rastrear e detectar precocemente alterações nas mamas, contribuindo para o estadiamento em fase inicial do câncer.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

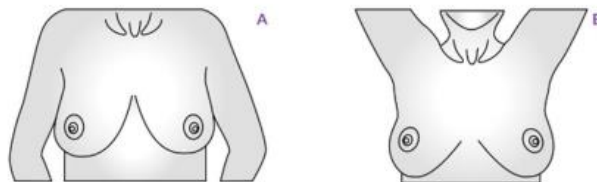
- Camisola/ avental, mesa ginecológica, biombo (se necessário).

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Solicitar que a usuário troque de roupa e coloque uma camisola para mais conforto.
- Auxiliar a usuário a subir na mesa/maca.
- Solicitar à mulher para sentar-se na mesa/maca, com os pés apoiados na escada auxiliar, sempre respeitando sua privacidade.
- Utilizar biombo caso necessário.
- Informar a mulher sobre o câncer da mama, sinais de alerta, fatores de risco, detecção precoce e a composição e variabilidade da mama normal, enquanto realiza o exame clínico.
- Incentivar a mulher a realizar a auto palpação das mamas sempre que se sentir confortável (no banho, durante a troca de roupa ou em outra situação cotidiana).
- Orientar quais são as 5 alterações consideradas sinais de alerta:
 - Nódulo ou espessamento que pareçam diferentes do tecido das mamas.
 - Mudança no contorno das mamas (retração, abaulamento).
 - Desconforto ou dor em uma única mama que seja persistente.
 - Mudanças no mamilo (retração e desvio).
 - Secreção espontânea pelo mamilo, principalmente se for unilateral.
- Realizar a inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação das mamas e das cadeias ganglionares.

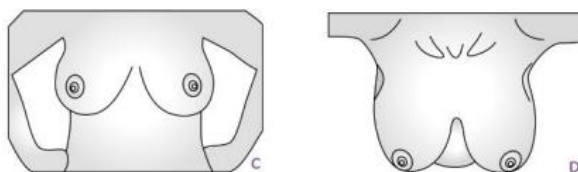
- i) **Inspeção estática**: a mulher deve se manter sentada, com o colo desnudo e os braços pendentes ao lado do corpo ou levantados sobre a cabeça;



Fonte: Adaptado de Rotinas em Ginecologia, Artmed, 2017.

j) **Inspeção dinâmica**

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Solicitar para que a mulher eleve e abaixe os braços lentamente, realizando contração da musculatura peitoral, comprimindo as palmas das mãos uma contra a outra diante do tórax, ou comprimindo o quadril com as mãos colocadas uma de cada lado.

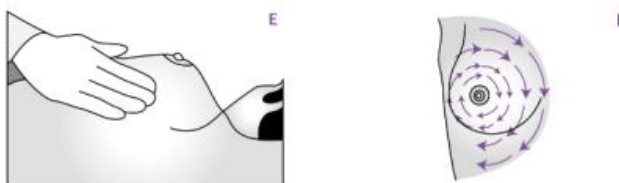


Fonte: Adaptado de Rotinas em Ginecologia, Artmed, 2017.

- k) Observar sinais de abaulamento ou retração ao promover o deslizamento das mamas sobre o músculo peitoral.
- l) Questionar se a mulher sentiu alguma dor ou incômodo durante o movimento realizado.

m) **Palpação das mamas**

- Manter a mulher sentada, com o braço homolateral relaxado e o antebraço repousando sobre o antebraço homolateral do examinador, para a palpação das cadeias ganglionares axilares.
- n) Solicitar à mulher para deitar-se na mesa/maca em decúbito dorsal, cobrindo-a com um lençol.
- o) Iniciar a palpação com a mão correspondente a mama a ser examinada colocada sob a cabeça.
- p) Aplicar três níveis de pressão em sequência em cada área examinada: pressão leve, média e profunda, correspondendo ao tecido subcutâneo, ao nível intermediário e mais profundamente à parede torácica.
- q) Realizar movimentos circulares com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos da mão (como se estivesse contornando a extremidade de uma moeda).
- r) Palpar a região da aréola e da papila (mamilo) sem comprimir*.
- s) Observar possíveis alterações na temperatura da pele e a existência de nódulos.
- t) Avaliar descarga papilar aplicando compressão unidigital suave sobre a região areolar, em sentido radial, contornando a papila**.



Fonte: Adaptado de Rotinas em Ginecologia. Artmed: 2017.

- u) Orientar a mulher sobre as condições observadas durante o exame clínico.
- v) Auxiliar a descer da mesa/maca.
- w) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- x) Registrar em prontuário detalhadamente os casos de presença de nódulos, incluindo informações quanto ao seu tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização.
- y) Descrever o aspecto da secreção, se houver: uni ou bilateral, uni ou multiductal, espontânea ou provocada pela compressão de algum ponto específico, coloração e relação com algum nódulo ou espessamento palpável.

Observações:

*Em mulher que realizou mastectomia, deve-se palpar a parede do tórax, a pele e a cicatriz cirúrgica.

** A saída da secreção pode ser provocada pela compressão digital de um nódulo ou área de espessamento, podendo estar localizado em qualquer região da mama.

- Na estratégia de diagnóstico precoce é fundamental a educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, assim como o acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde.
- As evidências atuais ainda são insuficientes para avaliar os benefícios e malefícios do exame clínico das mamas associado à mamografia como estratégia de rastreamento. Porém no contexto do diagnóstico precoce de mulheres com sinais e sintomas suspeitos, o exame clínico de mama parece ter benefícios em relação à sobrevida. (USPSTF, 2009).
- Os casos alterados e suspeitos, devem ser encaminhados para investigação diagnóstica junto ao médico da Unidade e posteriormente encaminhado ao serviço de referência para o diagnóstico do câncer de mama.
- Os principais achados no exame clínico de mama que necessitam de referência urgente para investigação diagnóstica são os seguintes (NICE, 2005):
 - Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo, independentemente da idade.
 - Nódulo mamário persistente por mais de um ciclo menstrual em mulheres com mais de 30 anos ou presente depois da menopausa.
 - Nódulo mamário em mulheres com história prévia de câncer de mama.
 - Nódulo mamário em mulheres com alto risco para câncer de mama.

- Alteração unilateral na pele da mama, como eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea ou distorções do mamilo.
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral e espontânea (secreções transparentes ou rosadas também devem ser investigadas).
- Homens com 50 anos ou mais com massa sub areolar unilateral de consistência firme com ou sem distorção de mamilo ou associada a mudanças na pele.
- Indicação de mamografia de rastreamento:
 - A mamografia de rastreamento é recomendada para mulheres na faixa etária prioritária (50 a 69 anos) ou mulheres do grupo de risco a partir de 35 anos de idade

6.2 Recomendações profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de alteração no resultado devido a técnica incorreta

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout
9	2025	Adequação do profissional responsável

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 119	
Título do Documento	119. TESTE DE GLICEMIA CAPILAR	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Realizar o teste de glicemia com qualidade.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Algodão, álcool 70%, agulha com dispositivo de segurança, aparelho glicosímetro, fita teste, luvas.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Preparar o material necessário.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Calçar luvas de procedimento.
- Abrir o frasco de tiras de glicemia, retirar a tira teste fechando o frasco após o uso.
- Inserir a extremidade metálica da fita no monitor de glicemia ativando-o.
- Realizar assepsia do dedo onde será feita a punção*
- Iniciar o teste quando aparecer o símbolo e mensagem aplicar gota no visor o que significa que o medidor está pronto.
- Preparar a agulha com dispositivo de segurança, removendo o lacre da ponta.
- Segurar e encostar a agulha com dispositivo de segurança firmemente contra o dedo.
- Manter pressão moderada no dedo escolhido, sem massagear a área.
- Apertar o botão de disparo realizando a punção capilar.
- Encostar a borda amarela da tira de teste na gota de sangue, a tira irá sugar a gota, aparecendo o resultado em até 4 segundos
- Realizar a leitura do resultado que aparecerá no visor do aparelho.
- Retirar tira de teste usada puxando -a para fora do monitor e desprezar em lixo infectante.
- Realizar desinfecção do aparelho entre atendimentos ([POP.ENFDAPS.037](#))
- Retirar luvas e lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Manter aparelho em local seguro.

r) Registrar resultado as orientações realizadas em prontuário eletrônico.

Observações:

*Para punção na falange distal colocar o polegar acima ou abaixo, bem distante do local a ser puncionado.

Valor de Referência para controle de glicemia:
Jejum = 80 a 130 mg/dl
Pré Prandial = DE 80 A 130 mg/dL
Ao deitar = até 160 mg/dL

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de controle inadequado
- Risco de acidente com perfurocortante

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1		Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 120	
Título do Documento	120. RECOMENDAÇÕES PARA AUTOMONITORIZAÇÃO DA GLICOSE CAPILAR (AMGC)	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Realizar o teste de glicemia com qualidade.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro, Farmacêutico e Médico. Farmacêutico: Orientar e supervisionar os relatórios de resultado de exames

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

AMGC: Auto Monitoramento da Glicemia Capilar

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Algodão, álcool 70%, agulha com dispositivo de segurança, aparelho glicosímetro, fita teste, luvas.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

a) Observações importantes:

- Potencializar o programa com educação em diabetes para melhor gerir os resultados. O simples ato de realizar os testes sem a adequada tomada de atitude não se reflete em benefícios ao usuário.
- Realizar avaliação da prescrição dos usuários, lembrando que não existe nenhuma recomendação padrão que sirva para todos os usuários. Individualização é a regra.
- A frequência de testes varia com o tipo de DM, o esquema de insulinização empregado e a estabilidade do quadro.
- A otimização da utilização das tiras de glicemia passa pelo adequado preenchimento dos dados do software de AMGC.

b) Tipos de Prescrições x automonitorização da glicemia Capilar:

- Em uso de insulina NPH ao deitar, *bedtime* (esquema padrão inicial para o uso da insulina, habitualmente associado a antidiabéticos orais):
 - Fazer dosagem da glicemia capilar em jejum.

- Orientar o ajuste de dose conforme a glicemia de jejum. Um esquema simples é orientar o aumento de 1 U de insulina por dia até a obtenção da meta de glicemia entre 80 e 130 mg/dl.
- Orientar após o início da insulinização o retorno do usuário em uma semana na Unidade de Saúde, com os controles glicêmicos e seus devidos ajustes de dose.
- Em uso de insulina NPH ou Regular duas ou mais vezes ao dia:
 - Recomenda-se os controles de glicemia capilar nos seguintes horários: jejum, antes do almoço, antes do jantar e ao deitar.
 - O exame de glicemia capilar pré prandial deve ser realizado imediatamente antes da ingesta alimentar.
 - Orientar o retorno do usuário na Unidade de Saúde em uma semana para os devidos ajustes na dose de insulina.

c) **Meta/Valor Referencial**

- As metas de glicemia em jejum e pré prandiais são entre 80 e 130 mg/dl
- A meta de glicemia ao deitar é até 160 mg/dl.

d) **Lembrar:**

- **Esquema de insulinização plena** (NPH e regular 2 a 3 vezes por dia) utiliza-se em média 1 U de insulina por Kg, sendo 50 a 60% da dose insulina NPH e 40 a 50% de insulina regular. Tentar sempre respeitar estas proporções na prescrição de NPH e regular.
- **Esquema convencional clássico** (NPH e regular 2x/dia) utiliza-se dois terços da dose antes do café e um terço antes do jantar, sendo que a dose antes do café é de 2/3 NPH e 1/3 regular e antes do jantar metade da dose de NPH e metade da dose de regular.

e) **Orientações para adequações da dose de insulina:**

- Aumentar a dose de insulina NPH da noite se houver aumento da glicemia de jejum. Aumentar a unidade (1U) de insulina por dia até a obtenção da meta de glicemia entre 80 e 130 mg/dl.

Este passo é fundamental para o controle glicêmico. Outros ajustes só devem ser feitos após esse controle.

- Checar as glicemias antes do almoço, antes do jantar e ao deitar somente após a estabilização da glicemia de jejum.
- Iniciar ou aumentar a dose da insulina regular no café da manhã se a glicemia antes do almoço estiver elevada.
- Se a glicemia antes do jantar estiver elevada, há duas opções de ajuste: iniciar ou aumentar a dose de insulina NPH da manhã ou iniciar/ aumentar a dose da insulina regular antes do almoço.
- Iniciar ou aumentar a dose da insulina regular no jantar se a glicemia ao deitar estiver elevada.

f) **Ajuste da automonitorização glicêmica**

- Diminuir a frequência da AMG após a estabilização do quadro (glicemias capilares e hemoglobina glicada na meta).
- Continuar a fazer glicemias capilares em jejum 3 a 4 x/semana para usuários com insulina bedtime nas metas.
- Realizar 2 testes ao dia alternando os horários entre jejum, antes do almoço, antes do jantar e ao deitar para usuários com insulinização plena nas metas.

g) Hipoglicemia

- Orientar ao usuário a realizar a glicemia capilar sempre que apresentar sintomas compatíveis com hipoglicemia (fome, fraqueza, tontura, tremores e sudorese excessiva).
- Se tiver hipoglicemia (menor que 70 mg/dl) com manutenção de consciência deve-se orientar ingerir cerca de 15 gramas de carboidrato de ação rápida (copo de água com uma colher de sopa rasa de açúcar, 150 ml de refrigerante normal, 150 ml de suco de laranja ou uma colher de mel, por exemplo)
- Repetir a glicemia capilar 15 minutos após a ingesta de açúcar, se a glicemia subir, recomenda-se ingerir um carboidrato complexo (1 pão francês ou 1 fatia de pão) para evitar nova hipoglicemia na evolução. Se a glicemia não tiver subido, recomenda-se repetir as 15g de açúcar e refazer o mesmo processo.
- Se tiver hipoglicemia com perda de consciência, deve-se encaminhar imediatamente para a UPA para administração de glicose por via endovenosa.

h) Hiperglicemia

- Orientar ao usuário a realizar a glicemia capilar sempre que apresentar sintomas compatíveis com hiperglicemia aguda e cetoacidose (poliúria, polidipsia, fraqueza, astenia, dor abdominal e hálito cetônico)
- Se a glicemia estiver acima de 250 mg/dl, deve-se administrar 10 U de insulina regular, estimular a ingesta hídrica e repetir a glicemia em uma hora.
- Se tiver náuseas e vômito, impossibilitando a ingesta hídrica, bem como rebaixamento do nível de consciência (sonolência, tontura, desorientação, desmaio), deve ser imediatamente conduzido à UPA.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de controle glicêmico inadequado
- Risco de infecção

8. ANEXOS

[Anexo 2 - Orientação para uso de insulina em Domicílio – Uso individual](#)

[Anexo 3 - Orientação para uso de insulina em Domicílio – Uso combinado](#)

[Anexo 4 – Termo de Responsabilidade – Cessão de uso do aparelho de glicemia](#)

[Anexo 6 – Planilha De Automonitoramento De Glicemia Capilar](#)

[Anexo 7 – Recomendação/Orientação para usuários em uso de insulina](#)

[Anexo 8 – informação para os usuários dos insumos fornecidos e critérios](#)

9. REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015- 2016. 2015.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Manual de Contagem de Carboidratos para Pessoas com Diabetes. 2016
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in Diabetes 2018. D. Care. 2018; 41(1): S4-S144.
4. Saudek CD, Kalyani RR, Brancati FL. Johns Hopkins Diabetes Guide. Treatment and Management of Diabetes. 2012.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 121	
Título do Documento	121. MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR – SOFTWARE	Emissão 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Realizar monitoramento dos resultados e entrega de fitas para usuários.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

US: Unidade de Saúde

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Computador software, aparelho de glicemia do usuário

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Receber usuário em uso de aparelho de glicemia e fitas.
- Seguir a Normatização para o fornecimento de insumos aos portadores de diabetes em uso de insulina.

Importante

- Informações sobre Recebimento de Insumos para Auto monitoramento da Glicemia Capilar
 - Cadastro do Glicosímetro e do usuário no software
 - Instruções de uso do glicosímetro
 - O aparelho é de uso exclusivo do usuário – Termo de Cessão de uso
 - Planilha de automonitoramento de glicemia capilar
- Atentar para que o horário apresentado no aparelho seja conforme com o horário local (hora de Brasília).
 - Cadastro novos usuários**
 - São dados obrigatórios: Cadastro definitivo na US; Nome do usuário; Data de nascimento;
 - Número do cartão nacional; CPF.
 - Estar inscrito em programa de diabéticos.
 - Primeiro fornecimento**

- Prescrição obrigatória: glicosímetro, lancetador, fita de glicemia e lancetas
- Fornecer ao usuário fitas conforme previsto na normatização.

Exames prescritos/dia	Quantidade máxima permitida no e-saúde para prescrição*		Quantidade suficiente para:
	Fitas*	Lancetas *	
1	200	200	6 meses e 20 dias
2	200	200	3 meses e 10 dias
3	200	200	2 meses e 6 dias
4	200	200	1 mês e 20 dias

*Quantidade máxima permitida no e-saúde para prescrição mas o prescritor deve avaliar o prazo que o usuário deve retornar para reavaliação e nova prescrição e desta forma, definir a quantidade de fitas e lancetas prescritas.

- f) Orientar o usuário sobre a obrigatoriedade do comparecimento às consultas agendadas conforme avaliação do controle metabólico seguindo os agendamentos de retorno conforme avaliação adequado, inadequado ou ruim.
- g) Realizar as orientações quanto ao uso correto do glicosímetro, conforme prescrição médica.

Opção 1 = Uso de insulina com uma única aplicação a noite:

- Realizar teste em jejum (ao acordar /manhã)

Opção 2 = Uso de insulina com duas ou mais aplicações ao dia:

- Realizar 2 (intercalando horários) a 4 testes ao dia nos seguintes horários:
 - Antes do café
 - Antes do almoço
 - Antes do jantar
 - Ao deitar
 - Para quem está utilizando Insulina Regular pode ser útil, conforme recomendação médica realizar testes 2 horas após refeições (não se deve realizar com intervalos que não sejam de 2 horas após a refeição).
 - Eventualmente pode ser necessário realizar glicemia às 03:00 para investigar hipoglicemias.
- h) Realizar orientações do uso correto da insulina ([POP.ENFDAPS.120](#)).
- i) Realizar orientações e encaminhamentos necessários quando, na interpretação de exames, estiverem fora dos critérios de normalidade esperados.
- j) Realizar os registros de atendimento no sistema software e prontuário e-saúde.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Sempre que solicitado pelo usuário, sobre quais insumos são disponibilizados e dos critérios estabelecidos, a equipe pode disponibilizar a informação contida no anexo 1 da Normatização.

- b) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme POP Prevenção padrão.
- c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de controle glicêmico inadequado

8. ANEXOS

[Anexo 2 - Orientações para Domicílio – Uso Individual](#)

[Anexo 3 - Orientações para Domicílio – Uso Combinado](#)

[Anexo 4 - Termo de Responsabilidade – Cessão de Glicosímetro](#)

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 122	
Título do Documento	122. COLETA DE SECREÇÃO DE NASOFARINGE	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Obter o diagnóstico precoce para impedir a disseminação da doença.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

EPI: Equipamento de Proteção Individual

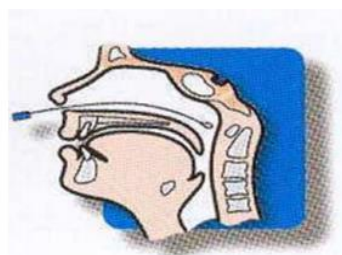
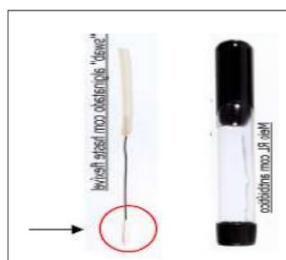
5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Um swab (alginado, com haste metálica, ultrafino, flexível e estéril), 1 tubo com meio de transporte Reagan-Lowe, avental descartável, máscara, óculos e luvas de procedimentos.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Retirar um tubo de transporte *Reagan Lowe* da geladeira 30 minutos antes da coleta (deve estar a temperatura ambiente).
- Preparar todo o material necessário. Paramentar-se com EPIs adequados
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Orientar o usuário sobre a realização do procedimento e colocá-lo em posição confortável.
- Colocar EPIs (máscara, avental descartável, óculos e luvas)
- Introduzir delicadamente o swab ultrafino em uma das narinas, girando-o sobre seu eixo, até encontrar resistência.



- Manter o swab em contato com a nasofaringe por 10 segundos, girando-o.

- h) Retirar o swab suavemente da narina.
- i) Estriar (passar) o swab na superfície inclinada do meio de transporte, e a seguir, introduzi-lo no meio/ gel.
- j) Identificar o tubo com os dados e números de identificação do usuário.
- k) Realizar a notificação e registrar na GAL.
- l) Encaminhar ao Laboratório de referência abrigado da luz, a temperatura ambiente, e preferencialmente no período máximo de até seis horas após a coleta*.
- m) Retirar os EPIs (máscara, óculos, avental e luvas).
- n) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- o) Registrar o procedimento no prontuário eletrônico.

Observações:

*Na impossibilidade de um encaminhamento dentro desse período, o material deverá sempre ser mantido a temperatura ambiente e colocado em uma caixa de isopor ou recipiente devidamente identificado.

- Não coletar amostras de casos suspeitos com:
 - Mais de 30 dias com tosse
 - Em uso de antibiótico há mais de 3 dias.
 - Quando já tiver sido coletada amostra de suspeitos sintomáticos no grupo de investigação.
- Utilizar somente um swab e um tubo de transporte com o meio para cada usuário.

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de contaminação

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2015	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.123	
Título do Documento	123. COLETA DE SECREÇÃO DE NASOFARINGE - SUSPEITA DE NOVO CORONAVÍRUS - SARS-CoV-2 / COVID-19	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 3	

1. OBJETIVO

Obter o diagnóstico precoce para impedir a disseminação da doença.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

EPI Equipamento de Proteção Individual

UBS Unidade Básica de Saúde

UPA Unidade de Pronto Atendimento

MTV Meio de Transporte Viral

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Tubo de Meio de Transporte Viral (MTV) para colocar o swab com a amostra (nasofaringe); Guardanapo/papel toalha para o usuário; Espátula de madeira; Tesoura; Prateleira de suporte; Caneta para identificar o frasco; Saquinho plástico para colocar o frasco após a coleta; Frasco com rosca para acondicionar a amostra dentro da caixa térmica; Caixa térmica identificada na parte externa com o nome do laboratório que será encaminhado. Ex: EXAMES PCR COVID-19 PARA IBMP ou EXAMES PCR COVID-19 PARA LACEN; Gelox® exclusivo do laboratório; Fita crepe pra fechar a caixa térmica; Saquinho para colocar a requisição GAL pelo lado de fora da caixa; Álcool em gel; Pano descartável; Desinfetante hospitalar.
- EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPIs: Jaleco; Avental descartável; Máscara PFF2 ou N95; Óculos de proteção ou máscara de escudo facial; Luvas de procedimentos; Gorro.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

1. Deixar sobre a mesa

- Caixa térmica com gelox® e frasco plástico com tampa e rosca
- Tubo de ensaio com Meio de Transporte Viral (MTV) para o swab
- Haste de swab (1 unidade por coleta)
- Tesoura
- Prateleira de suporte com o tubo Meio de Transporte Viral (MTV)

- Saquinho aberto para colocar o tubo após a coleta (arrumar dentro de um espaço da prateleira, deixar aberto pronto para receber o tubo de ensaio)

2. Procedimento - passo a passo

1. Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
2. Preparar todo o material necessário;
3. Friccionar as mãos com álcool em gel;
4. Colocar EPIs (Sequência de PARAMENTAÇÃO):
 - Lavar as mãos ou utilizar álcool gel,
 - Colocar a máscara N95,
 - Lavar as mãos ou friccionar com álcool em gel ([POP.ENFDAPS.003](#))
 - Colocar a touca,
 - Colocar o protetor facial ou óculos,
 - Lavar as mãos ou friccionar com álcool em gel,
 - Colocar as luvas;
5. Explicar o procedimento para o usuário, que a coleta é desconfortável e que o lacrimejamento é uma resposta normal a inserção;
6. Oferecer papel toalha e solicitar ao usuário que assoe o nariz e descarte-o.
7. Realizar identificação do frasco (tubo de ensaio) com dados do usuário;
8. Posicionar o usuário sentado, preferencialmente com a cabeça apoiada na parede, orientando-o que evite movimentos com a cabeça durante a coleta.

Observação

Realizar a coleta com 1 swab para coleta de amostra de ambas narinas.
Não é realizado coleta de orofaringe

3. Coleta nasofaringe

- Examinar a fossa nasal do usuário com o intuito de verificar a presença de secreções e a posição do corneto inferior e médio. A inspeção é feita deslocando-se a ponta do nariz para cima com o dedo polegar e inclinando-se a cabeça do usuário. Pedir para o usuário assoar (limpar) o nariz caso haja secreções. O objetivo do exame é colher um esfregaço de células e não secreção nasal;
- Introduzir a haste de swab na cavidade nasal (cerca de 5 cm), direcionando-o para cima (direção dos olhos), com uma angulação de 30° a 45° em relação ao lábio superior. É importante certificar-se que o swab ultrapassou superiormente o corneto inferior atingindo o meato médio;
- Após a introdução, esfregar o coletor com movimentos circulares delicados, pressionando-o contra a parede lateral do nariz (em direção à orelha do usuário). Remover o coletor do nariz do usuário cuidadosamente e introduzi-lo imediatamente no tubo de ensaio. Colher secreção das duas narinas (mesmo swab para as duas narinas);
- Colocar imediatamente a amostra coletada no tubo de Meio de Transporte Viral (MTV) já identificado, cortando ou quebrando a haste para poder fechar a tampa do frasco;
- Acondicionar as amostras dentro do saquinho e este dentro do pote de rosca (deve estar aberto neste momento);
- Realizar desinfecção da tesoura com pano descartável e SURFIC® ou GERMI RIO PLUS®, descartando o pano descartável após o uso;
- Remover as luvas;
- Lavar as mãos ou friccionar com álcool em gel;

- Fechar a tampa do pote e fechar a caixa térmica resfriada com “gelox®” congelado (se transporte no mesmo dia);

4. Observação na coleta em crianças

- Recomenda-se umedecer a ponta do swab com soro fisiológico e realizar medição prévia, da ponta asa do nariz ao lobo inferior da orelha (Figura 1) sendo recomendado a inserção da metade desta medida. (Figura 2)
- **Posicionamento para coleta indicado para crianças:**
 1. **Opção 1:** Posicionar a criança de frente para mãe com a cabeça lateralizada, abraçando-a firmemente, contar com ajuda de outra pessoa para segurar a cabeça da criança (Figura 3)
 2. **Opção 2:** Posicionar a criança para a frente, no colo da mãe. Orientar a mãe para que com uma das mãos segure a cabeça da criança pela testa mantendo-a junto a seu tórax e com a outra mão segure os braços da criança envolvendo-a junto ao seu corpo. (Figura 4)
 3. **Opção 3:** Posicionar a criança deitada em maca ou cadeira, com elevação do tronco a 45°, posição semi sentado. (Figura 5)

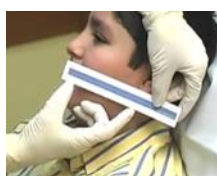


Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5

Fonte: imagens disponibilizadas em internet https://www.youtube.com/watch?v=ar2Grm_t8X8 - Ano da pesquisa 2020

- Realizar os registros necessários (ver sessão de Registros – p. 4)
- Liberar usuário após finalizar registros e orientar sobre a entrega do resultado.

5. Desparamentação parcial - após cada exame:

- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos ou friccionar com álcool em gel;
- Realizar troca do avental descartável se ocorrer contato direto, tosse e ou espirro do usuário durante o procedimento, caso contrário não é necessário.

6. Desparamentação final

- Retirar as luvas,
- Retirar o avental,
- Lavar as mãos ou friccionar com álcool em gel,
- Retirar o protetor facial ou óculos,
- Lavar as mãos ou friccionar com álcool em gel,
- Retirar a touca,
- Lavar as mãos ou friccionar com álcool em gel,
- Retirar a máscara,
- Lavar as mãos ou friccionar com álcool em gel.

7. Desprezar os descartáveis em lixo infectante, procedendo a higienização dos óculos de proteção ou viseira conforme descrito no POP- Manual de Controle de Infecção.

8. SOLICITAÇÃO INSUMO MTV (meio de transporte de viral) para a coleta de COVID-19

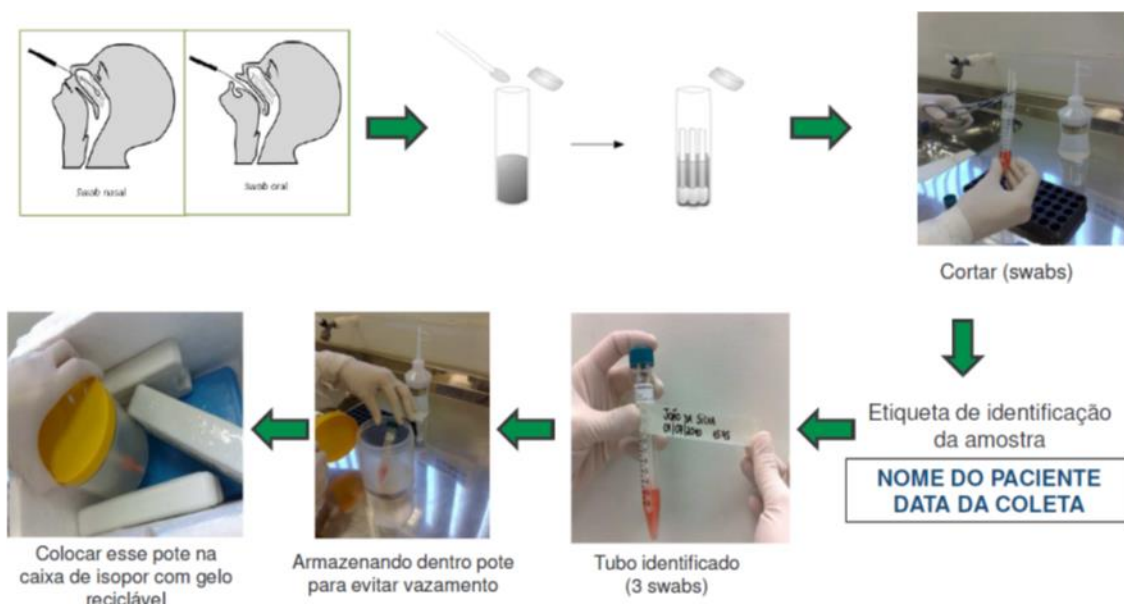
- A solicitação deve ser realizada exclusivamente pelos Distritos Sanitários (setor de epidemiologia).
- As UBS e UPAS solicitam ao Distrito Sanitário os MTV;
- O Distrito Sanitário solicita via e-mail para o Laboratório Municipal;
- O Laboratório entrega para os Distritos Sanitários que entregam para as respectivas UBS e UPAS.

9. Registros necessários

- Realizar os registros em prontuário eletrônico conforme Fluxo de Atendimento ao usuário sintomático respiratório.

10. Transporte

1. As amostras coletadas deverão ser encaminhadas na rotina do malote do Laboratório Municipal;
2. As amostras que não forem encaminhadas no dia da coleta **deverão ser conservadas em refrigerador na temperatura entre 2 a 8 °C** e encaminhadas no dia seguinte. As amostras refrigeradas não encaminhadas ao laboratório em até 24 horas após a coleta, devem ser congeladas (Ex.: Amostras coletadas na 6ª feira ou véspera de feriados devem ser congeladas).
- Usar o refrigerador do laboratório para conservação das amostras PCR COVID-19;
- Manter amostra refrigerada na prateleira, não colocar na porta
- Não colocar a caixa térmica dentro do refrigerador
3. No carro do malote do Laboratório Municipal haverá caixas térmicas com gelox®, identificadas com local de encaminhamento das amostras - IBMP ou LACEN.
4. O funcionário escalado da UBS/UPA deverá levar o pote de rosca (pote de contenção) contendo a(s) amostra(s) até o carro e acondiciona-lo na caixa térmica com gelox® de acordo com o local de encaminhamento das amostras. Poderão ser acondicionados vários potes de contenção por caixa térmica conforme a capacidade;
5. Os formulários impressos (GAL e Declaração do Laboratório IBPM) devem ser encaminhados junto com a amostra, porém mantidos fora da caixa de isopor.



6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução](#).
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de contaminação

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 124	
Título do Documento	124. TESTES RÁPIDOS DE DIAGNÓSTICO IN VITRO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO SARS-COV-2 – IBMP e ABBOT	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Detecção rápida e qualitativa do antígeno produzido na infecção causada pelo SARS-CoV-2

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de enfermagem

A execução do teste pode ser realizada por profissional de nível superior e/ou de nível médio, conforme protocolo/fluxo institucional vigente e sob supervisão. A emissão do laudo com os resultados do teste deve ser realizada por profissional de nível superior.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

EPI: Equipamento de Proteção Individual

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Luva de procedimento, avental, máscara descartável, máscara escudo facial, cronômetro ou relógio, álcool 70%, algodão, caneta para identificação do cassete. KIT dispositivo do teste antígeno.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

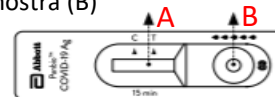
6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Paramentar-se com os EPIs recomendados
- Organizar todo o material que será necessário para a execução do teste.
- Verificar se os insumos estão íntegros. Não utilizar o dispositivo de teste se a embalagem estiver perfurada ou aberta.
- usuário do procedimento a ser realizado
-

ABBOT

Prepare e identifique o dispositivo do teste com data e os dados do usuário

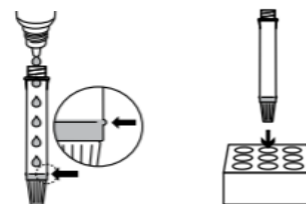
1. Todos os componentes do kit devem ser mantidos em temperatura ambiente, sem exposição direta à luz.
2. Abra a bolsa de alumínio e observe o dispositivo do teste (A) e cavidade de amostra (B)
3. Em seguida rotule o dispositivo com o identificador do usuário



Prepare o tubo de extração de fluido e depois proceda a coleta

1. Segure o frasco de tampão verticalmente
2. Encha o tubo de extração com fluido de tampão para que ele flua até a linha de enchimento (300µl)
3. Coloque o tubo de extração no suporte de tubos

Cuidado! Se a quantidade de tampão for excessiva ou insuficiente, um resultado de teste impróprio pode ocorrer.



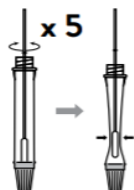
Proceda coleta da secreção orofaríngea

Observação: as bolhas que ocorrem no tubo de extração podem levar a resultado imprecisos. Se não conseguir criar gotas suficientes, o bico dispensador pode estar entupido. Agite o tubo suavemente para liberar o bloqueio.

1

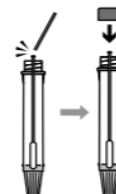
ver POP para COLETA de SECREÇÃO de NASOFARINGE

Insira a amostra de esfregaço no tubo de extração e gire a ponta do *swab*, empurrando na parede do tubo pelo menos cinco vezes e, em seguida, aperte o tubo de extração com os dedos sobre o *swab*.



2

Quebre o *swab* no ponto de quebra e feche a tampa do tubo de extração.



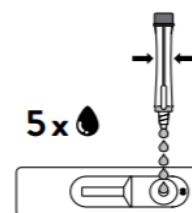
3

Abra a tampa do bico de gotejamento na parte inferior do tubo de extração.



4

Dispense 5 gotas das amostras extraídas verticalmente na cavidade da amostra do dispositivo. Não manuseie ou mova o dispositivo até que o teste esteja concluído e pronto para leitura.



IBMP

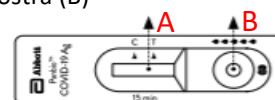
**Inicie o cronômetro e leia o resultado do teste em 15 minutos.
Não leia os resultados após 20 minutos.**

Prepare e identifique o dispositivo do teste com data e os dados do usuário

- 1- Lavar as mãos (POP 1.1 – Lavagem das Mãos - Módulo 1 – Prevenção e controle de Infecção).
- 2- Paramentar-se com os EPI's recomendados
- 3- Organizar todo o material que será necessário para a execução do teste.
- 4- Verificar se os insumos estão íntegros. Não utilizar o dispositivo de teste se a embalagem estiver perfurada ou aberta.
- 5- Orientar usuário do procedimento a ser realizado

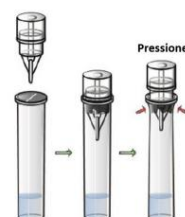
Prepare e identifique o dispositivo do teste com data e os dados do usuário

4. Todos os componentes do kit devem ser mantidos em temperatura ambiente, sem exposição direta à luz.
5. Abra a bolsa de alumínio e observe o dispositivo do teste (A) e cavidade de amostra (B)
6. Em seguida rotule o dispositivo com o identificador do usuário



Prepare o tubo de extração de fluido e depois proceda a coleta

4. Fure o lacre do tubo de tampão da amostra com o auxílio da tampa do tubo, pressionando para abrir completamente o lacre;
5. Remova a tampa do tubo pressionando a parte superior, empurrando-a para fora;
6. Apoie a tampa em uma superfície limpa, com a cobertura de proteção virada para baixo.



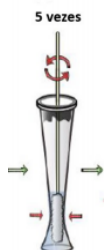
IBMP

Proceda coleta da secreção orofaríngea

Observação: as bolhas que ocorrem no tubo de extração podem levar a resultado imprecisos. Se não conseguir criar gotas suficientes, o bico dispensador pode estar entupido. Agite o tubo suavemente para liberar o bloqueio

1

Insira a amostra de esfregaço no tubo de extração e mergulhe no tampão da amostra. Aperte o tubo pressionando a ponta do *swab* e gire-o 5 vezes.



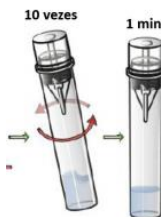
2

Ainda pressionando o tubo, remova o *swab*, garantindo que o máximo de material permaneça no tubo e descarte o *swab* no resíduo infectante.



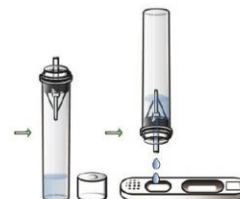
3

Insira a tampa novamente no tubo e certifique-se que está bem fechado. Agite gentilmente o frasco para misturar a amostra por 10 vezes. Aguarde 1 minuto.



4

Remova a cobertura de proteção do conta-gotas e descarte as 2 primeiras gotas em resíduo infectante. Dispense 3 gotas na cavidade de amostra.

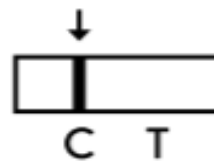


Inicie o cronômetro e leia o resultado do teste em 15 minutos.

INTERPRETAÇÃO DO TESTE: observe a sinalização que aparecerá no dispositivo

NEGATIVO

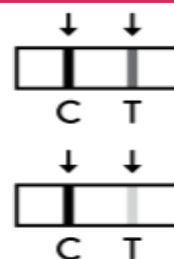
A presença apenas da linha de controle (C) e nenhuma linha de teste (T) dentro da janela de resultado indica um resultado negativo.



POSITIVO

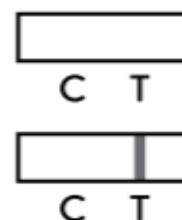
A presença da linha de teste (T) e da linha de controle (C) dentro da janela de resultado, independente de qual linha apareça primeiro, indica um resultado positivo.

Cuidado: A presença de qualquer linha de teste (T), não importa o



INVÁLIDO

Se a linha de controle (C) não estiver visível na janela de resultados após a realização do teste, o resultado é considerado inválido. As instruções podem não ter sido seguidas corretamente. É recomendável ler a instrução de uso novamente antes de testar a amostra com novo dispositivo de teste.

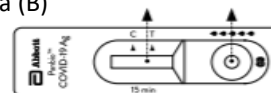


- 1- Lavar as mãos
- 1- Paramentar-se com os EPI's recomendados
- 2- Organizar todo o material que será necessário para a execução do teste.
- 3- Verificar se os insumos estão íntegros. Não utilizar o dispositivo de teste se a embalagem estiver perfurada ou aberta.
- 4- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado

**ANTÍGENO
COMBINADO**

Prepare e identifique o dispositivo do teste com data e os dados do usuário

1. Deixe todos os componentes do kit em temperatura ambiente por no mínimo 30m antes de iniciar o procedimento.
2. Abra a bolsa de alumínio e observe o dispositivo do teste (A) e cavidade de amostra (B)
3. Em seguida rotule o dispositivo com o identificador do usuário



Prepare o tubo de extração de fluido e depois proceda a coleta

1. Segure o frasco de tampão verticalmente
2. Retire a película protetora do frasco de tampão.

Proceda coleta da secreção orofaringe

Verr POP para COLETA de SECREÇÃO de NASOFARINGE

1

Insira a amostra de esfregaço no tubo de extração e gire a ponta do swab, empurrando na parede do tubo pelo menos cinco vezes.



2

Remova o swab pressionando as laterais. Aperte firmemente a tampa filtro no tubo



3

Dispense 4 gotas das amostras extraídas verticalmente na cavidade da amostra do dispositivo.



4

Não manuseie ou mova o dispositivo até que o teste esteja concluído e pronto pra leitura. Leia o resultado do teste em 15 – 30 minutos



Inicie o cronômetro e leia o resultado do teste em 15 minutos.

Não leia os resultados após 30 minutos.

ANTÍGENO
COMBINADO
(COMBO ECO
TESTE)

INTERPRETAÇÃO DO TESTE: observe a sinalização que aparecerá no dispositivo

NÃO REAGENTE

A presença apenas da linha de controle (C) e nenhuma linha de teste (T) dentro da janela de resultado indica um resultado não negativo.



INFLUENZA A REAGENTE

A presença da linha de teste (A) e da linha de controle (C) dentro da janela de resultado, independente de qual linha apareça primeiro, indica um resultado positivo.

Cuidado: A presença de qualquer linha de teste (A), não importa o quão tênue,



Influenza A reagente

INFLUENZA B REAGENTE

A presença da linha de teste (B) e da linha de controle (C) dentro da janela de resultado, independente de qual linha apareça primeiro, indica um resultado positivo.

Cuidado: A presença de qualquer linha de teste (B), não importa o quão tênue, indica um resultado positivo.



Influenza B reagente

COVID-19 E INFLUENZA A REAGENTES

A presença da linha de teste (A), da linha de teste (S) e da linha de controle (C) dentro da janela de resultado, independente de qual linha apareça primeiro, indica um resultado positivo.

Cuidado: A presença de qualquer linha de teste (A) e teste (S), não importa o quão tênue, indica um resultado positivo.



COVID-19 e Influenza A reagente

COVID-19 E INFLUENZA B REAGENTES

A presença da linha de teste (B), da linha de teste (S) e da linha de controle (C) dentro da janela de resultado, independente de qual linha apareça primeiro, indica um resultado positivo.

Cuidado: A presença de qualquer linha de teste (B) e teste (S), não importa o quão tênue, indica um resultado positivo.



COVID-19 e Influenza B reagente

INFLUENZA A E INFLUENZA B REAGENTES

A presença da linha de teste (A), da linha de teste (B) e da linha de controle (C) dentro da janela de resultado, independente de qual linha apareça primeiro, indica um resultado positivo.



Influenza A e Influenza B reagente

Cuidado: A presença de qualquer linha de teste (A) e teste (B), não importa o quão tênue, indica um resultado positivo.

COVID-19, INFLUENZA A E INFLUENZA B REAGENTES

A presença da linha de teste (A), da linha de teste (B), da linha de teste (S) e da linha de controle (C) dentro da janela de resultado, independente de qual linha apareça primeiro, indica um resultado positivo.

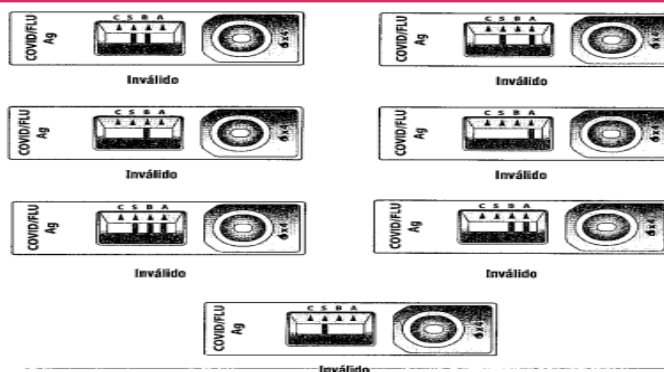


COVID-19, Influenza A e Influenza B reagente

Cuidado: A presença de qualquer linha de teste (A), de teste (B) e de teste (S), não importa o quão tênue, indica um resultado positivo.

INVÁLIDO

Se a linha de controle (C) não estiver visível na janela de resultados após a realização do teste, o resultado é considerado inválido. As instruções podem não ter sido seguidas corretamente. É recomendável ler a instrução de uso novamente antes de testar a amostra com novo dispositivo de teste.



- Realize os registros adequadamente no prontuário.
- Siga as orientações do documento Fluxo geral de atendimento ao usuário sintomático respiratório em vigência, conforme o resultado do teste.
- Orientações em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/vigilancia/epidemiologica/vigilancia-de-a-a-z/12-vigilancia/1476-profissionais-da-saude.html>

6.2 Recomendações profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).

- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de contaminação

8. REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Enfermagem. Parecer da Câmara técnica 018/2020/CTAS/COFEN. Brasília, 2020. Disponível em: cofen.gov.br/parecer-no-018-2020-cofen-ctas_81609.html
Acesso em 26/05/2021

Instituto de Biologia Molecular do Paraná. Instrução de Uso Teste Rápido COVID Ag. Disponível em ibmp.org.br/pt-br/wp-content/uploads/2021/06/IU-IVD-009-TR-Covid.pdf
Acesso em 14/06/2021

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 125	
Título do Documento	125. DIAPASÃO – TESTE SENSITIVO	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Avaliar sensibilidade.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro e Fisioterapeuta

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Diapasão, biombo, luvas de procedimento.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Apresentar-se ao usuário.
- Escolher um ambiente calmo e relaxante e orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado.

Método para a avaliação da Sensibilidade Térmica utilizando o diapasão

- Esclarecer o usuário sobre o teste.
- Aplicar o cabo do diapasão no dorso da mão para que o usuário compreenda a sensação térmica (fria) que será esperada no dorso dos pés.
- Aplicar o cabo do diapasão no dorso dos dois pés, sem que o usuário visualize. Ele deve informar se sente a temperatura fria ou se essa sensação está diminuída ou ausente

Método para a avaliação da Sensibilidade Vibratória utilizando diapasão de 128 Hz

- Esclarecer o usuário sobre o teste.
- Solicitar ao usuário que informe quando começar e quando deixar de sentir a vibração.
- Segurar o cabo do diapasão com uma mão e aplicar sobre a palma da outra mão um golpe suficiente para produzir a vibração das hastes superiores.

- k) Aplicar o diapasão sobre o pulso, ou o cotovelo, ou a clavícula do usuário de modo que ele saiba o que será testado.
- l) Aplicar a ponta do cabo do diapasão perpendicularmente e com pressão constante sobre a região interfalangeana de cada hálux. O local de escolha para o teste é a parte óssea no lado dorsal da região interfalangeana do hálux, em ambos os pés, mas alternativamente o maléolo lateral pode ser utilizado. A pessoa examinada não deve ser capaz de ver se ou onde o examinador aplica o diapasão.
- m) Manter o cabo do diapasão até que a pessoa informe não sentir mais a vibração
- n) Se o usuário é incapaz de perceber a vibração no hálux, o teste é repetido em segmentos mais proximais, como o maléolo ou tuberosidade da tíbia.
- o) Repetir esta aplicação duas vezes, mas alterne com, pelo menos, uma simulação, na qual o diapasão não vibre.

Teste positivo: se o usuário responder corretamente a, pelo menos, duas das três aplicações.

Teste negativo: com duas de três respostas incorretas, ou seja, com risco de ulcerações.

Teste anormal (sensibilidade protetora plantar ausente): se o usuário perder a sensação de vibração enquanto o examinador ainda perceber o diapasão em vibração.



- p) Registrar as informações em prontuário eletrônico.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Orientações para [Avaliação e Manejo dos Pés das Pessoas com Diabetes](#)
- b) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de alteração no resultado por técnica incorreta.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 126	
Título do Documento	126. MONOFILAMENTO – TESTE SENSITIVO	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Avaliar sensibilidade cutânea

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro e Fisioterapeuta.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

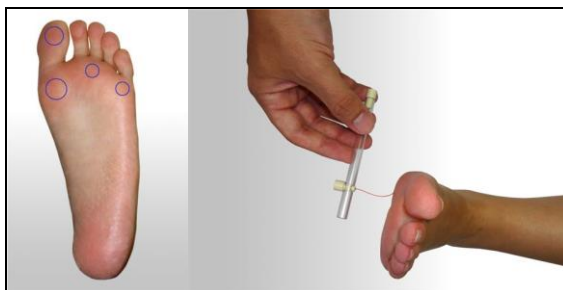
5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Monofilamento (Kit *Semmes Weinstein*)

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Apresentar-se ao usuário.
- Escolher um ambiente calmo e relaxante e orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado.
- Esclarecer o usuário sobre o teste.
- Solicitar ao mesmo que diga “sim” cada vez que perceber o contato com o monofilamento.
- Aplicar com leve pressão o monofilamento no dorso da mão para que o usuário compreenda a sensação tátil que será esperada na planta dos pés.
- Aplicar o monofilamento perpendicular à superfície da pele, sem que a pessoa examinada veja o momento do toque.
- Pressionar com força suficiente apenas para encurvar o monofilamento, sem que ele deslize sobre a pele.
- O tempo total entre o toque para encurvar o monofilamento e sua remoção não deve exceder 2 segundos.
- Perguntar, aleatoriamente, se o usuário sentiu ou não a pressão/toque (SIM ou NÃO) e em qual pé está sendo tocado.
- Serão pesquisados quatro pontos (hálux, 1ª, 3ª e 5ª cabeças dos metatarsos) em ambas as regiões plantares dos pés. Não aplicar em locais próximos a lesões.



- m) Aplicar três vezes no mesmo local, alternando com uma vez sem tocar, contabilizando no mínimo três perguntas por aplicação.
- n) A percepção da sensibilidade protetora está presente se duas respostas forem corretas das três aplicações.
- o) A percepção da sensibilidade protetora está ausente se duas respostas forem incorretas das três aplicações.
- p) Realizar limpeza do produto após cada uso conforme POP.
- q) O monofilamento não é de uso individual ou descartável.
- r) Manter o monofilamento em repouso por 24 horas a cada dez usuários examinados (para manter a tensão de 10g) - a vida útil do produto é de 18 meses.
- s) Realizar registros necessários em prontuário eletrônico.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Orientações para [Avaliação e Manejo dos Pés das Pessoas com Diabetes](#)
- b) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de alteração no resultado por técnica incorreta.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 127	
Título do Documento	127. COLETA DE EXAME SWAB – AMOSTRA VAGINAL	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Obter o diagnóstico precoce para “PESQUISA DE STREPTOCOCCUS AGALACTIAE GRUPO B – GBS – PARA GESTANTE”, código **SMS 02.02.08.998-3**.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Médico ou Enfermeiro

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Swab, gaze estéril, maca, lençol descartável e luva de procedimento.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Orientações/ Recomendações:

- Para a realização do exame, recomenda-se a coleta de material anal e vaginal, de gestantes com idade gestacional entre a 35ª e a 37ª semana.
- No momento da solicitação do exame deve ser selecionado os dois exames: **SWAB vaginal e SWAB anal**.
- Especificamente para a pesquisa de GBS, as amostras permanecem viáveis por **até 24 horas** após a coleta, desde que mantida em meio de transporte e em temperatura ambiente.
- Caso a amostra não seja encaminhada no mesmo dia ao laboratório, esta deve ser identificada manualmente no momento da coleta, sendo a sua confirmação no sistema somente no dia do envio ao laboratório (impressão de etiquetas).

Orientações / Recomendações antes da coleta:

- Não evacuar antes da realização da coleta.
- Não usar creme vaginal.
- Tomar banho, sem fazer ducha íntima vaginal.
- Não poderá ser realizado o exame em caso de sangramento.
- Registrar o uso de antibiótico citando qual medicamento em uso no momento (informar nos dados clínicos ou via memorando enviado juntamente com amostra).

6.2 Ação

- a) Acompanhar a gestante até o consultório.
- b) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- c) Preparar material que será utilizado.
- d) Posicionar a gestante na maca em decúbito dorsal com as pernas levemente fletidas.
- e) Calçar luvas de procedimento.

Como proceder a coleta

- f) Coletar **sem uso do espécuro**, o material da região vaginal inferior (introito vaginal).
- g) Introduzir o swab com o material coletado no meio de transporte (Stuart).
- h) Fechar bem e identificar a amostra (tipo da amostra e nome da usuária).
- i) Manter em temperatura ambiente por até 24 horas.

6.3 Recomendações profissionais

- a) Conforme Protocolo Mãe Curitibana também deve ser realizada a coleta de swab anal ([POP.ENFDAPS.128](#)).
- b) Estreptococo Agalactiae do grupo B (BETA HEMOLÍTICO DO GRUPO B) é um potencial agente causador de infecções neonatais, podendo evoluir para óbito.
- c) A reposição dos meios de transporte STUART será realizada via memorando informando o quantitativo a ser utilizado na semana, evitando estoque na UMS.
- d) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 – Prevenção](#).
- e) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de contaminação

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.128	
Título do Documento	128. COLETA DE EXAME SWAB – AMOSTRA ANAL	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 3	

1. OBJETIVO

Obter o diagnóstico precoce para “PESQUISA DE STREPTOCOCCUS AGALACTIAE GRUPO B – GBS - PARA GESTANTE”, código **SMS 02.02.08.998-3**.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Médico ou Enfermeiro.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- *Swab*, gaze estéril, maca, lençol descartável e luva de procedimento.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Orientações:

- 1- Para a realização do exame, recomenda-se a coleta de material anal e vaginal, de gestantes com idade gestacional entre a 35ª e a 37ª semana.
- 2- No momento da solicitação do exame deve ser selecionado os dois exames: swab vaginal e swab anal.
- 3- Especificamente para a pesquisa de GBS, as amostras permanecem viáveis por até 24 horas após a coleta, desde que mantida em meio de transporte e em temperatura ambiente
- 4- Caso a amostra não seja encaminhada no mesmo dia ao laboratório, deve ser identificada manualmente no momento da coleta, sendo a sua confirmação no sistema somente no dia do envio da amostra ao laboratório (impressão de etiquetas).

Utilizar dois meios de transporte (Stuart) um para cada Swab.

6.1 Ação

a) Recomendações antes da coleta:

- Não evacuar antes da realização da coleta.
- Não usar creme vaginal.
- Tomar banho, sem fazer ducha íntima vaginal.

- Não poderá ser realizado o exame em caso de sangramento.
- a) Registrar o uso de antibiótico citando qual medicamento em uso no momento (informar nos dados clínicos ou via memorando enviado juntamente com amostra).
- b) Acompanhar a gestante até o consultório.
- c) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- d) Preparar material que será utilizado.
- e) Posicionar a gestante na maca em decúbito dorsal com as pernas levemente fletidas.
- f) Calçar luvas de procedimento.

Como proceder a coleta

- g) Introduzir levemente o *swab* no ânus (aproximadamente 1 cm).
- h) Fazer movimentos giratórios para absorver o material da região.
- i) Retirar e colocar o *swab* dentro do meio de transporte.
- j) Fechar bem e identificar a amostra.
- k) Manter o frasco em temperatura ambiente por até 24 horas.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Conforme Protocolo Mãe Curitibana também deve ser realizada a coleta de *swab* vaginal (POP).
- b) *Estreptococo Agalactiae* do grupo B (BETA HEMOLÍTICO DO GRUPO B) é um potencial agente causador de infecções neonatais, podendo evoluir para óbito.
- c) A reposição dos meios de transporte STUART será realizada via memorando informando o quantitativo a ser utilizado na semana, evitando estoque na UBS.
- d) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução](#).
- e) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de contaminação

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2018	Elaboração do documento
2	2023	Revisão e atualização
3	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 129	
Título do Documento	129. TESTE DO PEZINHO	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 6	

1. OBJETIVO

Tem por objetivo diagnosticar e tratar precocemente doenças que podem causar deficiência intelectual, entre outros danos à saúde do bebê, se não forem tratadas desde os seus primeiros dias de vida.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- kit FEPE (lanceta, algodão, formulário, folha teste, álcool antisséptico 70%, envelope)

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Separar todos os materiais para coleta.
- Preencher todos os dados da ficha de coleta.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Calçar luvas descartáveis.
- Solicitar que a mãe segure o bebê no colo em posição de arto.
- Aquecer o pé do bebê (pode utilizar água morna).
- Determine o local a ser puncionado.
- Fazer assepsia do local usando álcool antisséptico 70%.
- Puncionar com lanceta com dispositivo de segurança.
- Desprezar a primeira porção de sangue.
- Preencher todos os círculos do papel filtro.
- Certifique-se de que o sangue tenha passado para o verso do papel filtro.
- Pressionar levemente para conter o sangramento.
- Deixar a ficha a secar por 2 horas.
- Colocar a ficha de coleta no envelope de porte pago.

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução](#).
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.



1. Separe todos os materiais necessários para a coleta *

2. Preencha todos os dados da ficha de coleta

3. Lave suas mãos

4. Coloque as luvas descartáveis

5. Peça à mãe que, em pé, segure o bebê em posição de arroto

6. Aqueça o pé do bebê com água morna e seque

7. Determine o local a ser punccionado

8. Faça a antisepsia no local a ser punccionado usando algodão embebido em álcool 70%

9. Punção o local com a lanceta esteril

10. Despreze a primeira porção de sangue

11. Preencha todos os círculos do papel filtro

12. Certifique-se de que o sangue tenha passado para o verso do papel filtro

13. Pressione levemente o local punccionado para conter o sangramento

14. Coloque a ficha de coleta para secar na estante por 2 horas

15. Preencha o nome nominal de mães

16. Por fim, coloque a ficha de coleta no envelope de porte pago.**

* Kit de coleta: ficha de coleta, lanceta, álcool 70%, algodão, cubo.
** As amostras de sangue deverão ser encaminhadas à Fepe no envelope de porte pago.

**DOWNLOAD GRATUITO
VÍDEO TÉCNICA DE COLETA**

FUNDAÇÃO ECUMÊNICA DE PROTEÇÃO AO EXCELENTE
Serviço de Referência em Triagem Neonatal do Paraná
Teste do Pezinho: uma maneira simples de preservar a saúde do bebê
www.fepe.org.br

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção
- Risco de acidente com perfurocortante

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2019	Elaboração do documento
2	2020	Revisão e atualização
3	2021	Revisão e atualização
4	2022	Revisão e atualização
5	2023	Revisão e atualização
6	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 130	
Título do Documento	130. COLETA DE TESTE RÁPIDO HIV	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 3	

1. OBJETIVO

Tem por objetivo diagnosticar e tratar precocemente o HIV.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro ou Médico.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

TR: Teste rápido

HIV: Vírus da imunodeficiência humana

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Kit Teste Rápido (lanceta, pipeta, envelope com o teste, frasco de diluente), algodão, luva de procedimento, álcool antisséptico 70%.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Orientar o usuário sobre a testagem rápida, aconselhamento pré teste.
- Separar materiais (lanceta, pipeta, envelope com o teste, solução tampão).
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Calçar luvas descartáveis.
- Abrir os envelopes e retirar os dispositivos de teste;
- Desprezar os envelopes no lixo comum;
- Anotar o nome do usuário e horário de coleta nos dispositivos;
- Fazer assepsia do local (dedo selecionado) usando álcool antisséptico 70% e esperar secar
- Puncionar com lanceta.
- Desprezar a lanceta na caixa de perfurocortante.
- Realizar a coleta e leitura, de acordo com o tempo estipulado pelo fabricante do teste.
- Descartar as micropipetas na caixa de perfurocortante e dispositivo no lixo infectante.
- Pressionar levemente para conter o sangramento.
- Registrar no e-saúde o procedimento – Outros SADT:
 - Pesquisar o procedimento:

- 02.14.01.005-8 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV
- Inserir nas observações: Nome do teste, lote e validade
- Inserir o resultado: RESULTADO REAGENTE ou RESULTADO NÃO REAGENTE.
- o) Nos casos reagentes do Teste Rápido 1 (TR1) para HIV, realizar o TR2 conforme orientação do fabricante para confirmar o diagnóstico:
 - Se TR2 reagente: Solicitar Contagem de linfócitos CD4/CD8 e Quantificação de RNA do HIV-1, e agendar coleta
 - Se TR2 discordante: Repetir TR1 (Fluxo de Teste Rápido HIV)
- p) Realizar o aconselhamento pós teste conforme POP
- q) Para os casos reagentes, agendar consulta médica após 15 dias da coleta de carga viral e CD4+
- r) Preencher folha de trabalho ([Anexo 12](#)) e laudo com os resultados e entregar ao usuário(a) – ([Anexo 11](#))

6.2 Recomendações profissionais

- c) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- d) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção

8. ANEXOS

[Anexo 11 – Laudo HIV](#)

[Anexo 12 – Folha de Trabalho HIV](#)

9. REFERÊNCIAS

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBSEH. **Coleta de Urina para Exames**. Brasília, 2016. Disponível em <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/acesso-a-informacao/documentos-institucionais/pops/enfermagem-geral/pop-1-21_coleta-de-urina-para-exames.pdf>. Acesso em: 13/09/2022

Ministério da Saúde. **Técnicas para Coleta de Secreções**. 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/118tecnicas_coleta.pdf>. Acesso em: 13/09/2022

Ministério da Saúde. **Triagem Neonatal Biológica** – Manual Técnico. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf
Acesso em: 13/09/2022

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBSEH. **C AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE SUPERFICIAL E PROFUNDA**. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais->

universitarios/regiao-centro-oeste/hc-ufg/governanca/pops-e-protocolos/gerencia-de-atencao-a-saude/divisao-de-apoio-diagnostico-e-terapeutico/unidade-de-reabilitacao-1/pop-ur-fisio-011-avaliacao-da-sensibilidade-superficial-e-profunda.pdf>. Acesso em: 22/09/2022.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2022	Elaboração do documento
2	2023	Revisão e atualização
3	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 131	
Título do Documento	131. COLETA DE TESTE RÁPIDO SÍFILIS	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 3	

1. OBJETIVO

Tem por objetivo diagnosticar e tratar precocemente a Sífilis.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro ou Médico

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Kit Teste Rápido (lanceta, pipeta, envelope com o teste, frasco de diluente), algodão, luva de procedimento, álcool antisséptico 70%

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Orientar o usuário sobre a testagem rápida, aconselhamento pré-teste.
- Separar materiais (1 lanceta para punção digital, 1 envelope lacrado com o teste de Sífilis, 1 micropipeta e 1 frasco de solução tampão.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Abrir os envelopes e retirar os dispositivos de teste;
- Desprezar os envelopes no lixo comum;
- Anotar o nome do usuário e a hora da coleta no dispositivo;
- Fazer assepsia do local (dedo selecionado) usando álcool antisséptico 70% e esperar secar;
- Puncionar com lanceta;
- Com a micropipeta do kit do teste rápido da sífilis, colete o sangue e deposite no poço do dispositivo, em seguida adicione a solução tampão conforme a bula do fabricante; Anote o horário do início da reação. Realizar a leitura conforme o tempo estabelecido pelo fabricante.
- Descartar as micropipetas na caixa de perfuro cortante e dispositivo no lixo infectante;
- Pressionar levemente para conter o sangramento;
- Registrar no e-saúde o procedimento – Outros SADT:
 - Pesquisar o procedimento:
 - 02.14.01.007-4 - TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS

- Inserir na observação
- Nome do teste, lote e validade
- Inserir no resultado: RESULTADO DO TESTE DE TRIAGEM.
- Em caso de janela imunológica, com resultado não reagente, recomendar a coleta de uma nova amostra 30 dias após a coleta da primeira amostra, para investigação de soro conversão
- Resultado da triagem: Reagente para sífilis"
- Possíveis Resultados para sífilis:
 - Resultado da triagem: Não Reagente para sífilis";
 - Em caso de janela imunológica, com resultado não reagente, recomendar a coleta de uma nova amostra 30 dias após a coleta da primeira amostra, para investigação de soro conversão
- Agendar a realização do diagnóstico no serviço de saúde.

m) Realizar o aconselhamento pós teste;

n) Agendar consulta de retorno para avaliação do exame

Nos casos de confirmação diagnóstica, realizar tratamento conforme estadiamento da doença.

o) Preencher folha de trabalho (Anexo) e laudo com os resultados e entregar ao usuário(a) – (Anexo 13)

6.2 Recomendações profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme POP Prevenção padrão.
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção

8. ANEXOS

[Anexo 13 – Laudo Sífilis](#)

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2022	Elaboração do documento
2	2023	Revisão e atualização
3	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 132	
Título do Documento	132. COLETA DE ESCARRO PARA TESTES DE TUBERCULOSE	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 3	

1. OBJETIVO

Tem por objetivo diagnosticar, tratar precocemente a Tuberculose e identificar resistência à Rifampicina.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro, Médico, Usuário

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

TRM – Teste Rápido Molecular

TB – Tuberculose

BAAR – Bacilo álcool ácido resistente

TESP – Técnico de enfermagem em saúde pública

GAL – Gerenciador de ambiente laboratorial

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Para expectoração espontânea: Luva de procedimento, frasco estéril com tampa, etiqueta de identificação e máscara N95.
- Para expectoração induzida: Luva de procedimento, frasco estéril com tampa, etiqueta de identificação, máscara N95, Kit Nebulização – Nebulizador Ultrassônico e Solução salina Cloreto de Sódio 3%.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Explique ao usuário, de maneira simples e objetiva, o passo-a-passo para a coleta de escarro.
- Separar o material para entregar ao paciente.
- Antes de entregar o pote para coleta, verificar se a tampa está fechando bem e marcar com caneta permanente a marca de 04ml para facilitar a visualização pelo usuário até onde o usuário deve colher para atingir o volume adequado de escarro (4ml). Identificar o pote com a etiqueta na parte externa.
- Coleta oportuna**: Entregar ao usuário o pote de coleta e um copo com água; encaminhar o usuário para um local externo, ao ar livre, com privacidade. Orientar ao usuário: a higiene da cavidade oral com água; inspirar profundamente, segurar o ar por alguns segundos e soltar o ar (repetir esse processo três vezes); e tossir.

- Imediatamente após o ato da tosse produtiva, o usuário deverá abrir o pote e expectorar a secreção dentro dele sem encostar os lábios no pote ou tocar a parte interna com os dedos, pois há o risco de contaminação da amostra; logo após, fechar novamente o frasco rosqueando firmemente a tampa. Repetir o processo quantas vezes forem necessárias até atingir 4ml de amostra. Orientar que a espuma não será considerada no volume.
- e) **Orientações para Coleta da manhã:** tomar bastante água no dia anterior, coletar em jejum, lavar bem a boca sem creme dental ou soluções antissépticas, caso utilize próteses ele deverá retirá-las antes de higienizar a cavidade oral. Entregar em até 2h na US. Caso o usuário não tenha tanto escarro nesse horário, a coleta pode ser feita quando ele conseguir uma amostra de bom volume. Dormir sem travesseiro no dia anterior pode facilitar. Orientar a guardar na geladeira de casa e trazer para a US no dia seguinte.

COLETA DE ESCARRO INDUZIDO

- a) Proceder a nebulização (nebulizador ultrassônico) com 5ml de solução de Cloreto de Sódio (NaCl) a 3%, até que o usuário consiga expectorar ou por 15 minutos;
- b) O usuário deve expectorar a secreção dentro do pote e fechar o frasco;
- c) Higienizar a parte externa do frasco com desinfetante hospitalar;
- d) Obs.: Se a solução do Cloreto de sódio fornecida for a de 20%, deve-se proceder a diluição antes do uso: usar 5ml de solução fisiológica 0,9% + 0,5ml de solução de cloreto de sódio 20%.

Orientações:

QUAL EXAME SOLICITAR

- **Teste Rápido Molecular (TRM-TB):** Solicitar em todas as situações em que há tosse seca > 3 semanas associado ou não a outros sintomas, caso o paciente já tenha realizado tratamento para tuberculose ou não, caso seja da população com risco ou não.
- **BAAR Diagnóstico (BAAR D):** Solicitar em todas as situações em que há tosse seca > 3 semanas associado ou não a outros sintomas, caso o usuário já tenha feito tratamento para tuberculose anteriormente.
- **Cultura de BAAR (CBAAR):** Solicitar em todas as situações em que há tosse seca > 3 semanas associado ou não a outros sintomas, caso o usuário já tenha feito tratamento para tuberculose anteriormente. Caso não tenha feito tratamento anterior, mas seja da população com maior risco para tuberculose.
- **Baciloscopia Mensal (BAAR Controle – BAARC):** Solicitar mensalmente para paciente com tuberculose pulmonar/laríngea. Caso não haja escarro em grande quantidade após 30-60 dias, solicite que ele colete a melhor amostra possível. A amostra salivar para esse exame é viável.

SOLICITAÇÃO DOS EXAMES NO E-SAÚDE

- O TRM-TB pode ser solicitado pelo Enfermeiro, Médico e TESP.
- Solicitar Exames de Patologia clínica: Teste Rápido Molecular da Tuberculose (TRM-TB) / Baciloscopia direta para BAAR tuberculose (BAAR D) / Cultura para BAAR (CBAAR).

Código	Descrição	Amostra	Laudo(60 dias)	Observação	Guia
☐ 0202080048	BACILOSCOPIA DIRETA PI BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)		Nenhum		
☐ 0202089991	TESTE RAPIDO MOLECULAR DA TUBERCULOSE		Nenhum		
☐ 0202080110	CULTURA PARA BAAR	ESCARRO	Nenhum		

Dados Clínicos/Observação

Paciente com histórico de tratamento anterior

- Prosseguir solicitação na GAL para TRM-TB.
- BAAR D E CBAAR não precisam ser solicitados na Gal.

PREENCHIMENTO DA GAL – SOLICITAÇÃO DE TESTE RÁPIDO MOLECULAR DA TUBERCULOSE (TRM-TB).

- Acesse o sistema GAL com usuário e senha da Unidade solicitante.
- Nas demais seções indique:
 - Módulo: “Biologia Médica”
 - Laboratório: “SMS-CURITIBA”

Área Restrita

 **GAL**
Gerenciador de Ambiente Laboratorial

Servidor: www.gal.sesa.pr.gov.br
Versão: 2.15.2
Reg. INPI: 09.382-1
Cliente: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/106.0.0.0 Safari/537.36

"Este Programa encontra-se protegido contra a utilização não autorizada, conforme preceitua a Lei nº 9.609, de 19 de fevereiro de 1998, regulamentada"

SUS+ | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Laboratório

Usuário:
Senha:
Módulo:
Laboratório:

Administrador

Usuário:
Senha:

- Na tela a seguir selecione: **Biologia Médica / Entrada / Requisição**
- Clique em “Incluir”

REQUISICÃO

- Preencha os dados solicitados do solicitante, e nos campos abaixo, conforme segue:
 - **Finalidade:** Investigação
 - **Descrição:** Tuberculose

Requisição

Requisitante

Unidade de Saúde: Cód. CNES: Município: Cod. IBGE: UF:

CNS Prof. de Saúde: Nome do Profissional de Saúde: Reg. Conselho/Matrícula:

Dados da solicitação

Data da solicitação: Finalidade: Descrição:

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

- Preencha os dados do usuário, **com especial atenção à atualização de endereço e telefones de contato.**

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

- Preencha as informações de acordo com o prontuário clínico do usuário.
- Se gestante**, informe idade gestacional
- Finalidade do Exame:** Diagnóstico
- Se **População de Risco**, indique a qual grupo pertence
- Indique se é contato de algum usuário que esteja em tratamento, e que é resistente ao medicamento realizado.

Incluir Requisição

Informações Clínicas

Dados clínicos gerais

Agravo/Doença: Data 1ºs sintomas:

Idade gestacional: Motivo: Diagnóstico:

Detalhes do agravo

Finalidade do Exame: Tratamento: Período Tratamento:

População de Risco: Contato TBDR (TB Droga Resistente):

Salvar Cancelar

NOTIFICAÇÃO SINAN

- Preencha os dados conforme notificado pelo profissional assistente.

Notificação SINAN

Agravo: CID: Núm. Notificação: Data da Notificação:

Notificante: Cód. CNES: Município: Cod. IBGE: UF:

AMOSTRA

- **Nova amostra:** Indique se “Escarro” ou “Escarro Induzido”
- **Conservação:** “IN – Amostra “in natura” (sempre)
- Indique data e hora da coleta, se está usando medicação, desde quando e qual.
- Na sequência clique em “Incluir”

Amostras

Nova amostra: Localização: Amostra:

Data da Colet: Hora da Colet: Medicamento: Qual medicamento utilizado ?

Data de Inicio:

Material	Localização	Amostra	Material Clínico	Data c
Escarro		01ª amostra	Amostra "in natura"	11/10/

PESQUISAS/EXAMES

- **Nova pesquisa:** Tuberculose (Especificar se Baciloscopia / Cultura / Teste de sensibilidade ou Teste rápido molecular)
- **Amostra:** Selecione o material já cadastrado.
- Clique em “Incluir”.

Pesquisas/Exames

Nova pesquisa: Amostra:

Exame	Metodologia	Amostra	Status
Tuberculose - Teste Rápido: Escarro - 01ª amostra--IN - Amostra "in natura"			
Tuberculose, Teste Rápido Molecular	PCR em Tempo Real	Escarro - 01ª a...	Não salva

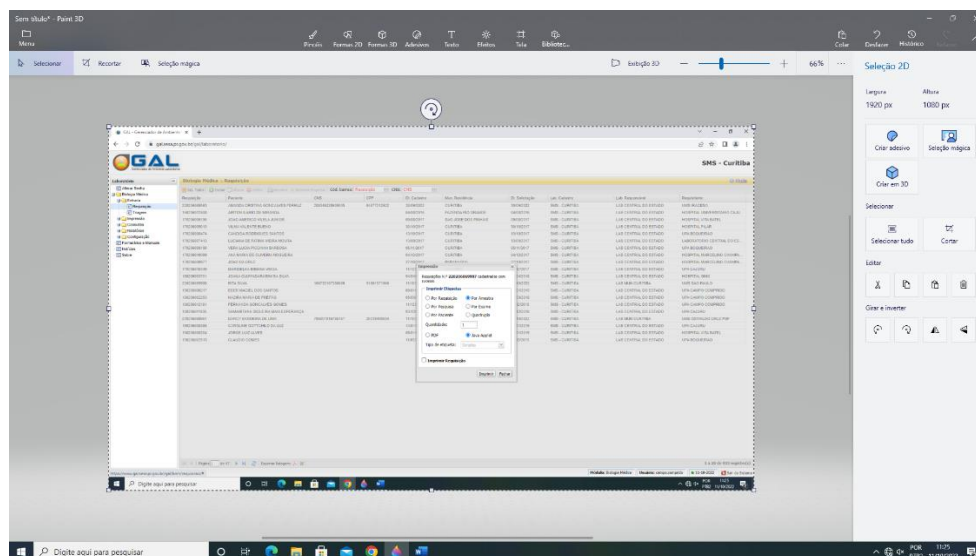
OBSERVAÇÕES

- Insira um breve histórico do atendimento (sintomas, data de início, fator de risco, entre outros), e clique em “Salvar”

Observações

B I U | **A** **A** | 

- Emita a etiqueta de identificação da amostra e proceda a identificação da amostra para encaminhamento ao Laboratório conforme rotina da Unidade de Saúde



Notificação – Caso Suspeito de Tuberculose

- Preencha todos os campos de forma legível, da [Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose](#), com especial atenção ao endereço e telefones de contato atualizados.

ORIENTAÇÕES PARA COLETA

Coleta da primeira amostra na unidade de saúde:



1. **Lave** a boca, fazendo bochechos com bastante água. **Não** precisa estar em jejum.



2. Fique sozinho, em um local arejado e de preferência ao ar livre.

3. **Abra** o pote fornecido pela unidade de saúde.

4. Force a tosse do seguinte modo:

a. **Inspire** profundamente, isto é, **puxe** o ar pelo nariz e fique com a boca fechada; prenda a respiração por alguns instantes e **solte** o ar **lentamente** pela boca. Faça isso mais duas vezes.



b. **Inspire** profundamente mais uma vez, **prenda** a respiração por alguns instantes e **solte** o ar **com força** e **rapidamente** pela boca.



c. **Inspire** profundamente mais uma vez, **prenda** a respiração por alguns instantes e, em seguida, **force** a tosse para poder liberar o escarro que está dentro do pulmão.



5. **Escarre** diretamente dentro do pote. **Cuidado** para o escarro não escorrer por fora.

6. **Repita** as orientações **quatro** e **cinco** por **mais duas vezes**, até conseguir uma quantidade maior de amostra.

7. Feche o pote **firmemente**, **proteja-o** da luz solar, **carregue** sempre com tampa voltada para cima e **entregue** o pote para o profissional que orientou você.



Coleta da segunda amostra

Para coletar a segunda amostra é importante que você:



I. No dia anterior à coleta:

- a. Beba no mínimo oito copos de líquidos (água, refrescos). A água ajuda a soltar o escarro que está no pulmão.
- b. Durma sem travesseiro. Isso também facilita a saída do escarro do pulmão, na hora da coleta.

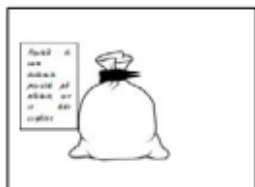


2. No dia da coleta, assim que despertar:

- a. Lave a boca fazendo bochechos com bastante água e, em jejum, force a tosse e escarre dentro do pote, seguindo as mesmas orientações da coleta da primeira amostra.



- a. Feche o pote firmemente, coloque em um saco plástico, proteja da luz solar, carregue sempre com a tampa voltada para cima e leve o pote imediatamente para o laboratório ou unidade de saúde.



- b. Leve também a requisição, mas fora do saco plástico que está o pote.

6.3 Recomendações profissionais:

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de contaminação

8. REFERÊNCIAS

PREFEITURA DE CURITIBA – SAÚDE JÁ.
Suspeito de Tuberculose. 05/07/2022.

Orientação para Coleta de Exames em caso

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBSEH. **Coleta de Escarro.** Brasília, 2016. Disponível em < https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/aceso-a-informacao/documentos-institucionais/pops/enfermagem-geral/pop-1-19_coleta-de-escarro.pdf >. Acesso em: 07/10/2022.

PREFEITURA DE CURITIBA. **Coleta de Escarro para o diagnóstico de Tuberculose. Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/apresentacaocoletaescarro.pdf. Acesso em: 07/10/2022

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2022	Elaboração do documento
2	2023	Revisão e atualização
3	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 133	
Título do Documento	133. REALIZAÇÃO DA PROVA DO LAÇO	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 2	

1. OBJETIVO

Orientar a realização do teste Prova do Laço em casos suspeitos de Dengue.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

A execução da prova do laço pode ser realizada por todos os profissionais de Enfermagem, desde que capacitados, orientados e supervisionados pelo Enfermeiro, contudo, a interpretação da prova do laço deve ser realizada por profissional de nível superior ^{(1).1}

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

PA: Pressão arterial

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Esfigmomanômetro, Caneta esferográfica.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

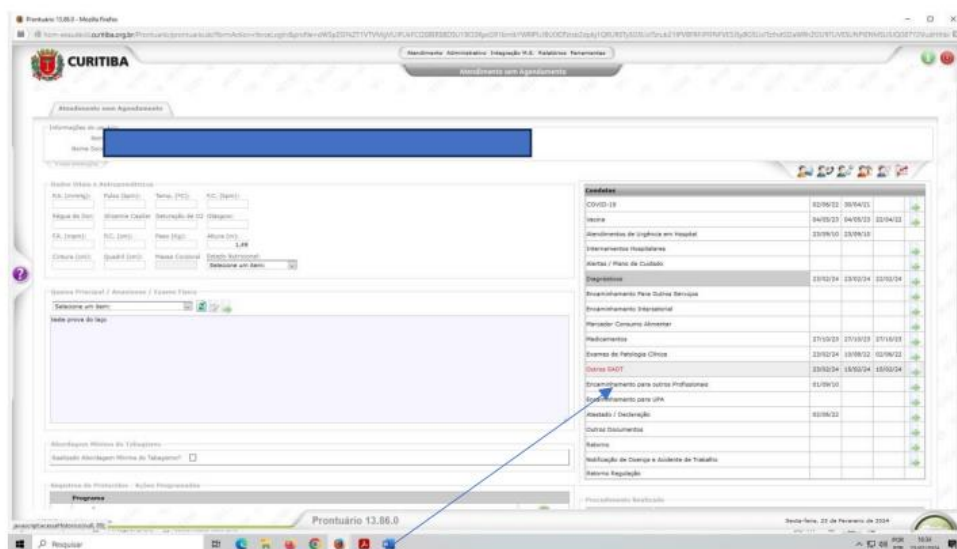
- Apresentar-se ao usuário.
- Esclarecer o usuário sobre o teste que será realizado.
- Acomodar o usuário em cadeira ou maca de forma que fique confortável.
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Verificar a PA e anotar em uma folha de papel.
Calcular o valor médio (PA sistólica + PA diastólica) ÷ 2
- Insuflar novamente o manguito até o valor médio obtido e manter insuflado por 5 minutos em adultos e 3 minutos em criança.
- Após desinsuflar o manguito, com uso de uma caneta, desenhar um quadrado de 2,5 x 2,5cm (ou uma área equivalente à falange distal do polegar) no antebraço em que o manguito foi insuflado, onde aparecer o maior número de petéquias.
- Contar o número de micro petéquias no interior do quadrado desenhado.

¹¹. Ceará, COREN. Parecer 001/2021/ Coren Ceará/ CTEP.

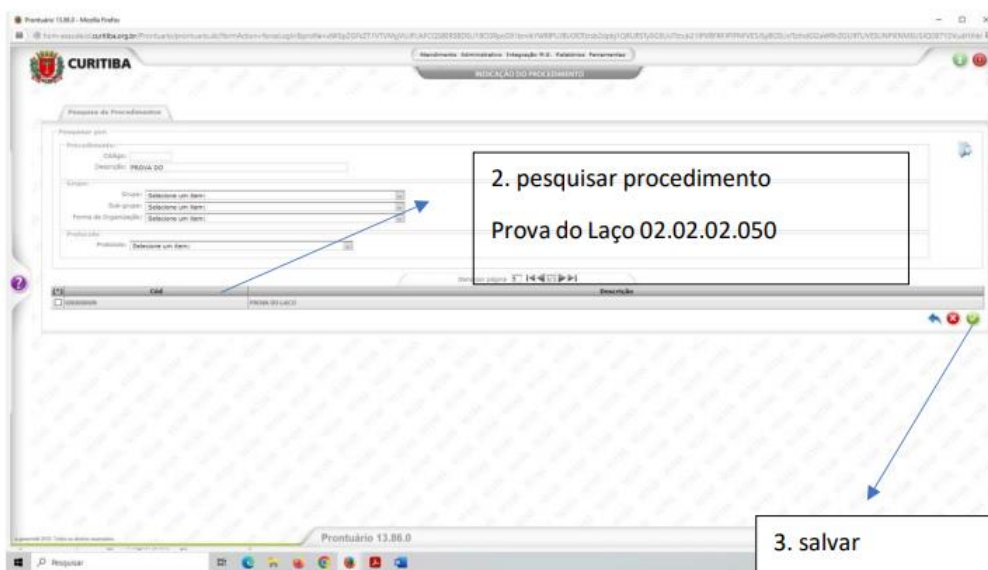
k) Exemplo:



PASSO A PASSO PARA REGISTRO NO E-SAÚDE

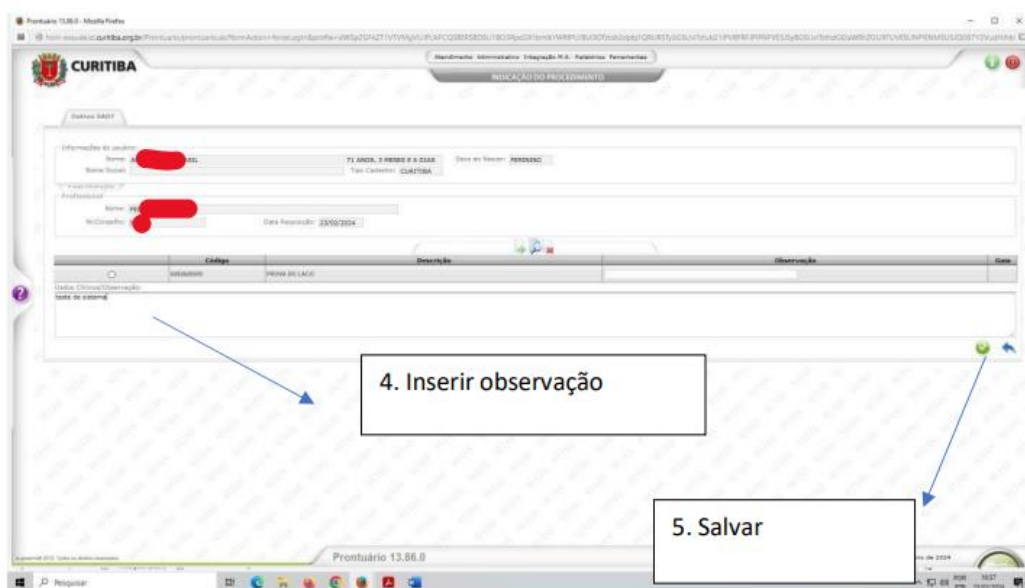


1. Selecionar outros SADT



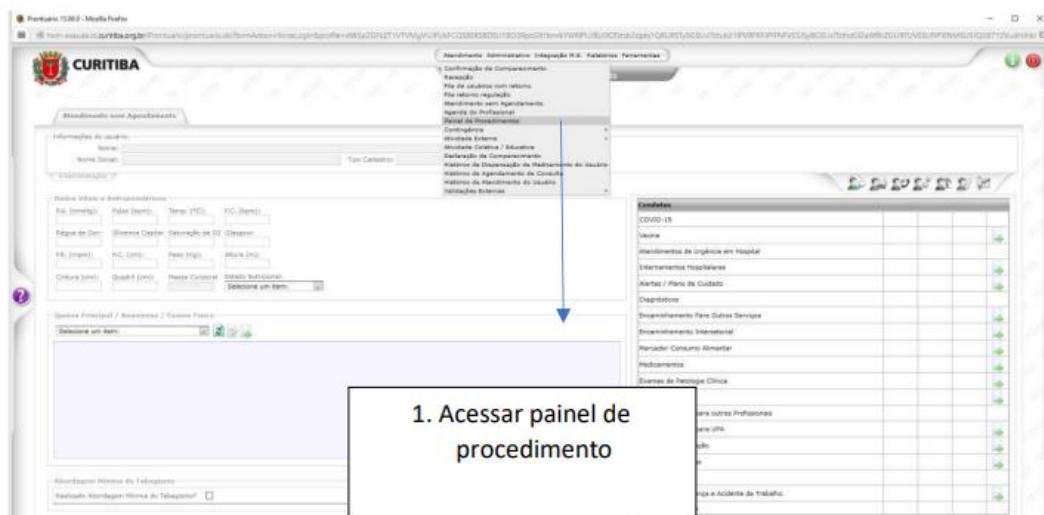
2. pesquisar procedimento
 Prova do Laço 02.02.02.050

3. salvar

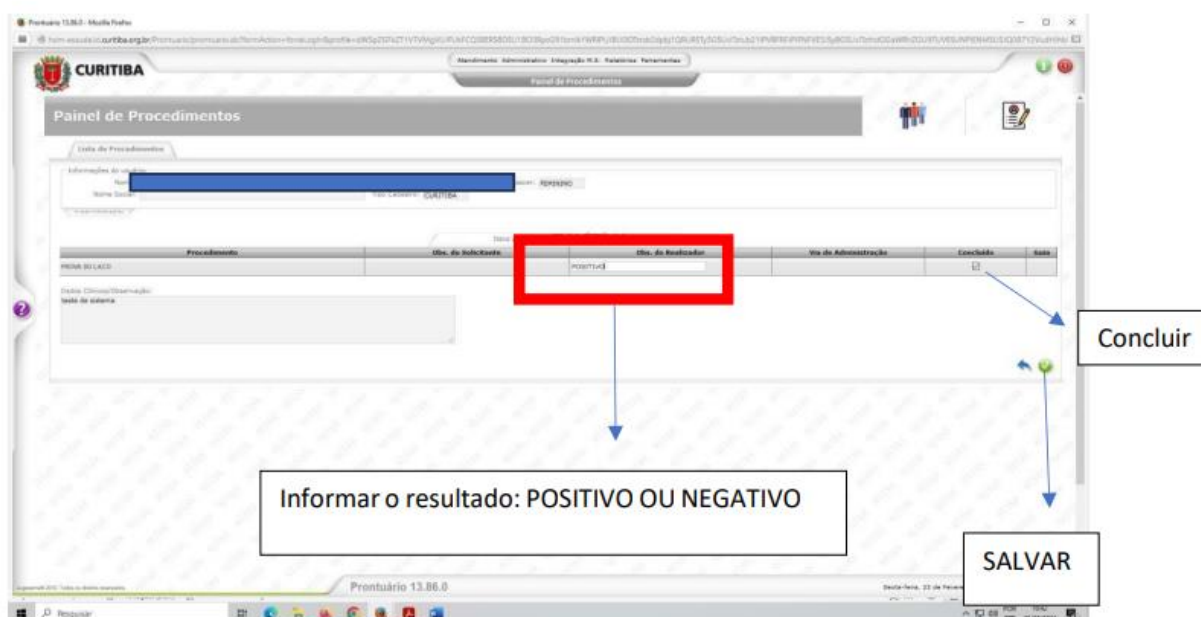
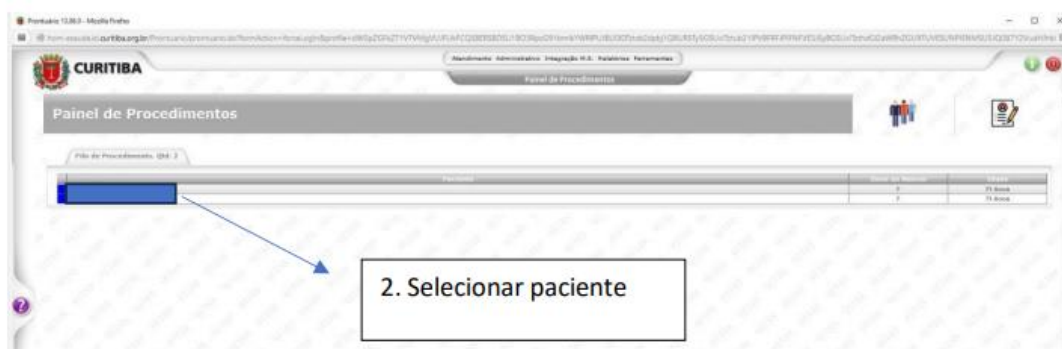


4. Inserir observação

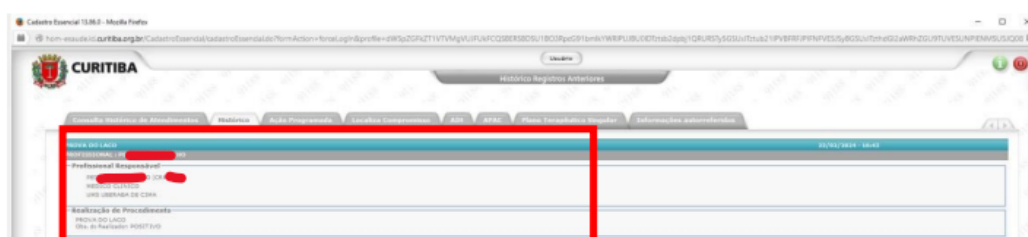
5. Salvar



1. Acessar painel de procedimento



Visualização do resultado no histórico



6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de alteração no resultado devido a técnica incorreta

8. REFERÊNCIAS

Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. Parecer 001/2021/CTEP. Ceará, 2021. Disponível em: <https://www.coren-ce.org.br/parecer-no-001-2021/> Acesso em 01/03/2024.

Conselho Federal de Enfermagem. NOTA TÉCNICA Nº 001/2024 – COMITÊ DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE COES/COFEN. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/nota-tecnica-no-001-2024-comite-de-operacoes-de-emergencia-em-saude-coes-cofen/> Acesso em 01/03/2024

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2023	Elaboração do documento
2	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 134	
Título do Documento	134. TESTE RÁPIDO DA DENGUE	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 1	

1. OBJETIVO

Realizar o teste rápido da dengue corretamente.

2. APLICABILIDADE

Unidades de Saúde e UPAS

RESPONSÁVEIS

Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

De acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7498/1986 e pareceres técnicos emitidos pelo COFEN/ Conselhos Regionais, os testes rápidos podem ser realizados pela equipe de enfermagem, desde que capacitada, porém, o laudo orientações e encaminhamento são atividades privativas do profissional Enfermeiro.²

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Kit para coleta de exame dengue, lanceta ou seringa e agulha.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

DENGUE DUO ECO TESTE



- 1 Dispositivo teste IgG/IgM
- 1 Dispositivo teste para NS1
- 1 Frasco de tampão por caixa (para uso nos 20 testes)

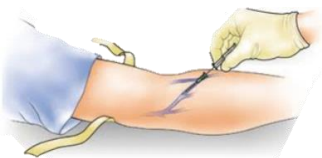
² Nota Técnica COFEN 001/2024

1º



Identificar as placas de teste com o nome, iniciais ou registro de identificação do paciente.

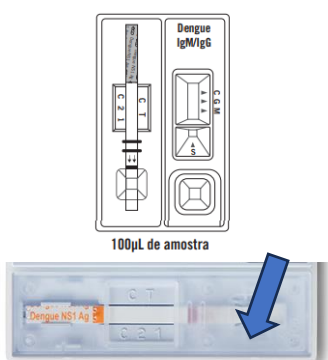
2º



Realizar a punção venosa e coletar amostra de sangue com seringa de 0,5ml ou 1ml (50UI ou 100UI) agulhada.

Obs.: Quantidade de sangue necessária para as amostras equivale a aproximadamente 30UI.

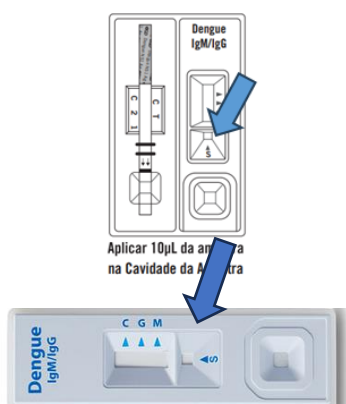
3º



Adicione **100 µl (20 gotas de sangue da seringa de 0,5ml ou 1ml – 50UI ou 100UI)** na cavidade da amostra do dispositivo teste para NS1.

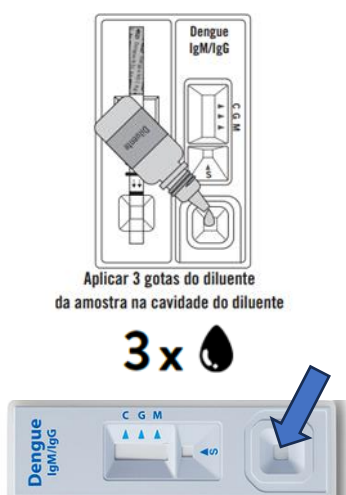
NÃO ADICIONAR TAMPÃO NA CAVIDADE DE AMOSTRA!

4º



Adicione **10µL (2 gotas de sangue da seringa de 0,5ml ou 1ml – 50UI ou 100UI)** na cavidade da amostra do dispositivo teste para IgG/ IgM.

5º



Adicione 3 gotas de tampão na cavidade de diluente **SOMENTE NO DISPOSITIVO TESTE IgG / IgM.**

6º



Aguardar **15 minutos** para leitura do teste.
NÃO LER O RESULTADO APÓS 30 MINUTOS.
 Registrar em prontuário.

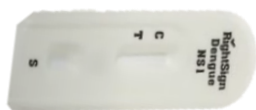
MEDTEST DENGUE – NS1

NS1



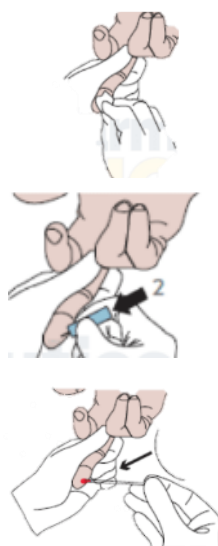
Cada embalagem do MedTest Dengue NS1 apresenta:
 1 dispositivo teste para NS1
 1 conta-gotas capilar (pipeta descartável)
 1 frasco de tampão (diluyente) por caixa (para uso nos 25 testes)

1º



Identificar as placas de teste com o nome, iniciais ou registro de identificação do paciente.

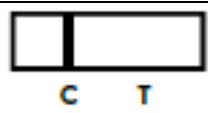
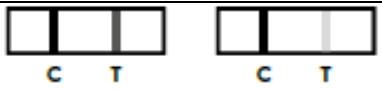
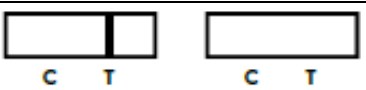
2º



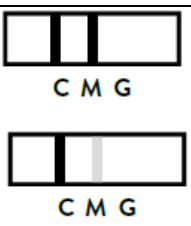
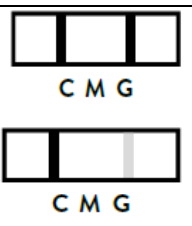
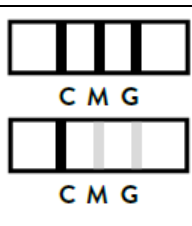
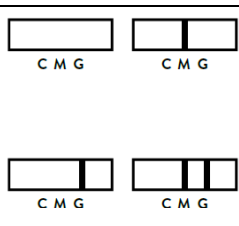
- Limpar o dedo do paciente com algodão embebido em álcool 70% e deixe secar;
- Realizar a punção capilar com lanceta estéril descartável;
- Limpar o primeiro sinal de sangue;
- Esfregar/massagear o dedo/mão suavemente para formar a gota de sangue no local da punção;
- Coletar a amostra de sangue utilizando o conta-gotas capilar descartável.

3º	 - Segurar o conta-gotas capilar verticalmente e adicionar 3 gotas de sangue (cerca de 75µL) na área da amostra (S) do dispositivo de teste. Adicionar 1 gota de solução tampão no mesmo local, na área da amostra (S) do dispositivo de teste. Aguardar 10 minutos para leitura do teste.
4º	 NÃO LER O RESULTADO APÓS 20 MINUTOS. Registrar em prontuário.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS – DISPOSITIVO NS1

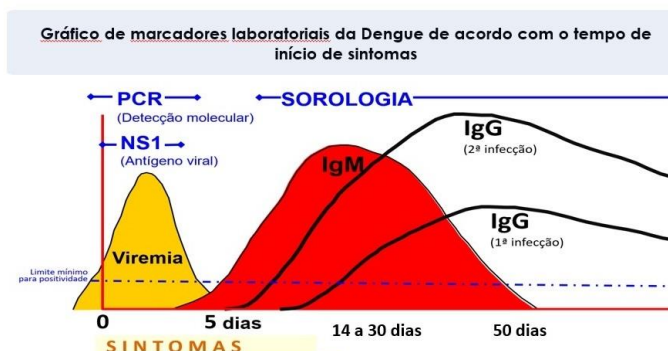
		
Resultado Negativo Ausência do antígeno NS1 na amostra, ou nível inferior aos limites de referência	Resultado Positivo Amostra positiva para o antígeno NS1, sugerindo a presença da infecção pelo vírus da Dengue	Resultado Inválido Recomenda-se que o teste seja realizado novamente, visto que, a amostra pode ter sido comprometida

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS – DISPOSITIVO IgM/IgG

				
Resultado Negativo Ausência dos anticorpos IgM e IgG na amostra, ou nível inferior aos limites de referência	Resultado IgM positivo Amostra positiva para os anticorpos IgM da Dengue. Sugere infecção primária pelo vírus da Dengue	Resultado IgG positivo Amostra positiva para os anticorpos IgG da Dengue. Sugere infecção secundária ou anterior pelo vírus da Dengue	Resultado IgM e IgG positivo Amostra positiva para os anticorpos IgM e IgG da Dengue. Sugere infecção primária tardia ou secundária inicial pelo vírus da Dengue	Resultado Inválido Recomenda-se que o teste seja realizado novamente, visto que, a amostra pode ter sido comprometida

Fonte: Adaptado de Abott (2023) e Duo Eco Teste (2024). Legenda: C – linha de controle; T – linha de teste.

Teste rápido (TR) para Dengue				
Exame	NS1	IgM	IgG	Interpretação
Resultados	+	+	+	Caso confirmado
	+	+	-	Caso confirmado
	+	-	-	Caso confirmado
	+	-	+	Confirmado (Reinfecção)
	-	+	+	Caso confirmado
	-	+	-	Caso confirmado
	-	-	+	Infecção passada
	-	-	-	Caso não confirmado



6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Nota Técnica COFEN 001/2024. Dispõe sobre Competências e Atribuições do Enfermeiro para enfrentamento a epidemia de dengue em situação de emergência em saúde pública. Acesso em 01 março 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/nota-tecnica-no-001-2024-comite-de-operacoes-de-emergencia-em-saude-coes-cofen/>

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2024	Elaboração do documento e atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 135	
Título do Documento	135. COLETA DE TESTE RÁPIDO COMBO HIV/SÍFILIS	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 1	

1. OBJETIVO

Realizar o teste rápido de HIV e a Sífilis.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro ou Médico.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

TR: Teste rápido

HIV: Vírus da imunodeficiência humana

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Kit Teste Rápido DUO (lanceta, pipeta, envelope com o teste, frasco de diluente), algodão, luva de procedimento, álcool antisséptico 70%.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Orientar a gestante sobre a testagem rápida, aconselhamento pré teste, durante a vinculação ao pré-natal. Não realizar o teste caso a gestante já tenha diagnóstico prévio de HIV ou já tenha realizado tratamento para Sífilis.
- Separar materiais (lanceta, pipeta, envelope com o teste, solução tampão).
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Calçar luvas descartáveis.
- Abrir os envelopes e retirar os dispositivos de teste;
- Desprezar os envelopes no lixo comum;
- Anotar o nome da usuária e horário de coleta nos dispositivos;
- Fazer assepsia do local (dedo selecionado) usando álcool antisséptico 70% e esperar secar;
- Puncionar com lanceta;
- Desprezar a lanceta na caixa de perfurocortante;
- Realizar a coleta e leitura, de acordo com o tempo estipulado pelo fabricante do teste (verificar na embalagem).
- Descartar as micropipetas na caixa de perfurocortante e dispositivo no lixo infectante.
- Pressionar levemente para conter o sangramento.
- Registrar no e-saúde o procedimento – Outros SADT:
 - TR Duo ou Combo HIV/Sífilis.

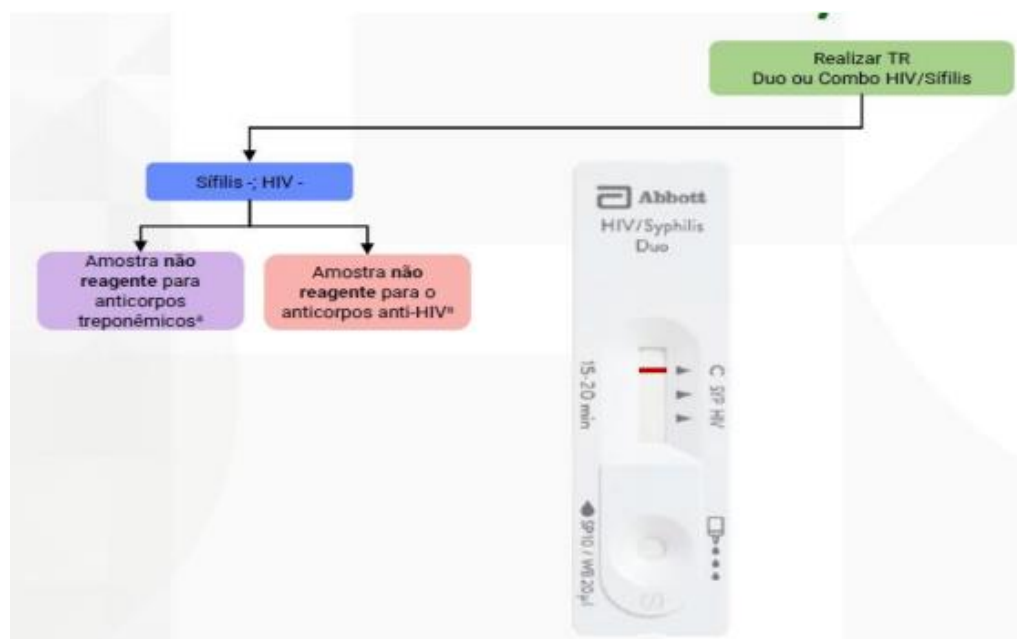
- Em cada um deles incluir o número de lote do insumo e entregar os laudos devidamente assinados à usuária;
- o) 0214010040 - TESTE RÁPIDO PARA HIV
- Inserir na observação:
 - Nome do teste, lote e validade.
 - Inserir no resultado: RESULTADO DO TESTE DE TRIAGEM.
- p) 0214010082 – TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS
- Inserir na observação:
 - Nome do teste, lote e validade.
 - Inserir no resultado: RESULTADO DO TESTE DE TRIAGEM.
- q) Conferir imagens abaixo sobre os possíveis resultados e instruções.
- Para os casos reagentes para HIV, agendar consulta médica após 15 dias da coleta de carga viral e CD4+.
 - Para casos reagentes para Sífilis, agendar diagnóstico no serviço de saúde.
- r) Realizar o aconselhamento pós teste;
- s) Agendar consulta de retorno para avaliação do exame;

NOS CASOS DE CONFIRMAÇÃO DIAGNOSTICA de SÍFILIS REALIZAR TRATAMENTO CONFORME ESTADIAMENTO DA DOENÇA.

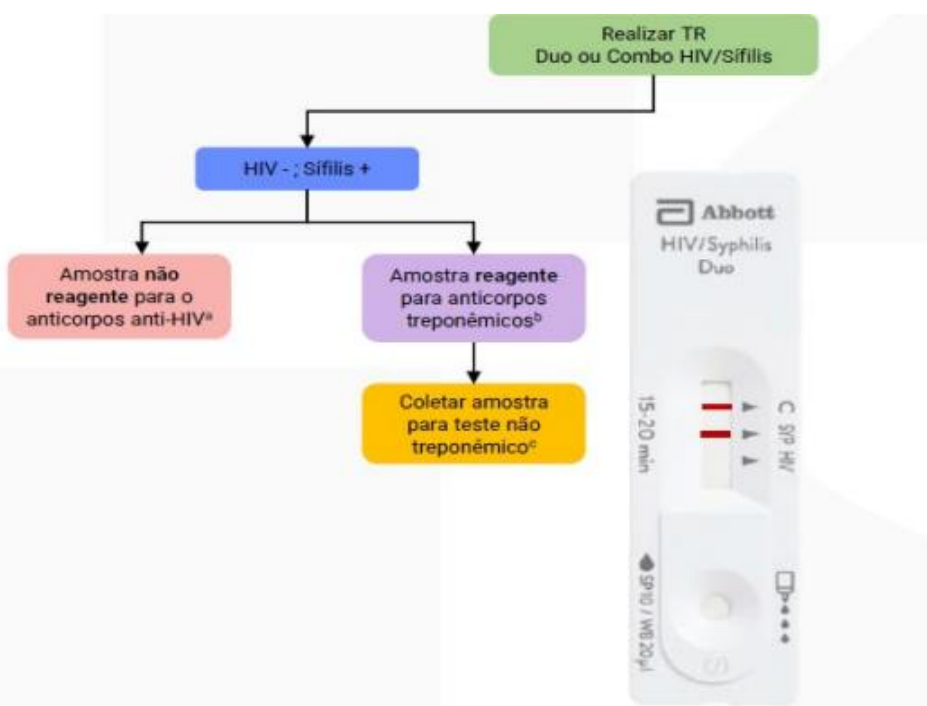
- t) Preencher folha de trabalho (Anexo 12) e laudo com os resultados e entregar ao usuário(a) – (Anexo 11).

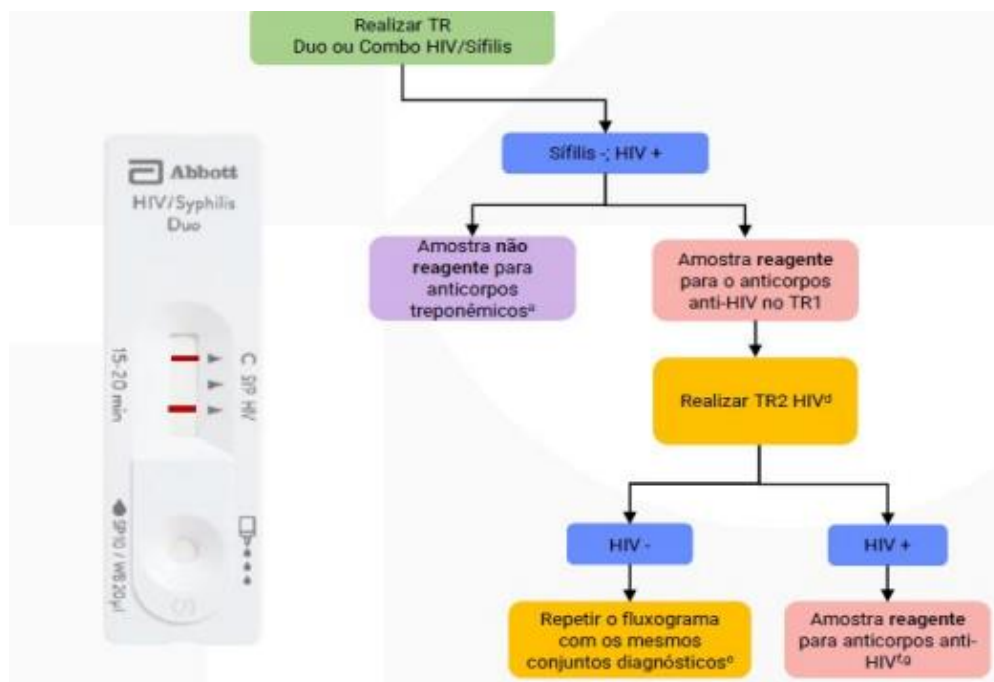
Observações:

- O TR Duo ou Combo HIV/Sífilis deverá ser utilizado apenas em gestantes no momento da vinculação ao pré-natal independente do trimestre gestacional;
- O TR Duo ou Combo HIV/Sífilis **não está indicado para mulheres com diagnóstico prévio de HIV** (gestantes vivendo com HIV/Aids – GVHA) porque o resultado do teste pode ser não reagente devido à baixa concentração de anticorpos em consequência da supressão viral pelo uso de terapia antirretroviral (TARV). Nestes casos, utilizar o TR simples para o diagnóstico da sífilis;
- O TR Duo ou Combo HIV/Sífilis **não está indicado para mulheres com histórico para tratamento de sífilis**, pois os testes treponêmicos permanecem reagentes em 85% dos casos com histórico de sífilis, independentemente do tratamento (cicatriz sorológica). Nestes casos, utilizar o TR simples para o diagnóstico do HIV.
- Não realizar a troca de pipetas, pois cada teste utiliza volume diferente de sangue, por isso, cada conjunto diagnóstico disponibiliza uma pipeta específica que permite coletar o volume correto para aquele teste.



a - Se persistir a suspeita de infecção, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta da amostra.
 b - Gestantes devem receber tratamento imediato com benzilpenicilina benzatina após primeiro teste reagente. Uma amostra venosa deverá ser coletada para realização de teste não treponêmico para conclusão diagnóstica e monitoramento de cura ou reinfecção.
 c - No caso de resultado discordante entre o componente treponêmico do teste rápido Duo HIV/Sifilis e o teste não treponêmico, verificar conduta a ser seguida no Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis do MS.



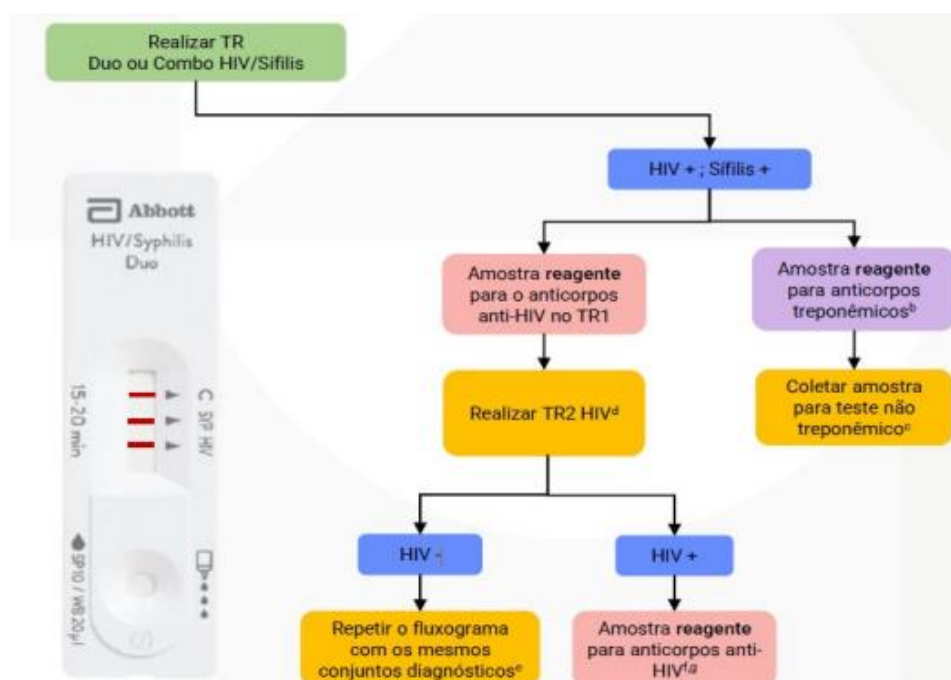


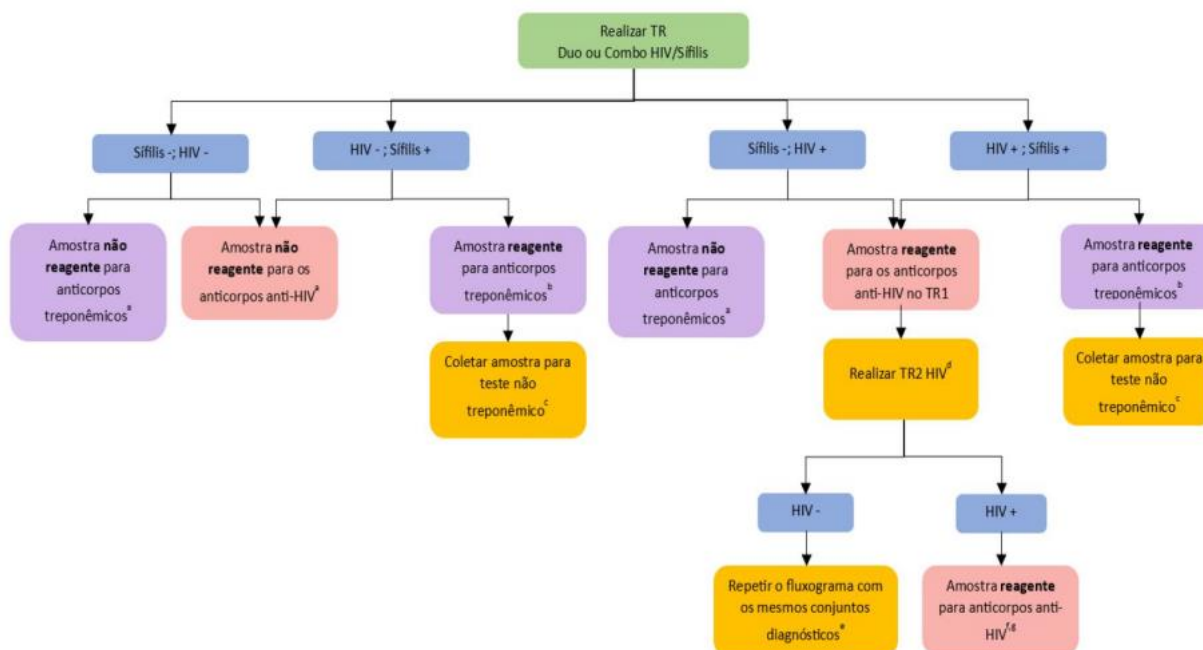
d – Realizar segundo teste (TR2) que detecta anticorpos anti-HIV isoladamente;

e – No caso de segunda discordância entre o componente anti-HIV do teste Duo HIV/Sífilis e o segundo teste (TR2) que detecta isoladamente anticorpos anti-HIV, deve ser coletada uma amostra por punção venosa e encaminhada para o Laboratório Municipal de Curitiba (LMC);

f - Encaminhar amostra para realizar o teste de Quantificação de Carga Viral e a contagem de linfócitos T-CD4+;

g - Amostras com resultados reagentes para HIV-2 só terão seu diagnóstico de infecção por HIV-2 concluído após seguidas as instruções descritas no Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças do MS.





6.2 Recomendações profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- e) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de alteração no resultado devido a técnica incorreta
- Risco de contaminação e acidente com perfurocortante

8. ANEXOS

[Anexo 11 Laudo HIV](#)

[Anexo 12 – Folha de Trabalho HIV](#)

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2024	Elaboração do documento

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 136	
Título do Documento	136. INSPEÇÃO DE PELE PARA USO DE PISCINAS PÚBLICAS	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 1	

1. OBJETIVO

Identificar ausência de lesões/alterações na inspeção de pele para uso de piscinas públicas.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Luvas de procedimento.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Apresentar-se ao usuário e conferir os dados (nome, data de nascimento e nome da mãe).
- Explicar ao paciente sobre procedimento e solicitar que permaneça com roupa de banho (maiô ou biquíni para o sexo feminino e sunga para o sexo masculino).
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Calçar as luvas.
- Avaliar condições de higiene pessoal.
- Avaliar condições do couro cabeludo e dos cabelos.
 - Inspeccionar quanto a:
 - Presença de lêndeas
 - Presença de parasitas
- Avaliar as condições das axilas:
 - Orientar o usuário a secar as axilas, se necessário.
 - Inspeccionar quanto a:
 - Presença de lesões
 - Presença de manchas

- Presença de erupções
- Presença de descamações

h) Inspecionar espaços interdigitais das mãos e punhos quanto a:

- Presença de lesões
- Presença de manchas
- Presença de erupções
- Presença de descamações
- Umidade
- Coloração

i) Inspecionar região periumbilical quanto a:

- Presença de lesões
- Presença de manchas
- Presença de erupções
- Presença de descamações

j) Inspecionar região inguinal quanto a:

- Presença de lesões
- Presença de manchas
- Presença de erupções
- Presença de descamações

k) Inspecionar espaços interdigitais dos pés e região plantar quanto a:

- Presença de lesões
- Presença de manchas
- Presença de erupções
- Presença de descamações
- Coloração
- Umidade

l) Inspecionar unhas das mãos e pés quanto a:

- Descolamento de lâminas ungueais
- Aspecto branco amarelado
- Má formação
- Atrofia de pele

m) Retirar as luvas.

n) Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).

o) Registrar achados no prontuário e preencher roteiro de inspeção de pele e entregar ao usuário (Anexo 17).

p) Em casos de alterações proceder conduta: orientações, encaminhamentos necessários (ex.: consulta médica) e ou prescrição conforme Instrução Normativa da Enfermagem de acordo com achados clínicos.

6.2 Recomendações profissionais

- As unhas não podem estar esmaltadas
- O cidadão deve apresentar documento de identificação e utilizar roupa de banho durante a inspeção (maiô ou biquíni para o sexo feminino e sunga para o sexo masculino).
- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 – Precaução.](#)
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de exposição

8. ANEXOS

[Anexo 17 – Roteiro para Inspeção de pele](#)

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual do pé diabético. 2016. Disponível em:
<https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/manual_do_pe_diabetico.pdf>
Acesso em: 19/09/2024

Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. 2023 Disponível em:
<<https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/Registros-de-Enfermagem-no-Exercicio-da-Profissao.pdf>>. Acesso em: 19/09/2024.

Instrução Normativa nº 02/2024 – Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Disponível em:
<https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Instru%C3%A7%C3%A3o%20Normativa%202-2024.pdf>
Acesso em 20/02/2024.

Parecer técnico COREN PR nº 69/2023. Realização de avaliação dermatológica por Enfermeiro e emissão de atestado para frequência de piscina e sauna coletiva. Disponível em:
<https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren-pr/transparencia/92464/download/PDF> Acesso em 20/09/2024.

Secretaria Municipal da Saúde. Roteiro de inspeção de pele.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2024	Elaboração do documento

CAPÍTULO 7: ASSISTÊNCIA NOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 137	
Título do Documento	137. RETIRADA DE PONTOS	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Retirar fios de incisão cirúrgica.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Material de ablação estéril (pinça anatômica, pinça Kocher, tesoura Íris ou Lâmina de bisturi), compressa de gaze estéril, fita microporosa, solução antisséptica e biombo.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Apresentar-se ao usuário.
- Verificar prescrição/ relato do usuário e orientação médica sobre o procedimento a ser realizado.
- Se necessário, garantir a privacidade do usuário utilizando o biombo.
- Colocar o usuário em posição que facilite a exposição da área a ser manipulada.
- Expor apenas a área da lesão/incisão.
- Abrir o material de retirada de pontos sobre a mesa auxiliar com técnica asséptica.
- Calçar as luvas.
- Retirar o curativo seguindo a técnica simples de curativos e desprezar em lixo infectante (se houver).
- Verificar se os pontos a serem retirados estão (limpos, secos) conforme padrão de normalidade, sem presença de hiperemia, secreção, e relato de dor pelo usuário no local.
- Segurar com a pinça anatômica a extremidade do ponto tracionando-o.
- Cortar com a tesoura ou lâmina de bisturi o fio, logo abaixo e próximo do nó, entre o nó e a pele.
- Tracionar delicadamente o fio até que saia por completo.

- o) Proceder da mesma forma para os demais pontos, colocando-os sobre uma gaze e desprezá-los no lixo infectante.
- p) Realizar higienização da pele com soro fisiológico (se necessário).
- q) Recolher o material descartando-os ou acondicionando-os em local apropriado (colocar os instrumentais em recipiente com água fechado).
- r) Retirar as luvas e lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- s) Anotar o procedimento realizado, no prontuário do usuário.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Nos casos em que não tenha prescrição médica, onde geralmente se trata de suturas superficiais, o procedimento pode ser feito conforme relato do usuário/familiar com registro no prontuário, após avaliação e orientação do enfermeiro.
- b) Nos casos de incisões cirúrgicas se faz necessário a prescrição médica.
- c) Em caso de deiscência de sutura, solicitar avaliação do enfermeiro e/ou médico antes de prosseguir a extração dos pontos.
- d) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- e) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 138	
Título do Documento	138. TRICOTOMIA	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Preparar a pele do usuário para a sutura, exames, higiene; facilitar a visualização de campo operatório.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Tricótomo descartável, cuba rim, recipiente com água, compressa de gaze, luvas de procedimento, sabão líquido, bacia, PVPI, biombo se necessário.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Prescrever o procedimento e área a ser tricotomizada.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Apresentar-se ao usuário e orientar sobre o procedimento a ser realizado.
- Promover a privacidade do usuário com biombo.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Expor a região a ser tricotomizada, deixando o usuário descoberto o menos possível.
- Examinar a região a ser tricotomizada verificando a integridade da pele.
- Ensaboar a região com uma gaze, água e sabão.
- Em caso de sutura: higienizar posteriormente com PVPI degermante.
- Esticar a pele com o auxílio de uma compressa de gaze, próximo ao local ensaboado.
- Iniciar a raspagem a favor dos pelos.
- Ao término limpar e secar a região.
- Desprezar o tricótomo na caixa de perfurocortante.
- Recolher o material descartando-os ou acondicionando-os em local apropriado.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Deixar o usuário em posição confortável.

- r) Organizar o ambiente.
- s) Anotar o procedimento realizado, no prontuário do usuário.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução](#).
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção e acidente com perfurocortante

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 139	
Título do Documento	139. INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA UTERINO	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 7	

1. OBJETIVO

Estabelecer a sequência das ações para o procedimento de inserção de DIU pelos profissionais habilitados, com o menor risco possível para a usuária e para o profissional, assegurando a eficácia do método e evitando iatrogenias.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Médico e Enfermeiro

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

DIU: Dispositivo intrauterino

DIP: Doença inflamatória pélvica

PVPI: Polivinil pirrolidona iodo

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Kit para inserção de DIU (histerômetro, gazes, cuba, pinça Cheron, pinça Pozzi, tesoura de cabo longo), DIU, luvas estéreis, PVPI tópico, luvas de procedimento.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Promover a privacidade do usuário com biombo, caso necessário.
- Recepcionar o usuário solicitando 3 marcadores (nome, data de nascimento e nome da mãe).
- Apresentar-se ao usuário e orientar sobre o procedimento a ser realizado¹.
- Solicitar para a mulher se despir e auxiliar a se posicionar na maca ginecológica.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Calçar luvas de procedimentos e realizar Exame ginecológico – inspeção de vulva na procura de sinais de DST.
- Realizar toque vaginal bimanual verificando o posicionamento do útero e possibilidade de sinais/sintomas de DIP (Doença Inflamatória Pélvica).
- Retirar as luvas.
- Abrir o material, calçar luvas estéreis, preparar a gaze embebida em PVPI tópico.
- Realizar antisepsia ampla de vulva e região perianal com auxílio da pinça Cheron.

- m) Colocar espéculo e prosseguir com visualização de canal vaginal e colo uterino na busca de sinais de vaginose.
- n) Realizar antissepsia de colo uterino e canal vaginal.
- o) Pinçar o colo uterino com pinça Pozzi.
- p) Realizar histerometria.
- q) Preparar o DIU de acordo com a histerometria encontrada.
- r) Inserir o DIU com a mão dominante, empurrar o embolo do DIU e dar uma leve tracionada para cima e retirar, enquanto traciona o útero pinçado com a outra mão.
- s) Cortar o fio do DIU deixando aproximadamente 2,5 cm - 3 cm externo ao canal cervical.
- t) Soltar pinça Pozzi.
- u) Conter sangramento do colo com compressão de gaze com auxílio da pinça Cheron.
- v) Retirar o espéculo e orientar para que mulher permaneça deitada por mais uns minutos.
- w) Realizar orientações quanto a sintomas comuns e sinais de alerta.
- x) Retirar as luvas e lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- y) Fornecer comprovante de inserção com o Lote do produto e data de retirada.
- z) Agendar 1º retorno para 07 dias para reavaliação, ou antes de intercorrência.
- aa) Agendar 2º retorno para 30 dias para avaliação em 30 dias, ou após a próxima menstruação.
- bb) Organizar o ambiente.
- cc) Anotar o procedimento realizado, no prontuário.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Antes da data de inserção do DIU a mulher deve realizar uma consulta médica para ser avaliada quanto aos critérios de elegibilidade e eficácia do método, riscos, sinais e sintomas comuns, sinais de alerta, procedimento propriamente dito, bem como descartar a possibilidade de gestação e de infecção genital. Se necessário, solicitar β HCG e/ou tratar a infecção, finalizando o tratamento antes da data da inserção.
- b) A inserção pode ser realizada independente da mulher estar menstruada desde que seja descartada a possibilidade de gravidez.
- c) Orienta-se ter um profissional de Enfermagem para auxiliar durante o procedimento, se possível.
- d) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- e) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção
- Risco de perfuração

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
2	2019	Revisão e atualização
3	2020	Revisão e atualização
4	2021	Revisão e atualização
5	2022	Revisão e atualização
6	2023	Revisão e atualização
7	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 140	
Título do Documento	140. LAVAGEM DE OUVIDO EXTERNO	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 4	

1. OBJETIVO

A lavagem de ouvido ou irrigação do ouvido externo é a técnica utilizada no processo de lavagem do Conduto Auditivo Externo (CAE).

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Médico e Enfermeiro

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

CAE: Conduto auditivo externo

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Papel toalha, Otoscópio, Seringa de 20ml, Cuba rim, Luva de procedimento, Tesoura, Sonda uretral nº 06 e copo descartável com água aquecida.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar, organizar e preparar o material a ser utilizado.
- Cortar a Sonda uretral nº 06 com aproximadamente 4 cm a partir da extremidade de acoplamento na seringa. Descartar o restante da sonda em lixo apropriado.
- Aquecer copo com água até a temperatura corporal (37°C), para evitar nistagmos e desconforto.
- Examinar cuidadosamente o canal do ouvido externo por meio da inspeção e palpação.
- Realizar sempre a otoscopia antes do procedimento.
- Aspirar com a seringa diretamente no copo descartável com água aquecida até completar a seringa.
- Acoplar a seringa na extremidade não cortada da sonda.
- Posicionar o papel toalha no ombro do usuário para proteger de não molhar.
- Posicionar a cuba rim sob leve pressão, bem justaposta à cabeça/pescoço do usuário na altura logo abaixo da orelha.
- Usar luva de procedimentos.

- l) Introduzir a extremidade cortada da sonda com a concavidade voltada para frente e levemente para cima e sob LEVE pressão, instilar a água, deixando escoar a solução na cuba rim.
- m) Monitorar sempre sintoma de dor durante o procedimento.
- n) Repetir as etapas anteriores quantas vezes forem necessárias.
- o) Verificar esporadicamente por meio de otoscopia se há mais cerume a ser removido.
- p) **O procedimento deve ser suspenso diante das seguintes situações:** Se não houver mais cerume a ser removido; Insucesso após várias tentativas de remoção do cerume; Dor, Desistência do usuário, ou outra intercorrência;
- q) Registrar o procedimento realizado no e-Saúde, descrevendo a técnica empregada, relatando se houve intercorrência e a medida tomada. Utilizar o **CIAP H 81 Cerumen no Ouvido em Excesso**.

Observações:

Parecer do relator 05/2019 - Cofen

- “...consideramos legítima a realização da Lavagem Auricular pelo Enfermeiro, desde que seja comprovado a sua capacitação e treinamento técnico, e que as atribuições de cada membro da equipe multiprofissional estejam descritas em protocolos assistenciais que contemplem os aspectos éticos e legais da profissão”.
- b) São consideradas contraindicações para a remoção do cerume por meio do método de irrigação com solução salina:
 - Otite aguda;
 - História pregressa ou atual de perfuração timpânica;
 - História de cirurgia otológica;
 - Usuário não cooperativo;
 - c) Para o usuário em que o procedimento de remoção do cerume não foi satisfatório, podem-se utilizar emolientes por alguns dias e tentar novamente a remoção. Caso a ineficácia do procedimento persista, sugere-se o encaminhamento ao especialista.
 - d) Cuidado para não superaquecer a solução, nem tampouco utilizá-la gelada. Verificar sempre a temperatura antes de instilar no ouvido.

6.2 Recomendações profissionais

- e) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução](#).
- f) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de contaminação

8. REFERÊNCIAS

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBSEH. **Retirada de Pontos Cirúrgicos**. Brasília, 2017. Disponível em <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/acesso-a-informacao/documentos-institucionais/pops/ambulatorio-de-pequena-cirurgia/pop-10-4_retirada-de-pontos-cirurgicos.pdf>. Acesso em: 14/09/2022

Prefeitura Municipal de Campinas. **Lavagem Auricular para Remoção de Cerume de Conduto Auditivo Externo**. Campinas. 2020. Disponível em: <https://saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/POP_Lavagem_Auricular.pdf> Acesso em: 14/09/2022

Brasil. Secretaria de Saúde. Departamento de Assistência Integral a Saúde. **Protocolo Dispositivo Intrauterino - DIU**. São Paulo. 2020. Disponível em: <https://www.guarulhos.sp.gov.br/sites/default/files/2020-06/Protocolo%20DIU.pdf> Acesso em: 13/09/2022

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2021	Elaboração do documento
2	2022	Revisão e atualização
3	2023	Revisão e atualização
4	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 141	
Título do Documento	141. TROCA DE EQUIPAMENTO COLETOR PARA OSTOMIA	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 1	

1. OBJETIVO

Orientar e demonstrar ao usuário/familiar como realizar a higiene do ostoma e a troca do equipamento coletor.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Papel higiênico/papel toalha ou toalha macia, sabonete, água potável ou soro fisiológico, tesoura, medidor de ostoma, placa adesiva e bolsa coletora.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS002](#))
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Apresentar-se ao usuário.
- Se necessário, garantir a privacidade do usuário utilizando o biombo.
- Solicite que o usuário se posicione na maca para demonstrar o procedimento e oriente a realizar a troca em pé quando necessário.
- Calçar as luvas.
- Retirar delicadamente o equipamento coletor em uso.
- Higienizar a região periestoma com papel higiênico/papel toalha/toalha de tecido macio umedecida com água ou soro fisiológico e sabonete líquido, delicadamente, sem esfregar.
- Secar suavemente com um papel higiênico/papel toalha ou toalha macia seca.
- Orientar o usuário a cortar os pelos da região periestoma para melhorar a aderência da placa adesiva. Não utilizar lâmina de barbear.
- Realizar a medição do ostoma com o medidor próprio para realizar o corte da placa ou utilizar a placa anterior como medida (se estiver cortada adequadamente).
- Recortar a placa na parte adesiva no mesmo diâmetro e formato da ostomia, para minimizar contato da pele periestoma com efluentes.
- Aplicar delicadamente a nova placa adesiva. Não utilizar esparadrapo ou fita adesiva microporosa para fixar a placa à pele.

- n) Aplicar delicadamente a nova bolsa coletora.
- o) Recolher o material utilizado descartando-os ou acondicionando-os em local apropriado
- p) Retirar as luvas e lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).

6.2 Recomendações profissionais

- a) Trocar o equipamento coletor conforme indicação, para evitar trauma mecânico.
- b) Realizar a troca do equipamento coletor quando houver prurido ou ardência na região peristoma.
- c) Realizar a troca do equipamento coletor quando houver vazamento, infiltração ou descolamento.
- d) Esvaziar a bolsa quando atingir um terço da sua capacidade, ao sair de casa e/ou antes de dormir, para maior segurança e conforto.
- e) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- f) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de contaminação

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2024	Elaboração do documento

CAPÍTULO 8: ASSISTÊNCIA NOS CURATIVOS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 142	
Título do Documento	142. CURATIVO SIMPLES	Emissão: 07/03/2025	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 7	

1. OBJETIVO

Aplicar um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de cobertura estéril em uma lesão, através de técnicas e procedimentos adequados, com a finalidade de auxiliar o organismo a promover a cicatrização, prevenir a contaminação ou infecção cruzada, eliminando os fatores desfavoráveis que retardam a cicatrização da lesão.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

SF: Solução fisiológica

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Luvas de procedimento, luvas estéreis, gazes estéreis, ataduras, fita adesiva, régua de papel descartável, agulha 40x12, Solução Fisiológica (SF) 0,9%, instrumental estéril, tesoura, bacia, saco de lixo, cobertura especial, panos de limpeza e desinfetante hospitalar Surfic® 1% ou Germi Rio Plus®.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Verificar prescrição prévia do enfermeiro ou médico.
- Organizar todo o material necessário para realização do procedimento verificando a validade do mesmo.
- Posicionar o usuário, orientando-o sobre o procedimento.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Calçar as luvas de procedimento.
- Expor a área do curativo.
- Caso haja curativo secundário, removê-lo observando as características do exsudato (odor, cor, quantidade e consistência).
- Remover cobertura primária com o auxílio de pinça, umedecendo com solução fisiológica a 0,9% (aquecida se possível), caso o mesmo esteja aderido ao leito da ferida e desprezar a pinça utilizada.
- Inserir agulha 40X12 no frasco de SF 0,9%

- j) Limpar minuciosamente a lesão com SF 0,9% (aquecida se possível), irrigando abundantemente.
- k) Remover fragmentos, resíduos ou corpos estranhos caso haja, com o auxílio de pinça ou gaze estéril.
- l) Realizar a medida da lesão ([POP.ENFDAPS.146](#)).
- m) Aplicar a cobertura indicada, seguindo as orientações de cada fabricante.
- n) Cobrir com curativo secundário, conforme a necessidade (por exemplo, utilizando gaze estéril, e atadura) e fixá-lo.
- o) Desprezar o material utilizado.
- p) Colocar os instrumentais em recipiente com água.
- q) Retirar as luvas de procedimento.
- r) Datar o curativo.
- s) Auxiliar o (a) usuário a vestir-se ou calçar os sapatos, quando necessário.
- t) Passar pano umedecido em solução de desinfetante hospitalar Surfic® 1% ou Germi Rio Plus® nas superfícies (por exemplo: maca, laterais da parede e mesa auxiliar).
- u) Realizar os registros do curativo no prontuário eletrônico

6.2 Recomendações profissionais

- a) O procedimento deve ser realizado com base na prescrição prévia do enfermeiro ou do médico.
- b) Utilizar material esterilizado. Considerar contaminado qualquer material que entrar em contato com local não estéril.
- c) Expor o usuário e o material o menor tempo possível.
- d) Caso haja mais de um curativo, deve-se observar o princípio do controle de infecção, iniciando da lesão menos contaminada para a mais contaminada, iniciando e concluindo cada curativo antes de prosseguir.
- e) Evitar falar ou tossir durante o procedimento.
- f) As luvas estéreis são indicadas em casos em que a ferida for cavitária e houver necessidade de tocar na lesão.
- g) Conforme a complexidade do curativo deve-se avaliar a necessidade de troca das luvas e instrumentais.
- h) Os materiais instrumentais deverão ser encaminhados à sala de utilidades assim que possível.
- i) Manter o borrifador com solução de desinfetante hospitalar Surfic® 1% ou Germi Rio Plus® na sala de curativos, verificando sempre a data de validade.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2019	Elaboração do documento
2	2020	Revisão e atualização
3	2021	Revisão e atualização
4	2022	Revisão e atualização
5	2023	Revisão e atualização
6	2024	Atualização do layout
7	2025	Inclusão do passo “a”

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 143	
Título do Documento	143. CURATIVO CONTAMINADO	Emissão: 07/03/2025	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 7	

1. OBJETIVO

Aplicar um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de cobertura estéril em uma lesão, através de técnicas e procedimentos adequados, com a finalidade de auxiliar o organismo a promover a cicatrização, prevenir a contaminação ou infecção cruzada, eliminando os fatores desfavoráveis que retardam a cicatrização da lesão.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

EPI Equipamento De Proteção Individual

POP Procedimento Operacional Padrão

SF: Solução fisiológica

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Avental impermeável, avental descartável, máscara, luvas de procedimento, luvas estéreis, gazes estéreis, ataduras, fita adesiva, régua de papel descartável, agulha 40x12, Solução Fisiológica (SF) 0,9%, instrumental estéril, tesoura, bacia, saco de lixo, cobertura especial, panos de limpeza e desinfetante hospitalar Surfic® 1% ou Germi Rio Plus®.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Verificar prescrição prévia do enfermeiro ou médico
- Organizar todo o material necessário para realização do procedimento verificando a validade do mesmo.
- Posicionar o usuário, orientando-o sobre o procedimento.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Colocar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) - (avental, luvas de procedimento e máscara).
- Expor a área do curativo.
- Remover o curativo secundário, observando as características do exsudato (odor, cor, quantidade e consistência).

- h) Trocar as luvas de procedimentos.
- i) Remover cobertura primária com o auxílio de pinça, umedecendo com SF 0,9% (aquecida se possível), caso o mesmo esteja aderido ao leito da ferida e desprezar a pinça utilizada.
- j) Inserir agulha 40x12 no frasco de SF 0,9%
- k) Limpar minuciosamente a lesão com SF 0,9% (aquecida se possível), irrigando abundantemente.
- l) Remover fragmentos, resíduos ou corpos estranhos caso haja, com o auxílio de pinça ou gaze estéril.
- m) Secar a pele íntegra ao redor da lesão com gaze estéril.
- n) **Enfermeiro:** Avaliar a ferida, mensurar a lesão e realizar a prescrição do produto.
- o) Cobrir com curativo secundário, conforme a necessidade (por exemplo, utilizando gaze estéril, e atadura) e fixá-lo.
- p) Desprezar o material utilizado.
- q) Colocar os instrumentais em recipiente com água.
- r) Retirar as luvas de procedimento.
- s) Datar o curativo.
- t) Auxiliar o (a) usuário a vestir-se e calçar os sapatos, quando necessário.
- u) Passar pano descartável umedecido em solução de desinfetante hospitalar Surfic® 1% ou Germi Rio Plus® nas superfícies (por exemplo: maca, laterais da parede e mesa auxiliar).
- v) Retirar os demais EPIs e lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- w) Pedir para que seja recolhido o lixo, caso esteja cheio ou com odor.
- x) Realizar os registros do curativo no prontuário eletrônico

Observações:

- O procedimento deve ser realizado com base na prescrição prévia do enfermeiro ou do médico.
- Utilizar material esterilizado. Considerar contaminado qualquer material que entrar em contato com local não estéril.
- Expor o usuário e o material o menor tempo possível.
- Caso haja mais de um curativo, deve-se observar o princípio do controle de infecção, iniciando da lesão menos contaminada para a mais contaminada, iniciando e concluindo cada curativo antes de prosseguir.
- Evitar falar ou tossir durante o procedimento.
- As luvas estéreis devem ser utilizadas quando a ferida for cavitária e houver necessidade de tocar na lesão.
- Conforme a complexidade do curativo deve-se avaliar a necessidade de troca das luvas e instrumentais.
- Segundo IRION (2005) a pressão de irrigação recomendada como segura e eficaz para uma úlcera varia entre 4 e 15 psi. Ao perfurarmos o frasco de SF 0,9% 125 ml uma vez, com agulha 40X12, produz-se uma pressão de irrigação de 9,5 psi, e no frasco de SF 0,9% 250 ml – 12,5 psi, conforme o recomendado. (Martins, Meneghin, Domiciano, 2001).
- Solicitar e ou realizar desinfecção da sala de curativos ao final dos atendimentos. Recomenda-se a limpeza concorrente com desinfetante hospitalar Surfic® 1% ou

Germi Rio Plus®, após a realização de cada curativo e ao final do turno de trabalho e a limpeza terminal no mínimo uma vez por semana.

- De acordo com o Protocolo de Prevenção e Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, 2010 (Versão Preliminar), define-se como **CONCORRENTE** o processo de limpeza realizado diariamente ou sempre que necessário conforme o Plano de Limpeza e Desinfecção, incluindo superfícies, mobiliários e pisos dos equipamentos de saúde, inclusive na presença de usuários. **TERMINAL** é o processo de limpeza mais criteriosa e abrangente, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais (janelas, maçanetas, portas, luminárias), mobiliários, equipamentos de uma área, objetivando a redução da sujidade e da contaminação do ambiente.
- Os materiais instrumentais deverão ser encaminhados à sala de utilidades assim que possível em recipiente plástico fechado e identificado.
- Agendar os curativos mais contaminados para o final do turno.
- Manter o borrifador com desinfetante hospitalar Surfic® 1% ou Germi Rio Plus® na sala de curativos, verificando sempre a data de validade.

A avaliação da lesão e a prescrição de coberturas é atribuição do profissional enfermeiro. Cabe ao técnico ou auxiliar de enfermagem o auxílio ao enfermeiro na realização dos curativos especiais, bem como realizar as orientações e procedimentos quando prescrito por ele.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2019	Elaboração do documento
2	2020	Revisão e atualização
3	2021	Revisão e atualização
4	2022	Revisão e atualização
5	2023	Revisão e atualização
6	2024	Atualização do layout
7	2025	Inclusão do passo “a”

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 144	
Título do Documento	144. CURATIVO DE TRAQUEOSTOMIA	Emissão: 07/03/2025	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 9	

1. OBJETIVO

Limpar a pele em torno do orifício na traqueia (estoma) e proteger a pele e a cânula com troca de curativos evitando ressecamento das secreções.

Promover a limpeza do intermediário da cânula de traqueostomia (subcânula), a fim de proporcionar conforto ventilatório ao usuário, manter perviabilidade da cânula e evitar processos infecciosos.

Promover troca da fixação da cânula de Traqueostomia.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

Epi: Equipamento de proteção individual

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Kit curativos, luva de procedimento, máscara, óculos, avental, soro fisiológico, cadarço, compressa de gazes.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Verificar prescrição prévia do enfermeiro ou médico.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Separar e organizar o material a ser utilizado.
- Apresentar-se ao usuário.
- Verificar prescrição e orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado.
- Se necessário, garantir a privacidade do usuário ciente utilizando o biombo
- Posicionar o usuário em decúbito dorsal com a cabeceira elevada a 30°.
- Colocar os EPIs recomendado (luvas, máscara e óculos).
- Remover o curativo sujo do estoma, jogando-o fora, juntamente com a luva.
- Lavar as mãos.
- Calçar luvas de procedimento.

- l) Limpar ao redor do estoma, utilizando uma pinça com gaze umidificada com soro fisiológico.
- m) Colocar o curativo esterilizado do estoma ao redor do tubo da traqueostomia.
- n) Trocar os cadarços da traqueostomia, passando-os através das fendas nas abas do tubo de traqueostomia e amarrando-os no lugar. (A fixação da cânula na região cervical não deve ser muito frouxa para evitar decanulação acidental ou formação de granulomas por cisalhamento da cânula com o traqueóstomo)
- o) Cânula traqueal: Passar o cadarço na parte posterior do pescoço e deixar centralizado.
- p) Passar uma ponta do cadarço na fenda lateral da cânula de ambos os lados, entrando pela parte posterior da fenda e puxando pela anterior.
- q) Ajustar o cadarço deixando cerca de 1cm de folga (ou um dedo).
- r) Juntar as duas pontas e faça um laço firme (lateral ou posterior da região cervical). Na sequência, retirar e descartar o cadarço anterior.
- s) Colocar gaze embaixo de cada lateral da cânula para proteção da pele.
- t) Retirar as luvas e lave as mãos.
- u) Organizar os materiais e deixe o ambiente em ordem.
- v) Reposicionar o usuário de maneira que fique confortável.
- w) Realizar registros em prontuário eletrônico.

6.2 Recomendações profissionais

- a) O procedimento deve ser realizado com base na prescrição prévia do enfermeiro ou do médico.
- b) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout
9	2025	Inclusão do passo “a”

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 145	
Título do Documento	145. LIMPEZA E IRRIGAÇÃO	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 6	

1. OBJETIVO

Remover o tecido necrótico, excesso de exsudato, os resíduos de agentes tópicos e parte dos microrganismos existentes nas lesões objetivando promoção e preservação do tecido de granulação.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

SF: Solução fisiológica

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Agulha 40x12, luvas de procedimento, gaze estéril, Solução Fisiológica (SF) 0,9% preferencialmente de 250ml e desinfetante hospitalar Surfic® 1% ou Germi Rio Plus®

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Utilizar Solução Fisiológica 0,9% (se possível aquecida).
- Calçar as luvas de procedimento.
- Inserir agulha 40 x 12 no frasco de SF 0,9%
- Irrigar a lesão abundantemente num ângulo de 45° com a distância aproximada de 13 a 15cm da lesão.
- Utilizar gaze estéril para auxiliar na remoção da sujidade se houver necessidade, realizando movimento delicado para não causar danos ao tecido.
- Desprezar o restante do SF 0,9% após a realização da limpeza/irrigação.

Observações:

- Deve-se evitar a técnica de fricção no leito da ferida, pois a mesma ocasiona trauma ao tecido;

- Os antissépticos em lesões têm propriedades antibacterianas, mas inibem cicatrização por serem citotóxicos, destruindo as estruturas celulares;
- A solução poderá ser aquecida em forno de micro-ondas (se disponível para uso exclusivo). Cabe ressaltar que o tempo para o aquecimento no forno de micro-ondas é variável de acordo com o modelo e a potência utilizada, portanto, deve-se sempre verificar previamente a temperatura do SF 0,9% na face interna do antebraço, evitando queimaduras no usuário. Estudos comprovam que a utilização de forno micro-ondas para aquecimento do SF 0,9% é segura e não ocorre alterações físico-químicas significativas. (Bagatini, 1996).
- É importante que a técnica siga as recomendações corretas, o emprego de pressão em excesso ou pouca pressão não será efetiva ao tratamento; Lesões com resíduos, corpos estranhos ou fragmentos devem ser irrigadas cuidadosamente com baixa pressão (Rodeheaver, 1997) e se necessário utilizar gaze macia;
- A lesão pode apresentar odor fétido devido a altos níveis bacterianos, infecção, presença de tecido desvitalizado e limpeza inadequada, uma limpeza efetiva é o primeiro passo para diminuir o odor;
- Quando somente a irrigação simples/limpeza não for suficiente para remover contaminantes e tecidos necrosados da lesão, os desbridamentos poderão ser necessários.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2019	Elaboração do documento
2	2020	Revisão e atualização
3	2021	Revisão e atualização
4	2022	Revisão e atualização
5	2023	Revisão e atualização
6	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 146	
Título do Documento	146. MENSURAÇÃO DA LESÃO	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 6	

1. OBJETIVO

Avaliar a evolução da lesão, medindo com régua e registrando a sua área.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Avental impermeável, luvas de procedimento, régua de papel descartável, instrumental estéril.

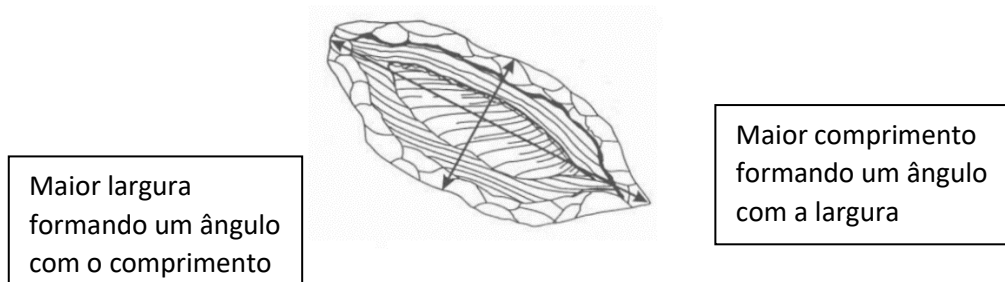
6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Calçar as luvas de procedimento.
- Realizar a mensuração da lesão após a limpeza/irrigação ([POP.ENFDAPS.145](#)).
- Posicionar a régua na maior extensão vertical da lesão (comprimento) e a maior extensão horizontal (largura), registrando as medidas na ficha de evolução.
- Para a medida da profundidade, utilizar uma pinça, cateter, ou cotonete estéril, formando um ângulo reto com a margem da ferida. Quando a lesão for plana, considerar para o cálculo da área sempre 1.
 - Multiplicar uma medida pela outra para se obter a área em cm²:
 - **Área = comprimento x largura x profundidade**
- Retirar as luvas de procedimento.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Registrar a área em cm² na ficha de evolução para comparações posteriores.

6.2 Recomendações profissionais

- Lembrar que o comprimento sempre se refere à medida no sentido vertical (céfalo-caudal) e a largura à medida horizontal.



Fonte da figura: DEALEY, C. Cuidando de Feridas. São Paulo: Atheneu. Pg 61.

- b) Se desejar filmar ou fotografar a ferida, o usuário deverá assinar o Termo de Autorização para uso de imagem.
- c) Quando houver duas ou mais lesões separadas por até 2 cm de pele íntegra deverá ser considerado como lesão única (exemplo 1). Em lesões separadas por mais de 2 cm de pele íntegra, deve ser realizada a mensuração das lesões separadamente e calcular a área somando os dois valores (exemplo 2).

Exemplo 01:

Lesões separadas por até dois cm de pele

	Lesão 1	Lesão 2	Tamanho final
Comprimento	5 cm	3 cm	-
Largura	3 cm	2 cm	-
Profundidade	1 cm	1 cm	-
Área	5 x 3 x 1= 15 cm	3 x 2 x 1= 6 cm	21 m

O cálculo deverá ser realizado individualmente e somado o total da extensão.

Exemplo 02:

Lesões separadas por mais de dois centímetros.

O cálculo deverá ser realizado individualmente.

	Lesão 1	Lesão 2
Comprimento	10 cm	6 cm
Largura	5 cm	3 cm
Profundidade	1 cm	1 cm
Área	10 x 5 x 1= 50 cm de extensão	6 x 3 x 1= 12 cm de extensão

- d) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução.](#)

- e) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2019	Elaboração do documento
2	2020	Revisão e atualização
3	2021	Revisão e atualização
4	2022	Revisão e atualização
5	2023	Revisão e atualização
6	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.147	
Título do Documento	147. MENSURAÇÃO DO DESCOLAMENTO DA LESÃO	Emissão: 07/03/2025	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 7	

1. OBJETIVO

Avaliar a evolução da lesão, medindo com pinça, cateter ou cotonete estéril e registrando o descolamento.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Avental impermeável, luvas de procedimento, instrumental estéril, cateter ou cotonete estéril e máscara.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Calçar as luvas de procedimento.
- Realizar a mensuração após a limpeza / irrigação ([POP.ENFDAPS.145](#)).
- Introduzir a pinça, cotonete ou cateter estéril explorando a ferida cuidadosamente até o seu ponto mais distante.
- Marcar no instrumento o ponto mais próximo da margem da lesão.
- Medir com uma régua o segmento marcado na pinça, cotonete ou cateter.
- Registrar a área em cm na ficha de evolução e prontuário eletrônico, para comparações posteriores.
- Realizar o curativo ([POP.ENFDAPS.142](#)).
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).

6.2 Recomendações profissionais

- Cavidades, túneis e fístulas representam áreas de lesão tissular sob uma pele intacta. Cavidades são erosões causadas por necrose de tecido metabolicamente mais ativo que seja mais susceptível a hipóxia, são frequentemente associadas às úlceras por pressão. O termo túnel descreve uma erosão linear entre os planos fasciais, é uma erosão cega do tecido subcutâneo. Uma fístula é causada pela

erosão do tecido subcutâneo de uma ferida a outra. A identificação do local de túneis e fístulas pode ser documentada pela utilização da notação horária e da distância pela qual o túnel ou a fístula se estende sob a pele.

- b) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme POP Prevenção padrão.
- c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.
- d) No âmbito da equipe de enfermagem, a mensuração do descolamento da lesão é privativo do enfermeiro.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2019	Elaboração do documento
2	2020	Revisão e atualização
3	2021	Revisão e atualização
4	2022	Revisão e atualização
5	2023	Revisão e atualização
6	2024	Atualização do layout
7	2025	Atualização do profissional responsável.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 148	
Título do Documento	148. COLETA DE MATERIAL PARA CULTURAS DE LESÕES	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Realizar cultura quando houver suspeita de infecção para auxiliar na escolha do antimicrobiano.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão
EPI: Equipamento De Proteção Individual
SF: Solução fisiológica

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

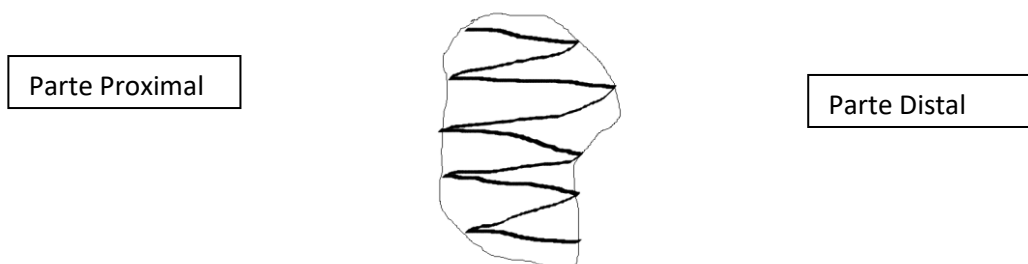
- Avental impermeável, avental descartável, luvas de procedimento, bacia, gaze estéril, atadura, Solução Fisiológica (SF) 0,9% aquecido, agulha 40x12, instrumental estéril, tesoura, etiqueta de identificação, swab Stuart e máscara.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Organizar todo o material necessário para realização do procedimento.
- Posicionar o usuário e explicar o procedimento que será realizado.
- Lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- Colocar Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) - (luvas de procedimento, avental impermeável, avental descartável e máscara).
- Remover a cobertura secundária da lesão com as mãos enluvadas, observar e registrar as características do exsudato (odor, cor, quantidade e consistência).
- Remover a cobertura primária com a pinça e desprezá-la.
- Trocar as luvas.
- Limpar minuciosamente a ferida com SF 0,9% (aquecida se possível), irrigando abundantemente a lesão, até que toda a sujidade seja removida ([POP.ENFDAPS.145](#)).
- Secar o leito da lesão com gaze esterilizada.
- Trocar as luvas.
- Abrir o frasco e remover o swab, tomando cuidado para não tocar na haste ou na extremidade do swab.

- l) Umedecer o swab em SF 0,9%.
- m) Coletar a amostra com swab na técnica em Z de uma extremidade da ferida a outra.
- n) Coletar a amostra com swab na técnica em Z.
- o) Iniciar na parte proximal da ferida, fazendo o esfregaço rodando e pressionando o swab sobre o tecido, para que toda sua parte alongada entre em contato com a área. O esfregaço deve cobrir uma extremidade a outra formando um ziguezague atingindo 10 pontos sendo 5 de cada lado até a parte distal da ferida.



- p) Inserir o swab no meio de cultura para o transporte.
- q) Concluir o curativo.
- r) Retirar EPIs e lavar as mãos ([POP.ENFDAPS.002](#)).
- s) Identificar o frasco com nome do usuário, data, sítio anatômico e nome do profissional que realizou a coleta.
- t) Realizar o registro da cultura e do curativo no prontuário eletrônico e ficha de evolução.
- u) Enviar imediatamente o frasco com o material coletado para o Laboratório com a requisição. O prazo máximo para chegada do material no Laboratório Municipal de Curitiba é de até 8 horas após a coleta, o frasco com o material deve ser conservado em temperatura ambiente e ao abrigo da luz e calor, mantendo a viabilidade dos microrganismos.

Observações:

Cuidados na coleta de material para cultura:

- a) Deve-se optar para a coleta o tecido aparentemente limpo e viável (granulação), pois é o local onde ocorre a infecção;
- b) Não coletar de tecido necrótico, o mesmo deverá ser removido para a coleta do material para cultura;
- c) Caso o usuário esteja em uso de cobertura especial com prata, deverá ser suspensa por 48 horas para a coleta de secreção para cultura, pois o resultado do exame poderá acusar um falso negativo pelo uso da prata, assim como uso de pomadas que deixam resíduos no leito da ferida, formando uma barreira sobre o tecido, devem ser suspensas para realizar este procedimento.
- d) Programar e agendar a coleta de secreção para cultura considerando o tempo hábil e o transporte do material para o Laboratório Municipal de Curitiba.

Indicação para cultura:

- e) A pele humana abriga uma população de microrganismos residentes que são isolados da maioria das pessoas.

- f) Muitos dos agentes encontrados na pele normalmente podem aparecer também em culturas de usuários com lesões infectadas, porém, encontrar essas bactérias não tem qualquer significado clínico na maioria das vezes. **Logo, não há indicação de coleta de cultura quando não há evidência sólida de infecção. A cultura neste caso servirá somente para confusão terapêutica, pois só deve ser coletada para auxiliar na escolha do antimicrobiano e não para diagnosticar a infecção.**
- g) As culturas superficiais podem ser positivas sem que tenham significado, pois quanto mais superficial e exposto for o material, pior será seu valor clínico.

(Revista Saúde (Santa Maria), v. 36, n. 1, p.5766, jan./jun. 2010)

Definição de ferida infectada:

- h) Laboratorialmente, uma infecção é definida como 100.000 (10⁵) microrganismos por grama.
- i) Uma ferida estará infectada se houver a presença de secreção purulenta. Entretanto, essas bactérias podem não ser detectadas na cultura, caso a secreção purulenta seja formada apenas por bactérias mortas, neutrófilos e tecido devitalizado. Já culturas de material obtido por biópsia da própria ferida, em vez de esfregaço de secreção, têm uma probabilidade bem maior de evidenciar a presença de infecção. (IRION, 2005).
- j) As mesmas características estão presentes numa inflamação e infecção. Tanto a inflamação quanto a infecção caracterizam-se por calor, sensibilidade, eritema e intumescimento.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de contaminação e risco de infecção

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 149	
Título do Documento	149. PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Promover prevenção ou tratamento de lesões ocasionadas por pressão.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Equipe de Saúde e familiares.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

US: Unidade de Saúde

5. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1 Ação

Atentar para fatores de risco e os cuidados necessários para evitar lesões por pressão em usuários acamados no território da US:

- a) Limpar a pele no momento em que houver sujidade.
- b) Evitar água quente e utilizar um sabão suave para não causar irritação ou ressecamento da pele. A pele seca deve ser tratada com cremes hidratantes de uso comum.
- c) Evitar massagens nas regiões de proeminência óssea se observar avermelhamento, manchas roxas ou bolhas pois isso indica o início da escara.
- d) Manter fraldas descartáveis ou absorvente se a pessoa não tem controle da urina, e trocar a roupa assim que possível.
- e) Movimentar a pessoa acamada erguendo-a da cama ao ser movimentada e nunca a arrastar contra o colchão.
- f) Posicionar a pessoa adequadamente e utilizar técnicas corretas para transferência da cama para a cadeira e mudança de decúbito, podem diminuir as feridas causadas por fricção.
- g) Usuários que não estão se alimentando bem precisam receber uma complementação alimentar para que não fiquem com deficiências que podem levar a pele a ficar mais frágil.
- h) Realizar a mudança de posição ou decúbito pelo menos a cada duas horas se não houver contraindicações relacionadas às condições gerais do usuário.
- i) Usar travesseiros ou almofadas para manter as proeminências ósseas (como os joelhos) longe de contato direto um com o outro. Os calcanhares devem ser mantidos levantados da cama usando um travesseiro debaixo da panturrilha.

- j) Evitar a posição diretamente sobre o trocânter do fêmur, quando a pessoa ficar na posição lateral.
- k) Manter a cabeceira da cama elevada, porém não por muito tempo, para não aumentar a pressão nas nádegas, o que leva ao desenvolvimento da ferida por pressão.
- l) Usar uma almofada de ar, água ou gel e a pessoa ficar sentada em cadeira de rodas ou poltrona, mas nunca use aquelas almofadas que tem um orifício no meio (roda d'água) pois favorecem o aumento da pressão.
- m) Usar forro da cama (travessa) para movimentar (ao invés de puxar ou arrastar) para a pessoa que não consegue ajudar durante a transferência ou nas mudanças de posição.
- n) Usar um colchão de ar que reduz a pressão. O colchão caixa de ovo aumenta o conforto, mas não reduz a pressão. Para a pessoa que já tem úlcera o adequado é o colchão de ar.
- o) Evitar que a pessoa fique sentada ininterruptamente em qualquer cadeira ou cadeira de rodas. Os usuários que são capazes, devem ser ensinados a levantar o seu peso a cada 15 minutos, aqueles que não conseguem devem ser levantados por outra pessoa ou levados de volta para a cama.
- p) Examinar a pele da pessoa diariamente para verificar início de vermelhão. Se apresentar início de problema, não deixar a pessoa sentar ou deitar em cima da região afetada e procurar descobrir a causa para que não agrave o problema.

5.2 Recomendações profissionais

- a) As feridas podem ocorrer em qualquer parte do corpo onde tenha saliência óssea, mas são mais comuns nas nádegas, calcanhares e nas laterais da coxa. Se a pessoa não tem controle da urina e fezes e tem dificuldade para ter uma boa alimentação o problema pode se agravar, no entanto certas medidas podem ser usadas para diminuir a pressão em cada região do corpo.
- b) Usuário que não estão se alimentando bem precisam receber uma complementação alimentar para que não fiquem com deficiências que podem levar a pele a ficar mais frágil.
- c) Para tratamento da ferida é preciso uma avaliação de profissional para verificar o estágio da ferida, porém em todos os casos lave somente com soro fisiológico e conforme orientação do profissional capacitado.
- d) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- e) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

6. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de lesão por pressão

7. REFERÊNCIAS

PARANÁ, Secretaria Estadual de Saúde - SESA. **Tutoria na Atenção Primária à Saúde - Manual Operativo Selo Bronze**. 2017

APPLING, SUSAN E. **Procedimentos em enfermagem**, VOL. III. REICHMANN & AUTORES, 2006 – SÃO PAULO.

Secretária Municipal de Saúde. Prefeitura de Belo Horizonte. **Protocolo de Assistência aos Portadores de Feridas**. Disponível em:

<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/curativos.pdf>. Acesso em 14/09/2022

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBSEH. **Traqueostomia: Indicações e Orientações de Cuidado ao Paciente Adulto**. Brasília, 2020. Disponível em < <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/protocolos-assistenciais/traqueostomia-adulto-final.pdf> > Acesso em: 14/09/2022

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBSEH. **Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão**. Brasília, 2020. Disponível em < <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/protocolos-assistenciais/prevencao-e-tratamento-de-lesao-por-pressao-protocolo-nucleo-de-protocolos-assistenciais-multiprofissionais-08-2018-versao-2.pdf> > Acesso em: 14/09/2022

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de Saúde**. Outubro. 2017. Disponível em: < <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-gqtes-no-03-2017.pdf> > Acesso em: 14/09/2022

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

CAPÍTULO 9: ASSISTÊNCIA NA PREVENÇÃO DE QUEDAS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 150	
Título do Documento	150. PREVENÇÃO DE QUEDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Atender a meta internacional de Segurança para reduzir riscos de quedas do usuário. Eliminar os principais fatores predisponentes ao risco de queda e reduzir a ocorrência de quedas na UBS.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Todos os profissionais de saúde

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Placa de sinalização

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

Avaliação dos riscos para usuários que circulam dentro da UBS

- a) Identificar os usuários que possuem os fatores de risco para queda como:
- **Riscos sócio demográfico** (crianças, idosos);
 - **Riscos psico-cognitivo** (declínio cognitivo, condição de saúde / doenças crônicas, AVC prévio, tontura, hipotensão postural, baixo índice de massa corpórea, anemia, história prévia de quedas, necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, mobilidade alterada, dentre outros);
 - **Riscos de uso medicamentos** (benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, diuréticos, laxativos, número de medicações - poli farmácia).

Identificação dos riscos físicos e ambientais de quedas para os usuários dentro dos serviços da unidade de saúde e externamente.

- b) Manter a área de circulação e corredores livre de móveis e utensílios.

- c) Manter um familiar junto ao usuário quando o mesmo necessitar ficar em observação em maca.
- d) Realizar exame físico, de preferência nas macas que possuem grades laterais de proteção.
- e) Manter os consultórios, banheiros, corredores e escadas em plenas condições para circulação segura de profissionais, usuários e familiares, de forma a prevenir quedas.
- f) Manter banheiro com acessibilidade.
- g) Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar todas as pessoas que circulam na Unidade de Saúde.
- h) Utilizar placa de sinalização com o texto “PISO MOLHADO” em dias chuvosos e/ou quando estiver sendo realizado limpeza terminal.
- i) Registrar em prontuário todas as intervenções ocorridas.
- j) Realizar monitoramento das notificações de quedas e avaliação das causas.
- k) Notificar as quedas e suas causas à Autoridade Sanitária Local.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Queda é um evento frequente e limitante, sendo considerado um marcador de fragilidade, declínio na saúde ou até morte. A queda é causada por uma instabilidade que é a “falta de capacidade para corrigir o deslocamento do corpo, durante seu movimento no espaço”, qual representa um problema de saúde pública.
- b) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de queda

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 151	
Título do Documento	151. PREVENÇÃO DE QUEDAS NO DOMICÍLIO	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 8	

1. OBJETIVO

Prevenir as quedas de idosos em seus domicílios a fim de evitar desfechos desfavoráveis, tais como fragilidade, fraturas, morte, institucionalização e piora das condições de saúde.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Todos os profissionais de saúde

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

5. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1 Ação

Avaliação dos riscos para usuários no domicílio

a) Identificar os usuários que possuem os fatores de risco para queda como:

- **Riscos sócio demográfico** (crianças, idosos);
- **Riscos psico-cognitivo** (declínio cognitivo, condição de saúde / doenças crônicas, AVC prévio, tontura, hipotensão postural, baixo índice de massa corpórea, anemia, história prévia de quedas, necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, mobilidade alterada, dentre outros);
- **Riscos de uso medicamentos** (benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, diuréticos, laxativos, número de medicações - poli farmácia).

Identificação dos riscos físicos e ambientais de quedas no domicílio

- b) Tapetes de tecido ou retalhos, tapetes soltos e pisos encerado, avaliando a possibilidade de escorregões ou tropeços.
- c) Cômodos da casa com pouca iluminação, com piso, cortinas e peças da mesma cor.
- d) Vaso sanitário muito baixo e sem barras de apoio podem provocar desequilíbrio, além de ser desconfortável.
- e) Banheiro com box de vidro, sem tapete antiderrapante e sem barras de apoio.

- f) Uso calçado alto ou com solado liso ou uso apenas de meia.
- g) Camas muito baixas e colchões muito macios (onde o idoso pode ter dificuldade para levantar ou deitar).
- h) Extensões elétricas ou fios de telefone cruzando o caminho ou sapatos, brinquedos e outros objetos espalhados pelo chão.
- i) Sofás muito baixos e macias ou poltronas sem braços, idosos pode ter dificuldade para se levantar.
- j) Armários muito altos que necessitem de bancos ou escadas para alcançar os objetos.
- k) Escadas com pouca iluminação, com objetos deixados nos degraus, sem corrimão e com degraus estreitos.
- l) Animais de estimação correndo dentro da casa ou amarrados muito próximos à porta de entrada.

Orientar:

- m) Usar tapetes emborrachados antiderrapantes
- n) Aumentar a iluminação: use lâmpadas fluorescentes, cortinas claras.
- o) Colocar assento do vaso sanitário e pia em cores diferentes do piso e do chão.
- p) Instalar barras de apoio ao lado vaso sanitário, chuveiro e escadas.
- q) Substituir o box de vidro por cortinas.
- r) Utilizar uma cadeira firme resistente como apoio, caso haja dificuldade em se abaixar durante o banho.
- s) Usar sempre sapatos com solado antiderrapante.
- t) Não levantar no escuro, providenciar um interruptor de luz ao lado da cama ou um abajur.
- u) Deixar o caminho livre e sem bagunça.
- v) Usar fitas antiderrapantes nos degraus das escadas e corrimão dos dois lados e preferência com interruptores de luz, tanto na parte inferior quanto na superior das escadas.
- w) Manter ao alcance dos idosos os pertences e objetos mais utilizados, (óculos, controle remoto entre outros).
- x) Orientar família a auxiliar na deambulação dos idosos que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor.
- y) Orientar para que os idosos não se levantem subitamente devido ao risco de hipotensão postural e tontura.

6.2 Recomendações profissionais

- a) A queda é um evento frequente e limitante, considerada um marcador de fragilidade, declínio na saúde ou até a morte. Ela é causada pela instabilidade de “falta de capacidade para corrigir o deslocamento do corpo, durante seu movimento no espaço”, representando um problema de saúde pública.

- b) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de queda

8. REFERÊNCIAS

PARANÁ, Secretaria Estadual de Saúde - SESA. **Tutoria na Atenção Primária à Saúde - Manual Operativo Selo Bronze**. 2017

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBSEH. **Quedas: Prevenção e Atendimento Imediato**. 2020. Disponível em <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/quedas-versao-2-final.pdf> >. Acesso em: 14/09/2022.

Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. **Protocolo Prevenção de Quedas**. 2013. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/controleinfeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf. Acesso em: 13/09/2022

Secretaria de Estado de Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde. **Segurança do Paciente: Prevenção de Quedas**. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Seguran%C3%A7a+do+Paciente+%E2%80%93+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Quedas.pdf/9cf5a6b4-e027-ba41-e1f9-6d866443361c?t=1648647927896>>. Acesso em: 14/09/2022

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2017	Elaboração do documento
2	2018	Revisão do documento e estruturação em manual
3	2019	Revisão e atualização
4	2020	Revisão e atualização
5	2021	Revisão e atualização
6	2022	Revisão e atualização
7	2023	Revisão e atualização
8	2024	Atualização do layout

CAPÍTULO 10: DOENÇAS CRÔNICAS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS.152	
Título do Documento	152. RENOVAÇÃO DE RECEITA PARA PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/ OU DIABETES	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 6	

1. OBJETIVO

- Buscar eficiência no atendimento às pessoas com hipertensão e diabetes;
- Monitorar as metas do plano de cuidado;
- Favorecer o apoio ao autocuidado;
- Fortalecer as relações entre as pessoas e a equipe multiprofissional da APS.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem, médicos, profissionais equipe e-multi.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

APS: Atenção Primária em Saúde

PA: Pressão arterial

DM: Diabetes mellitus

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Balança, esfigmomanômetro, estetoscópio, aparelho de glicemia, fita métrica, caixa de perfurocortante, pano de limpeza borrifador com desinfetante hospitalar Surfic® 1% ou Germi Rio Plus®.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

Agente	Ação
Todos os profissionais	1. Captação do usuário: a) Na recepção: as pessoas que solicitam nova prescrição de medicamentos para hipertensão, diabetes e dislipidemia. b) Na farmácia: durante a dispensação, as que precisarão

	de nova prescrição de anti-hipertensivos (enalapril, atenolol, anlodipino, carvedilol, losartana, hidroclorotiazida) e antidiabéticos orais (metformina, glibenclamida e gliclazida) nos próximos 60 dias.
Auxiliar/ Técnico de Enfermagem/ Enfermeiro	2. Aferir pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal. Registrar em prontuário em campo adequado. 3. Verificar no prontuário e/ou nos registros trazidos pela pessoa³: • Data da última prescrição médica • Número de medidas de PA desde a última prescrição • Data dos exames de acompanhamento: • Colesterol total • HDL colesterol • Triglicerídeos • Creatinina • Glicemia de jejum • Hemoglobina glicada (se diabetes) • Relação albumina-creatinina (se diabetes) • Eletrocardiograma • Data da última consulta com oftalmologista, se pessoa com diabetes • Data da última avaliação dos pés, se pessoa com diabetes 4. Agendar consulta com enfermeiro para solicitação dos exames necessários para a continuidade do cuidado e orientar que no dia da consulta, a pessoa traga medidas de PA registradas (mínimo de 10 aferições). Recomenda-se o agendamento das consultas e a realização de exames da pessoa com diabetes conforme Organização da Atenção ao DM2 e Fluxo de Atenção à pessoa com Hipertensão estratificado como baixo risco - v.1 6. Orientações gerais: - Orientar autocuidado: estilo de vida, nutrição, cuidados com os pés, saúde bucal, saúde reprodutiva e vacinação. - Verificar a data da coleta do último preventivo e orientar data da coleta, conforme protocolo de rastreamento de colo uterino e mama. - Estimular a participação em atividades na Unidade de Saúde - Divulgar o Programa Escute seu coração, incentivando o

³ Desconsidere dados auto referidos.

	autocuidado. - Abordar o tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo. - Avaliar a situação vacinal e se necessário indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI). - Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já. - Observar a pessoa e família nas suas potencialidades e fragilidades* para individualizar e aprimorar o cuidado.
<u>ENFERMEIRO</u>	7. Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames, quando indicado. 8. Realizar prescrições, se necessário, conforme Instrução Normativa e Fluxos de atendimento. 9. Agendar consulta médica conforme necessidade e Fluxos de atendimento.

6.2 Recomendações profissionais

a) Material de apoio:

- Protocolo de Práticas para Técnico e Auxiliares de Enfermagem na APS (Disponível no prontuário eletrônico – Módulo documentos orientativos).
- [Organização da Atenção ao DM2](#)
- [Fluxo de Atenção à pessoa com Hipertensão estratificado como baixo risco - v.1](#)

b) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).

c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de erro de registro

8. REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Planos de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília. DF. 2021. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022-2030.pdf/view#:~:text=O%20plano%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20Estrat%C>

[3%A9gicas,a%20dirimir%20desigualdades%20em%20sa%C3%BAd](#)>. Acesso em: 14/09/2022

Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília. DF. 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 14/09/2022

Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. **Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde**. 2018. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Manejo+da+Hipertens%C3%A3o+Arterial+Sist%C3%AAmica+e+do+Diabetes+Mellitus+na+Aten%C3%A7%C3%A3o+Prim%C3%A1ria+%C3%A0+Sa%C3%BAd.pdf/49f415f3-96a2-91af-48c0-fda22b0a466f?t=1648646138915>. Acesso em: 14/09/2022.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2019	Elaboração do documento
2	2020	Revisão e atualização
3	2021	Revisão e atualização
4	2022	Revisão e atualização
5	2023	Revisão e atualização
6	2024	Atualização do layout

CAPÍTULO 11: SAÚDE DA MULHER

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 153	
Título do Documento	153. ORIENTAÇÃO PARA O ALEITAMENTO MATERNO	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 3	

1. OBJETIVO

Direcionar o profissional de saúde a orientar a mulher e família no período de pré-natal e puerpério no preparo da mama e posicionamento corporal tradicional do binômio mãe-bebê para permitir a sucção eficiente do leite materno, sem causar traumas no mamilo.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem/ Nutricionista/ Médico

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

EPI Equipamento De Proteção Individual

RN: Recém nascido

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Luvas de procedimento, mama cobaia, Equipamentos de Proteção Individual – EPI – (avental, touca, máscara cirúrgica, óculos protetor e luvas de procedimento), bandeja, poltrona ou cadeira confortável com apoio aos pés (podendo ser escadinha).

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

PASSOS	AÇÃO
1º	Em ambiente tranquilo e acolhedor, ouvir as queixas da mulher, por meio de entrevista breve. Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade aos pais, com objetivo de diminuir a ansiedade, favorecer a colaboração e obter o consentimento.
2º	Sempre que possível solicitar que o companheiro ou o familiar esteja presente para também ser capacitado a ajudá-la no domicílio. Colocar o biombo ao redor da poltrona, se necessário, promovendo a privacidade da usuária.

3º	Solicitar à mulher que amamente seu bebê, sem nenhuma interferência a fim de observar os seguintes aspectos:
	OBSERVAÇÃO DA MULHER: () relaxada e confortável () mama segurada em tesoura Aparentemente: () saudável () doente/depressiva () tensa e desconfortável () mamas bem apoiadas, mão em concha, em “C”, da forma correta OBSERVAÇÃO DO BEBÊ: () parece saudável () parece doente () bebê calmo e relaxado () bebê inquieto e choroso () sinais de vínculo () o bebê não busca ou não alcança a mama quando está com fome POSIÇÃO DO BEBÊ () a cabeça e o corpo do bebê estão alinhados () Sim () Não () bebê seguro próximo ao corpo da mãe? () Sim () Não () bebê de frente para mama e nariz no mamilo () sim () não () o queixo e o lábio inferior opostos ao mamilo () sim () não PEGA : A aréola é mais vista sobre o lábio superior do bebê () sim () não () a aréola é mais vista no lábio inferior do bebê () Sim () Não () a boca do bebê está bem aberta () Sim () Não () o lábio inferior do bebê está virado para fora? () Sim () Não () os lábios estão virados para frente ou dentro () Sim () Não () o queixo do bebê toca na mama () Sim () Não SUCÇÃO E MAMAS: lenta e profunda com pausa () Sim () Não Sucção rápidas e superficiais () Sim () Não O bebê solta a mama quando termina () Sim () Não Mãe tira o bebê da mama corretamente () Sim () Não Mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina (descida do leite) () Sim () Não Mãe sente as mamas mais leves após as mamadas () Sim () Não Mamas parecem duras e brilhantes () Sim () Não
4º	Verificar após a observação os aspectos a serem corrigidos, sempre encorajando a mulher e salientando os pontos positivos.
5º	Avaliar o estado de alerta, as condições clínicas e as vestimentas do bebê e da mãe para que não restrinjam os movimentos do bebê. Se vestimentas inadequadas, orientar a importância de roupas confortáveis.
6º	Reunir os EPIs em uma bandeja e colocar em local próximo para organizar e favorecer a realização do procedimento.
7º	Orientar o posicionamento seguro e confortável, indicando uso de almofadas e apoio para os pés, se necessário.
8º	Lavar as mãos (POP 1.1 – Lavagem das Mãos - Módulo 1 – Prevenção e controle de

	Infecção).
9º	Paramentar-se com os EPIs.
10º	Solicitar à mulher para expor completamente as mamas e orientar como realizar a inspeção das mesmas: a integridade cutânea da mama, turgência mamária, presença de nódulos, abscessos, flexibilidade da aréola e tipo de mamilo (normal, plano ou invertido). I identificar a presença de bloqueio de ductos lactíferos, mastite infecciosa e não infecciosa, ingurgitamento mamário, fissura mamilar, reflexo exacerbado de ejeção do leite e outros.
11º	Orientar a mulher a preparar a mama para o aleitamento: quando ingurgitadas massagear delicadamente a região mamilo-areolar com as pontas dos dedos (2º, 3º e 4º quirodáctilos) em movimentos circulares; se for necessário, estender a massagem circular até a base da mama, quando áreas endurecidas e dolorosas.
12º	Em casos de ingurgitamento sem relato de dor e ou desconforto: Solicitar à mãe que balanceie as mamas (movimento de <i>shaking</i>), pois esse movimento colabora na mobilização e na drenagem do leite da mama ingurgitada.
13º	Em casos de aréola tensa ou rígida: Ordenhar um pouco de leite, garantindo a flexibilidade mamilo- areolar com a retirada de um pouco de leite, para facilitar a “pega” do bebê e prevenir traumas no mamilo.
14º	Sempre escolher a mama mais cheia ou a mama que não foi oferecida na mamada anterior o que previne o ingurgitamento mamário patológico e possíveis complicações decorrentes.
15º	Posicionar a almofada de amamentação sobre o colo da mãe, se for necessário e disponível; ensinar formas de improviso, com travesseiros e cobertores para a sustentação do peso do bebê.
16º	Colocar o bebê nos braços da mãe sobre a almofada de amamentação, com a cabeça apoiada no antebraço do lado da mama a ser oferecida e as nádegas sobre o antebraço contralateral, de modo que fique confortável e seguro para ambos.
17º	Posicionar o corpo do bebê próximo e de frente para o corpo da mãe, de modo que a cabeça do bebê fique no mesmo nível da mama; o nariz próximo ao mamilo; as pernas e os braços livres, de modo que o braço inferior não fique entre os corpos; a cabeça e o corpo alinhados, com a cabeça mais alta que o tronco e o pescoço levemente estendido. OBS: Informar a mulher que o posicionamento adequado traz conforto e previne o refluxo gastroesofágico.
18º	Posicionar a mão da mãe oposta à mama que está sendo ofertada, segurando-a em forma de letra “C”, sustentando a mama e deixando a aréola livre, sem obstáculo com a boca do bebê, facilitando a pega adequada.



19º	Posicionar as polpas dos dedos polegar (1º quirodáctilo) e indicador (2º quirodáctilo), em lados opostos, na transição aréola-mama e fazer uma prega permitindo a abocanhadura de maior parte da aréola.
20º	Passar o mamilo nos lábios e na ponta do nariz do bebê; isto estimula o reflexo de busca até induzir a abertura da boca com o abaixamento da língua. Isto levará à “pega” adequada da aréola e do mamilo.
21º	Ajustar o posicionamento do bebê, permitindo que a boca fique bem aberta, lábios curvados para fora, mais aréola visível acima da boca do bebê do que abaixo, queixo tocando a mama e narinas livres.
22º	Observar se a mandíbula do bebê está movimentando, se a deglutição está visível e/ou audível, se a respiração está tranquila e se ele consegue manter-se fixo à mama, sem escorregar ou largar o mamilo.
23º	Observar se há sinais de pega incorreta: ✓ Bochechas do bebê encovadas a cada sucção; ✓ Ruídos da língua; ✓ Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada; ✓ Bebê não consegue ficar fixado à mama; ✓ Dor na amamentação. Neste caso, retornar ao 18º passo.
24º	Aguardar a sucção do leite materno até a saciedade do bebê e/ou esvaziamento da mama. Caso o bebê se apresente sonolento durante a mamada, despertá-lo passando as mãos nos seus pés ou na sua cabeça permitindo a amamentação por tempo suficiente para saciedade do bebê. Alguns sinais são: tranquilidade, sonolência ou adormecimento; bebê para de sugar ou solta o mamilo.
25º	Caso o bebê não solte espontaneamente a mama: Colocar o dedo mínimo da mãe entre o mamilo e um dos cantos da boca do bebê, facilitando a soltura da mama e evitando traumas no mamilo.
26º	Observar se há sinais de não saciedade: ✓ Inquietação/choro ✓ Movimentos de sucção presentes ✓ Dedos na boca ✓ Agitação de membros Neste caso, repetir as orientações do 14º ao 20º passo.

27º	Orientar a mulher novamente a avaliar a integridade cutânea do mamilo e a turgência mamária ao final da mamada verificar se a técnica de amamentação está adequada e se o aleitamento foi eficiente. OBS: A presença de estrias vermelhas, ou áreas esbranquiçadas ou achatadas no mamilo indica inadequação da “pega”.
28º	Auxiliar a mãe a se recompor com a vestimenta.
29º	Colocar o bebê em posição vertical nos braços e apoiado no corpo da mãe com a cabeça lateralizada, por um intervalo de tempo até arrotar ou por 10-15 minutos, colaborando na prevenção de vômitos, regurgitação e/ou mal-estar. OBS: às vezes, o bebê pode não arrotar, significando não ingestão de ar.
30º	Orientar a mulher para que sempre deixe o bebê em posição confortável, adequada e segura ou colocá-lo em posição supina em seu berço-leito inclinado a 45°.
31º	Dar destino adequado aos materiais e encaminhar os descartáveis ao expurgo.
32º	Retirar os EPIs.
33º	Lavar as mãos (POP 1.1 – Lavagem das Mãos - Módulo 1 – Prevenção e controle de Infecção).
34º	Registrar a consulta/atendimento no prontuário eletrônico e-saúde. Anamnese: Queixa principal, início, localização (mama direita ou esquerda), intensidade, irradiação, sinais e sintomas associados (febre, pus, por ex.), uso de medicamentos ou outras terapias, diurese, hábito intestinal, desenvolvimento, sono, vacinas. Exame físico: completo, com atenção ao estado geral do bebê e da mãe, hidratação, temperatura; estado do bebê antes e depois de ser colocado para mamar, estado da aréola e do mamilo, eficácia da mamada, vínculo do binômio mãe-bebê, presença de ocorrências adversas e as suas medidas tomadas. Orofaringe: atenção ao frênulo lingual. Registrar orientações e encaminhamentos (pediatra, ginecologista, odontologia). Peso, comprimento, perímetro cefálico.

POSIÇÕES FACILITADORAS DO ALEITAMENTO MATERNO



FIGURA 1- POSIÇÃO TRADICIONAL



FIGURA 2 BEBÊ EM POSIÇÃO LATERAL



FIGURA 03 POSIÇÃO CAVALINHO



FIGURA 04 - AMAMENTAÇÃO BRAÇO OPOSTO

FONTE: BRASIL GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS P. 27-28

TIPOS DE MAMILOS:



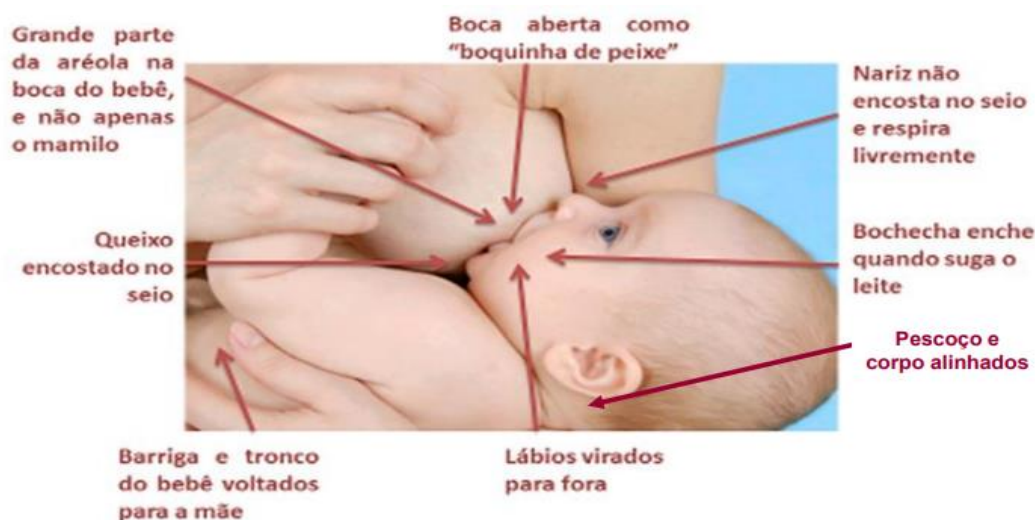
FIGURA 6 – Tipos de mamilos -

- 1- Plano
- 2- Protuso
- 3- Invertido

FONTE: BRASIL. GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS P.40

PONTOS IMPORTANTES A SEREM OBSERVADOS:

FIGURA 7



Roupa sem restringir movimentos – conforto
Mãe confortável e relaxada

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES A MÃE, O PAI E/OU OS FAMILIARES SOBRE AMAMENTAÇÃO:

- A influência do apoio do companheiro, da família e dos profissionais de saúde no suporte emocional da mãe para o sucesso do aleitamento materno;
- A importância do apoio do companheiro, da família e dos profissionais de saúde no incentivo e apoio à mãe para o sucesso do aleitamento materno.
- A manutenção de hábitos saudáveis da mãe, tais como: alimentação e ingestão líquida adequadas, e restrição ao uso de fumo, cigarro eletrônico, drogas, bebidas alcoólicas e medicamentos sem prescrição médica, entre outros;
- As vantagens do aleitamento materno:
 - ✓ faz bem à saúde criança: sua importância para proteção contra infecções gastrointestinais e respiratórias, alergias, sobrepeso, obesidade, diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia; para a promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil; facilita a aquisição da fala, promove a saúde bucal, a construção de vínculos afetivos. Não tem custo financeiro, vem esterilizado.
- A descida do leite “apojadura” costuma ocorrer até o terceiro ou quarto dia do pós-parto;
- as fases do leite (colostró “até o 5º dia do nascimento”, leite de transição “do 6º ao 15º dia do nascimento e leite maduro “do 16º em diante);
- a flexibilidade quanto ao tempo de permanência na mama em cada mamada;
- a importância do aleitamento materno ocorrer em livre demanda. Faz parte do comportamento normal do RN mamar com frequência, sem horários estabelecidos. Em geral, um bebê em amamentação exclusiva mama de 8 a 12 vezes ao dia e quanto mais o bebê suga, maior será a produção de leite;
- as noções de fisiologia da lactação, que sem o esvaziamento adequado da mama, a produção do leite diminui, por inibição mecânica e química;
- as recomendações quanto ao tempo de duração do aleitamento materno (dois anos ou mais, sendo exclusiva nos primeiros seis meses de vida do bebê);
- a “pega” inadequada é a principal causa de retenção do leite, o que leva ao ingurgitamento e à diminuição na produção do leite e lesões no mamilo;

- O intervalo entre as mamadas não deve passar de 4 horas para o RN a termo e de 2-3 horas para o prematuro. a importância da amamentação noturna **para o RN**. A amamentação noturna é muito importante nos primeiros meses de vida; gradativamente a mamada noturna se tornará mais espaçada. A produção do hormônio prolactina, responsável pela produção do leite, é maior durante a noite);
- a prevenção e condutas frente às dificuldades no aleitamento materno, tais como: ingurgitamento mamário; traumas/fissuras mamilares; mastite; bloqueio de ductos lactíferos; galactocele; reflexo exacerbado de ejeção do leite, entre outros;
- a procurar a equipe de saúde e redes de apoio, caso apresentem dificuldades com a amamentação no domicílio;
- A técnica de ordenha e as suas indicações, bem como os cuidados com o armazenamento e oferta;
- A restrição de uso nos mamilos de protetores intermediários, pois podem provocar trauma mamilar, e de cremes e óleos, pois podem causar alergias e obstrução dos ductos lactíferos;
- a evitar o uso de qualquer produto para higienizar as mamas antes e após a mamada, pois ressecam a pele. O banho diário é o suficiente para higienizá-las;
- A consulta com a equipe de saúde bucal quando fizer a primeira consulta na Unidade de Saúde e quando ocorrer a erupção do primeiro dente;
- Os cuidados com os mamilos para mantê-los sem umidade e arejados, para prevenção de traumas e candidíase;
- Vestir roupas confortáveis e de fácil exposição das mamas; evitar o uso de sutiã com aro, dando preferência aos que oferecem boa sustentação, confeccionados com tecido de algodão e com alça larga; □
- A não recomendação de amamentar outro bebê, nem permitir que outras mães amamentem o seu filho (amamentação cruzada).

PRINCÍPIOS DO ALEITAMENTO MATERNO (AM)

- A saúde da criança é prioridade absoluta
- O ambiente familiar é espaço promotor de saúde
- Os primeiros anos de vida são importantes para a formação dos hábitos alimentares
- Cuidar da criança é responsabilidade de todos
- A alimentação é uma prática social
- O acesso a alimentos adequados e saudáveis e a informação de qualidade fortalece a autonomia das famílias
- A diversidade brasileira influencia a alimentação da criança
- A alimentação da criança é uma forma de promover sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis.
- O estímulo à autonomia da criança contribui para o desenvolvimento de uma relação saudável com a alimentação.

DIREITOS QUE ENVOLVEM O ALEITAMENTO MATERNO:

- Amamentar é um direito da mãe e ser amamentada é um direito da criança. O exercício desse direito, e por quanto tempo, não dependem apenas da vontade e da decisão da mulher. Muitas vezes, apesar de querer, a mãe não consegue amamentar como gostaria
- É muito importante a participação de todos durante a amamentação: do pai da criança, do companheiro ou companheira da mãe, dos familiares, de mulheres que já passaram por essa experiência, da comunidade, empregadores, colegas de trabalho, profissionais de saúde e do Estado. As avós, em especial, têm papel de destaque no aleitamento materno.

- Licença-maternidade de 120 dias
- Licença- paternidade de 5 dias
- Até o 6º mês de vida, 30 minutos em cada turno, podendo acumular em uma hora/ dia
- Se houver intercorrências de saúde é possível prorrogar o período de afastamento para o aleitamento materno, mediante atestado médico por 15 dias

INDICAÇÕES

- Recém-nascidos (RN) e bebês com boa vitalidade até dois anos de idade ou mais.
- Mães que desejam amamentar.

CONTRAINDICAÇÕES/RESTRIÇÕES CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS

Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação quanto à manutenção ou contra indicação do aleitamento materno		
Condição Clínica Materna	Recomendação	Observações
Infecção pelo vírus da hepatite B	Manter aleitamento materno	A administração da imunoglobulina específica após o nascimento praticamente elimina o risco de transmissão via leite materno.
Infecção pelo vírus da hepatite C	Manter aleitamento materno, com restrição*	*Contra indicado somente quando a mãe apresenta fissura no mamilo ou carga viral elevada.
Tuberculose pulmonar	Permitido (exceto os casos de tuberculose mamária)	A mãe não tratada ou que esteja tratando a menos de duas semanas deve higienizar as mãos e proteger boca e nariz com uma máscara ou lenço em todas as mamadas. A criança deverá ser avaliada quanto à necessidade de quimioprofilaxia.
Doenças de Chagas	Manter aleitamento materno, com restrição**	** Contra indicado na fase aguda ou na ocorrência de sangramento nos mamilos.
Uso de drogas ilícitas: anfetaminas, LSD, cocaína, crack, fenciclidina, heroína, inalantes, maconha e haxixe	Contra indicado	Recomenda-se que as nutrizes não utilizem tais substâncias. Se usadas, deve-se avaliar o risco da droga versus o benefício da amamentação, para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação.
Drogas consideradas lícitas como: tabaco e álcool	Manter aleitamento materno, com restrição***	*** Devem ser evitadas durante a amamentação. Contudo, nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão desta pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.
Em tratamento quimioterápico e radioterápico	Contra indicado	

Fonte: Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/MS, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

FONTE: Protocolo Pré-natal e puerpério na atenção Primária 2022- REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA*- p. 169)

Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação quanto à manutenção ou contra indicação do aleitamento materno

Condição Clínica Materna	Recomendação	Observações
Infecção pelo HIV	Contraindicado	Pelo risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo HTLV	Contraindicado	Pelo risco de transmissão da mãe para o bebê.

FONTE: Protocolo pré-natal e puerpério na atenção primária 2022- REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA*- p. 169)

INTERCORRÊNCIAS QUE PODEM OCORRER DURANTE O ALEITAMENTO:

Intercorrências ou complicações no aleitamento materno	
Intercorrência	Manejo
Bebê que não suga ou tem sucção fraca	Atentar para o ganho de peso do recém-nascido. Orientar a ordenha, várias vezes ao dia, para garantir a continuidade da produção do leite. Suspende o uso de chupeta ou mamadeira. Crianças prematuras e com malformações orofaciais podem ter mais dificuldade inicial, porém não há contraindicação. Deve-se estimular o bebê a esvaziar bem uma das mamas, aumentar a frequência das mamadas ou complementar com o leite anteriormente ordenhado que deve ser oferecido em copinho ou colherinha.
"Pouco leite" ou "leite fraco"	Avaliar os fatores predisponentes como: suplementação com outros leites; mamilos grandes, invertidos ou planos; hipotireoidismo, diabetes não tratada, doença mental, fadiga, distúrbios emocionais, redução cirúrgica das mamas, fumo; lábio/palato leporino, prematuridade, síndrome de Down; má pega; mamadas infrequentes e/ou curtas; amamentação com horários pré-estabelecidos; ausência de camadas noturnas; ingurgitamento mamário; uso de chupetas. O volume de leite produzido varia de acordo com a demanda do bebê e o melhor indicativo é a verificação de que ele não está ganhando peso adequadamente. Medidas para aumentar a produção de leite: corrigir o posicionamento e a pega do bebê, se não adequados; aumentar a frequência das mamadas; dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas; evitar o uso de mamadeiras, chupetas e protetores de mamilos; ingerir líquidos em quantidade suficiente e dieta balanceada.
Demora na "descida do leite"	Orientar que normalmente ocorre em 30 horas após o parto, podendo se estender este tempo no parto cesárea. Estimular a autoconfiança da mãe. Orientar medidas de estímulos como a sucção frequente do bebê e a ordenha.

Fonte: Protocolo pré-natal e puerpério na atenção primária 2022- REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA*- p. 170)

Mães que recebem a vacina contra Febre amarela: interromper a amamentação em crianças menores de 6 meses

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Frustração devido a amamentação não sair conforme planejado

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2022	Elaboração do documento
2	2023	Revisão e atualização
3	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 154	
Título do Documento	154. ORIENTAÇÃO PARA O EXAME ESPECULAR NA GESTAÇÃO	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 2	

1. OBJETIVO

Direcionar o profissional da saúde no exame especular.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades de Saúde.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro/Médico.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Luvas de procedimento, Espéculo vaginal, Lâmina de vidro, Espátula de Ayres, Solução de Hidróxido de Potássio a 10% (KOH), maca, lençol de papel, Foco de luz, lixeira.

6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES.

6.1 Ação

PASSOS	AÇÃO
1º	Lavar as mãos (POP 1.1 – Lavagem das Mãos - Módulo 1 – Prevenção e controle de Infecção).
2º	Posicionamento da paciente • Solicitar a gestante a retirar a parte de baixo das roupas; • Auxiliar a gestante a deitar em decúbito dorsal; • Elevar cabeça (travesseiro ou própria maca); • Cobrir o abdome com papel forro expondo somente a área a ser examinada; • Auxiliar a gestante a posicionar os joelhos ou os pés nos apoios da mesa; • A usuária deve estar posicionada com os glúteos no limite da mesa ginecológica; • Solicitar a gestante para relaxar as pernas lateralmente; • Ficar atento aos sinais de desconforto; • Calçar luva de procedimento.

3º	Avaliação da genitália externa Inspeção estática: avaliar ➤ INSPEÇÃO ESTÁTICA: Para melhor visualização deve-se realizar uma tração dos grandes lábios com os dedos polegar e indicador em forma de pinça. Em posição de litotomia (ginecológica) para observar: • Pilificação do monte de Vênus: formato ginecoide (tem a forma triangular com base voltada para cima – triângulo invertido); ➤ Fenda vulvar: • Fechada, Entreaberta, Aberta; • Presenças de secreções ou hiperemias (regiões avermelhadas); • Formação dos grandes lábios: normais ou atroficos (pode acontecer no climatério); • Pequenos lábios hipertróficos ou assimétricos; • Vestíbulo vulvar (região abaixo dos pequenos lábios); • Orifício das glândulas de skene (parauretrais); • Clitóris; • Meato uretral; • Orifício das Glândulas de Bartholin; • Carúnculas himenais (encontrado após relação sexual); • Carúnculas mirtiformes (após parto natural); • Períneo: região entre a vulva e ânus; ➤ Observar possíveis cirurgias anteriores: • Episiorrafias ou perineoplastias. • Roturas grau I (lesão do plano cutâneo-mucoso). • Roturas grau II (lesão aponeurótica e muscular preservando esfíncteres). • Rotura grau III (lesão atinge o esfíncter externo do ânus). • Rotura grau IV (lesão atinge a mucosa retal anterior). ➤ Ânus: procura-se hemorroidas, plicomas (espessamento/ hipertrofia da pele perianal), fissuras, prolapso da mucosa e malformações
4º	Exame especular: • Introdução do espéculo • Devem-se afastar os grandes e pequenos lábios com o polegar e 3º dedo da mão esquerda para que o espéculo seja introduzido suavemente na vagina. • A mão direita que introduzirá o espéculo deve segurá-lo pelo cabo. • O espelho é introduzido fechado com o pino para baixo. • Apoia-se o espéculo sobre a fúrcula, ligeiramente oblíquo – para evitar trauma uretral – e faz-se sua introdução lentamente. • Antes de ser completamente colocado na vagina, deve ser rodado, ficando as valvas paralelas às paredes anterior e posterior da vagina. Posição que ocupará no exame e o pino para baixo. • Segurar com a mão esquerda o cabo e roda o pino com a mão direita. • Abrir o espéculo encaixando cuidadosamente no colo do útero.



Fonte: Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde da mulher e gestante / Organização de Nara Macedo Botelho et al

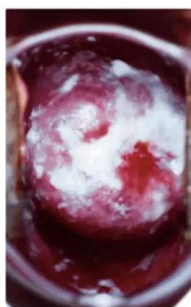
O EXAME ESPECULAR DEVE SER REALIZADO:

Descrevendo as paredes vaginas:

- Rugosidade ou lisas;
- Presença de secreções;
- Comprimento e elasticidade;
- Características do colo:
 - Volume.
 - Coloração.
 - Forma (cilíndrico ou plano).
 - Epitelizado ou com mácula rubra (ectopia).
- Forma do orifício externo (OE):
 - Puntiforme.
 - Circular.
 - Transverso.
- Aspecto do muco cervical:
 - Translúcido.
 - Esbranquiçado.
 - Purulento.
 - Sanguinolento.

Observação: Na presença de corrimento, verificar: quantidade, cor, odor, bolhas e sinais inflamatórios associados:

Principais achados: CANDIDÍASE:



Sinais e sintomas	
Disúria	Prurido vulvovaginal (principal sintoma)
Dispareunia	Corrimento branco, grumoso e com aspecto caseoso, de "leite coalhado"
Hiperemia	Fissuras vulvar
Edema vulvar	Placas brancas ou branco-acinzentadas, recobrimdo a vagina e o colo
Tratamento	
Em gestantes	O tratamento deve ser realizado somente por via vaginal: miconazol creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite, ao deitar-se, por 7 dias.
Não gestantes	Fluconazol 150mg, VO, dose única
Parceria sexual	Não precisam de tratamento, exceto os casos sintomáticos

VAGINOSE BACTERIANA:



Pode trazer complicações às cirurgias ginecológicas e à gravidez (associada com ruptura prematura de membranas, corioamnionite, prematuridade e endometrite pós-cesárea). Quando presente nos procedimentos invasivos, como curetagem uterina e inserção de dispositivo intrauterino (DIU), aumenta o risco de DIP.

Tratamento	
Em gestantes	Uso no 1º trimestre da gestação: Clindamicina 300mg, VO, 12/12 horas, por 7 dias.
	Após o 1º trimestre: Metronidazol 250mg, 1 comprimido, VO, 3x ao dia, por 7 dias ou Metronidazol 250mg, 2 cp, VO, 12/12 horas, por 7 dias.
Não gestantes	Metronidazol 250mg, 1 comprimido, VO, 3x ao dia, por 7 dias ou Metronidazol 250mg, 2 cp, VO, 12/12 horas, por 7 dias ou Metronidazol gel vaginal, um aplicador à noite, por 5 dias.
Parceria sexual	Não está recomendado

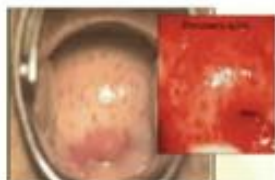
Teste da amina



Sinais e sintomas:

- Dor pélvica;
- Prurido e/ou irritação vulvar;
- Corrimento abundante, amarelado, bolhoso e fétido;
- Sintomas urinários (disúria e polaciúria);
- Colpite difusa ou focal (aspecto de framboesa);
- Aspecto “tigróide” no Teste de Schiller

***As gestantes deverão ser tratadas, independentemente de sua idade gestacional, já que essa IST está associada à rotura prematura de membranas, parto pré-termo e RN de baixo peso ao nascimento (MS, 2015).



Tratamento da tricomoníase	
Em gestantes	Uso no 1º trimestre da gestação: Clindamicina 300mg, VO, 12/12 horas, por 7 dias.
	Após o 1º trimestre: Metronidazol 250mg, 1 comprimido, VO, 3x ao dia, por 7 dias ou Metronidazol 250mg, 2 cp, VO, 12/12 horas, por 7 dias.
Não gestantes	Metronidazol 250mg, 2 cp, VO, 12/12 horas, por 7 dias
Parceria sexual	Indicado tratamento

5º	TESTE DAS AMINAS* Durante o especular, nem sempre as vaginoses ou outros corrimentos são visíveis, podendo a gestante estar com a vaginose assintomática, por este motivo se faz necessário o teste das aminas com o reagente KOH: Realização do teste das aminas: • Com a espátula coletar um pouco do conteúdo do fundo do saco vaginal; • Adicionar 1 a 2 gotas de hidróxido de potássio (KOH) a 10% diretamente na amostra vaginal sobre uma lâmina; • Segurando a lâmina abane suavemente, verifique a presença de aminas voláteis na camada de vapor (cheiro) acima da superfície da lâmina; • Será considerado positivo quando apresentar aminas voláteis imediatamente odor desagradável semelhante a peixe podre. * Obs.: Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il.
6º	Conclusão do Procedimento: • Fechar o espelho não totalmente, evitando beliscar a gestante; • Retirar delicadamente inclinando levemente para cima, observando as paredes vaginais; • Retirar as luvas; • Auxiliar a descer da mesa; • Orientar a gestante a vestir-se; • Enfatizar a importância de realizar o tratamento adequadamente quando detectado corrimento patológico, para evitar o trabalho de parto prematuro conforme fluxo disponível VULVOVAGINITES NA GESTAÇÃO. Disponível no link: https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/VULVOVAGINITE%20EM%20GESTANTES.pdf
7º	Lavar as mãos (POP 002 – Lavagem das Mãos - Módulo 1 – Prevenção e controle de Infecção).
8º	Proceder os registros de enfermagem/ médica no prontuário eletrônico e as suas condutas tomadas.

6.2 Recomendações profissionais

- f) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- g) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção e risco de contaminação

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária de Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária À Saúde, 2019. P 27-28- 40

CURITIBA. **Rede Mãe Curitibana Vale a Vida**. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba Versão 2022. p. 168-170

CURITIBA. **Caderneta de Saúde da Criança**. Curitibana. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS. POP.DE.013 - Página 1/10. **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO AMAMENTAÇÃO**. 2021. Disponível em 20/07/2022 em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/pops/Amamentaofinal.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed.** Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 13). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf

Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde da mulher e gestante / Organização de Nara Macedo Botelho et al. – Belém: EDUEPA, 2018. (Ginecologia e Obstetrícia). P.36. Data do acesso: 28/04/2023 https://webmail.curitiba.pr.gov.br/service/home/~/?auth=co&loc=pt_BR&id=31374&part=2

CURITIBA. **Rede Mãe Curitibana Vale a Vida**. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Versão 2022. p. 135-138

ROTEIRO PARA OS TUTORES– SAÚDE DA MULHER EXAME GINECOLÓGICO. Data do acesso: 27/04/2023 https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5884768/mod_resource/content/1/Roteiro%20para%20o%20exame%20ginecol%C3%B3gico%20-%20Para%20o%20aluno.pdf

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. HOSPITAL DE CLÍNICAS. POP.UASM.009 - Página 1/5 - Página 1/10. **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PROCEDIMENTO DE ROTINA**. 2021. Data do acesso:27/04/2023: www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hulw-ufpb/acesso-a-informacao/gestao-documental/pop-procedimento-operacional-padrao/2020/uasm-unidade-de-atencao-a-saude-da-mulher-pop-uasm-009-coleta-de-exame-citologico.pdf/view

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2023	Elaboração do documento
2	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 155	
Título do Documento	155. INSERÇÃO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO Implanon NXT®	Emissão: 07/03/2025	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 4	

1. OBJETIVO

Direcionar o profissional de saúde da atenção primária na inserção de método contraceptivo subdérmico (LARC “*LONG-ACTING REVERSIBLE CONTRACEPTION*”)
Nome comercial: **Implanon NXT®**.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a todas as Unidades de Saúde

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro e Médico

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

HAS: Hipertensão arterial sistêmica

HIV: Vírus da imunodeficiência humana

SIMASE –Sistema Municipal de Atendimento Sócio Educativo

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Luvas estéreis, Antisséptico, Gaze estéril, Ampola de anestésico, Seringa e agulha para anestesia local, aplicador com o implante dentro, Material estéril para curativo.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

DIREITO REPRODUTIVO

- O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são considerados **Direitos Humanos Fundamentais**.
- A equipe de saúde deve estar organizada para dar assistência à saúde reprodutiva da população, com intervenções preventivas, educativas e terapêuticas, garantindo um serviço de qualidade.
- A população alvo abrange as mulheres em idade fértil (10 aos 49 anos) e os homens.

RISCO REPRODUTIVO

- Idade menor de 15 anos e acima de 35 anos;
- Baixa escolaridade (menor que 5 anos de estudo regular);
- Antecedentes obstétricos desfavoráveis – histórico de abortos de repetição, óbitos fetais e neonatais, pré-eclâmpsia, malformações congênitas, cerclagem, amniorrexe prematura e prematuridade;

- Multiparidade: cinco ou mais partos;
- Doenças crônicas associadas: HAS, diabetes mellitus, doença renal, cardiopatia, câncer, doenças autoimunes, infecção HIV/AIDS e outras doenças sistêmicas graves;
- Uso/abuso de drogas: benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, tabagismo, alcoolismo e outras drogas lícitas e/ou ilícitas;
- Obesidade e desnutrição;
- Cirurgia bariátrica prévia (algumas técnicas levam à deficiência de minerais, vitaminas e proteínas);
- População vivendo em situação de rua;
- Usuário com deficiência;
- Transtornos mentais;
- Pós Covid grave;
- Negros e imigrantes;
- LGBTQIA+;
- Em rede de proteção.

INDICAÇÕES CONTRACEPTIVO IMPLANTE SUBDÉRMICO - Mulheres entre 15 e 49 anos

Atendimento às mulheres pertencentes aos grupos de maior vulnerabilidade, com maior risco de morbidade e mortalidade materno-infantil.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA UTILIZAÇÃO DO IMPLANTE SUBDÉRMICO - Mulheres entre 15 e 49 anos - SMS CURITIBA**Mulheres em idade fértil entre 15 e 49 anos dentro dos seguintes critérios**

- Mulheres em situação de rua;
- Pessoa vivendo com HIV/AIDS (PVHA);
- Uso prejudicial de drogas e álcool;
- Transtorno mental de difícil manejo;
- Doença/situação crônica grave;
- Tuberculose, Hanseníase;
- Deficiência com alto comprometimento;
- Câncer - não sensíveis a esteroide sexual;
- Grandes múltiparas >5 gestações;
- Vítima de violência sexual e doméstica notificadas em rede de proteção;

Adolescentes 15 a 18 anos Alta vulnerabilidade

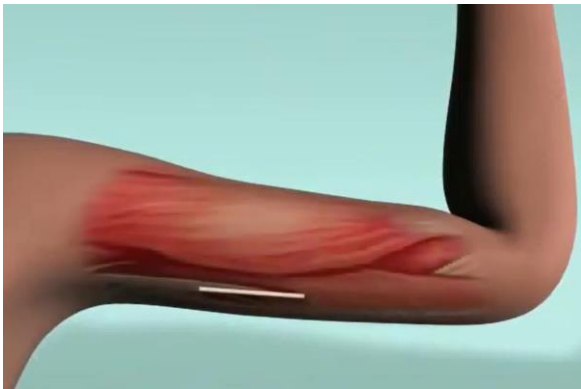
- Gestação anterior;
- SIMASE –Sistema Municipal de Atendimento Sócio Educativo;
- Em acolhimento institucional;
- Rede de proteção;

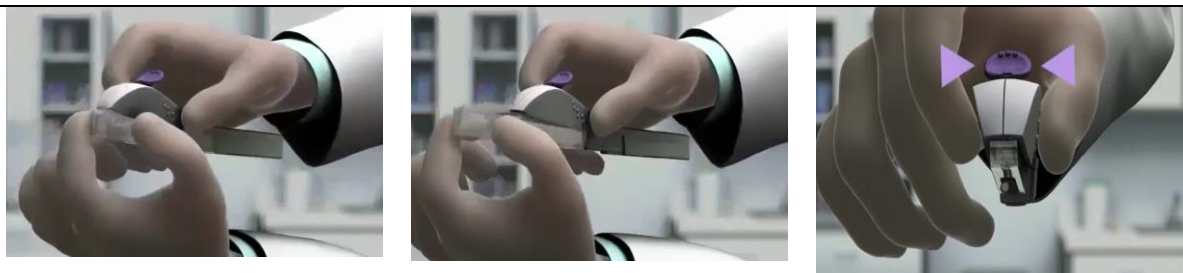
SOLICITAÇÃO DO IMPLANTE

- Afastar possível gravidez;
- Avaliar desejo de nova gestação;
- Sempre avaliar riscos e benefícios;
- Sempre ofertar outros métodos disponíveis - **não é um método de primeira escolha;**

- Solicitar o implante por e-mail para Coordenação de Assistência do Distrito de Saúde contendo a descrição do caso com qualidade, sendo que esta anotação deve constar também no prontuário E-SAÚDE;
- A Coordenação de Assistência após avaliar se a usuária se encaixa nos critérios encaminha a solicitação para ser avaliada pelo Rede Mãe Curitibana.

PASSOS	AÇÃO
1º	APLICAÇÃO DO TERMO: AUTORIZAÇÃO PARA INSERÇÃO DO IMPLANTE • Imprimir o termo de autorização de inserção do implante, o qual encontra-se no E-SAÚDE, opção ➡ documentos orientativos ➡ REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA. Formulário também disponível como anexo 14. • Aplicar o termo de autorização de inserção do implante, esclarecendo todas as possíveis dúvidas da usuária • Entregar uma via do termo para usuária e a outra via encaminhar cópia para o e-mail Mãe Curitibana: maecuritibanavaleavida@sms.curitiba.pr.gov.br e arquivar na Unidade de Saúde.  1ª via - deve ser entregue à usuária 2ª via - deve ser arquivada no estabelecimento da inserção.
2º	Orientar a mulher a deitar na maca, de uma forma que o profissional deve estar em uma posição que permita ver a progressão da agulha logo abaixo da pele (olhando pelo lado e não por cima do aplicador). 

3º	Posicionar o braço da usuária durante os procedimentos de inserção e remoção do implante: flexionado na altura do cotovelo, com a mão sob a cabeça (ou o mais próximo possível dela). 
4º	Localizar a face medial do braço não dominante, de 8 a 10cm do epicôndilo medial do úmero e de 3 a 5cm posterior ao sulco entre os músculos bíceps e tríceps. O implante deve ficar no plano subdérmico, sobre o tríceps. ➤ Se não for possível estabelecer a distância de 3 a 5cm (por exemplo, em usuária com braços finos), o implante deve ser inserido o mais distante possível do sulco. ➤ Essa distância evita os vasos sanguíneos e os nervos maiores que existem no sulco e na região próxima.   OBS: ❖ Se Implanon NXT® for inserido muito profundamente, ele pode não ser palpável e a localização e/ou a posterior remoção pode ser difícil; ❖ Se o implante for inserido profundamente, poderá ocorrer lesões de vasos sanguíneos ou nervos; ❖ Inserções profundas ou incorretas foram associadas a parestesia; ❖ Migração do implante (devido à inserção intramuscular ou no interior da fáscia); ❖ Inserção intravascular em casos raros, que pode acarretar migração para a artéria pulmonar.
5º	Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade, afim de diminuir a ansiedade e favorecer a colaboração durante sua realização.



Observações:

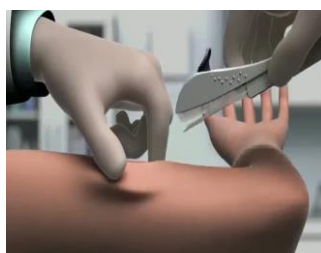
- Não tocar na alavanca roxa antes que a agulha esteja totalmente inserida na pele!
- Se a proteção não sair facilmente, o aplicador não deverá ser utilizado.
- O implante branco deve estar visível dentro da agulha.

13º

Posicionar-se de forma que seja possível visualizar o avanço da agulha (pela lateral).

14º

Esticar a pele em direção ao cotovelo



15º

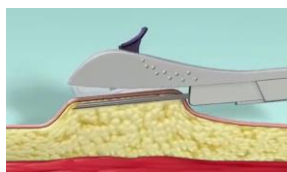
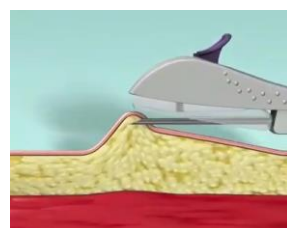
Inserir o implante subdermicamente (logo abaixo da pele):

1º Perfurar a pele com a ponta da agulha em um **ângulo ligeiramente inferior a 30º**, segurando a pele com o dedo indicador da mão posterior.



OBS: Introduzir apenas o bisel da agulha sob a pele (caso a agulha seja introduzida além do bisel, puxe-a para trás).

2º Abaixar o aplicador para uma posição quase horizontal;



3º Enquanto levanta a pele com o aplicador, empurre a agulha inteira sob a pele.

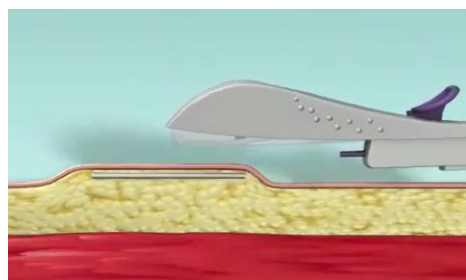


4º Puxar a alavanca roxa somente após a inserção total da agulha, sem mover o aplicador. 5º Remoção do aplicador: Puxe para traz o dispositivo

1º



2º



Observações:

- Em caso de o profissional sentir uma pequena resistência, é importante não exercer força excessiva.
- Se a ponta da agulha perfurar a pele, o aplicador deve ser puxado para trás e recolocado na posição subdérmica.
- Durante todo o procedimento de inserção, é necessário conseguir ver a agulha.
- Se a agulha não tiver sido totalmente inserida ou se o aplicador for movimentado quando a alavanca roxa for acionada, uma parte do implante pode ficar exteriorizada, não empurre o implante. Remova e descarte esse implante.

16º

Confirmar a presença do implante no braço da usuária por palpação imediatamente após a inserção.

Solicitar para a usuária também verificar a presença do implante por palpação



Observação:

- Ao palpar ambas as extremidades do implante, deve ser possível confirmar a presença do bastão de 4cm.

17º

Realizar curativo pequeno com adesivo no local da punção e curativo oclusivo com gaze estéril comprimindo para minimizar hematomas. Realizar curativo secundário com atadura para que a cobertura primária não saia.

- A usuária poderá remover a gaze após 24 horas, e o curativo adesivo, depois de 3 a 5 dias.

18º

Preencher o cartão da usuária para que ela possa guardá-lo. Complete também a etiqueta adesiva e fixe na **NOTIFICAÇÃO DE INSERÇÃO DO IMPLANTE – SMS CURITIBA**, a qual, encontra-se no E-SAÚDE opção ➡ documentos orientativos, ➡ REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA

 **NOTIFICAÇÃO DA INSERÇÃO DO IMPLANTE – SMS CURITIBA**

Esta notificação deve ser preenchida no momento da inserção do implante pela equipe realizadora e encaminhada posteriormente para a SMS de Curitiba aos cuidados da Rede Mãe Curitiba Vale a Vida, para fins de controle de inserção e liberação de novos implantes.

Nome: _____
 Data de Nascimento: _____ Idade: _____
 Nome da mãe: _____
 Cartão Nacional: _____
 Unidade de Saúde / Hospital: _____

Crterios de inclusão da usuária:

- Em situação de rua ()
- Vivendo com HIV/Aids ()
- Uso prejudicial de álcool e outras drogas ()
- Transtorno mental de difícil manejo ()
- Doença crônica grave: diabetes, hipertensão ()
- Sífilis ou hepatites com comorbidades ()
- Grandes multiparas: > 5 gestações ()
- Outras indicações: () _____

Realizou teste de gravidez: SIM () NÃO ()
 G ____ P ____ C ____ A ____ número de filhos vivos ____

Data do parto/aborto: ____/____/____ ou DUM: ____/____/____

Dados de identificação do implante e do profissional médico:
 Data da inserção: ____/____/____ Data da validade: ____/____/____
 Lote: _____
 Profissional de saúde: _____
 Assinatura/Carimbo: _____

Via Única encaminhar para Rede Mãe Curitiba SMS Curitiba

O documento também está disponível como **Anexo 15**.

- Encaminhar uma cópia para o e-mail do Mãe Curitiba juntamente com o termo de **AUTORIZAÇÃO DA INSERÇÃO DO IMPLANTE**: maecuritibanavaleavida@sms.curitiba.pr.gov.br e arquivar na Unidade de Saúde.

17º

Registrar o procedimento realizado no e-saúde, utilizando a opção “Atendimento clínico para indicação, fornecimento e inserção de Implante subdérmico Implanon NXT®, correspondente ao código 0301049963”

18º	Orientar a usuária retornar 30 dias antes do vencimento para agendar a troca em sua Unidade de Saúde. Orientar a usuária a iniciar outro método contraceptivo imediatamente após a remoção de Implanon ou Implanon NXT®, se não deseja engravidar. Os níveis séricos de etonogestrel tornam-se indetectáveis 7 dias após a remoção do implante. O retorno da ovulação ocorre dentro de 6 semanas, segundo estudos clínicos.

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.
- No âmbito da equipe de enfermagem, a inserção do implante subdérmico é privativo do enfermeiro.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção
- Risco de inserção incorreta

8. ANEXOS

Anexo 14 – [Termo de Consentimento e Notificação de inserção do Implante Subdérmico](#)

Anexo 15 – [Notificação de Inserção do Implante – SMS Curitiba](#)

9. REFERÊNCIAS

Bula vigente de Implanon NXT®. 02. Mäkräinen L, van Beek A, Tuomivaara L et al. *Ovarian function during the use of a single contraceptive implant: Implanon compared with Norplant*. Fertil Steril. 69(4):714-21.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2022	Elaboração do documento
2	2023	Revisão e atualização
3	2024	Atualização do layout
4	2025	Adequação do profissional responsável

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 156	
Título do Documento	156. REMOÇÃO DO IMPLANTE SUBDÉRMICO Implanon NXT® NA APS	Emissão: 07/03/2025	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 3	

1. OBJETIVO

Direcionar o profissional de saúde da atenção primária na remoção do contraceptivo subdérmico (larc “*long-acting reversible contraception*”)

Nome comercial: **Implanon NXT®**

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para Rede Mãe Curitibana vale a vida

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro ou médico

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

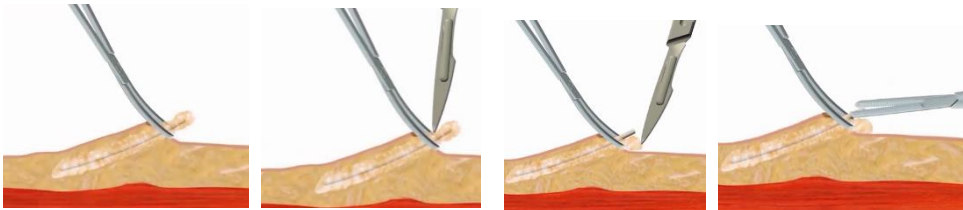
POP Procedimento Operacional Padrão

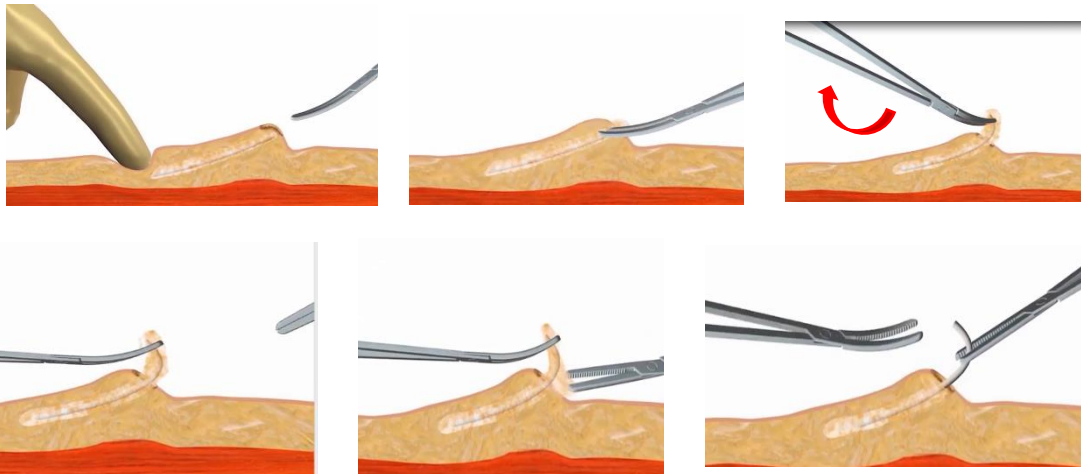
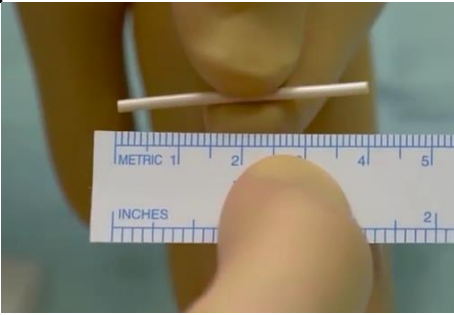
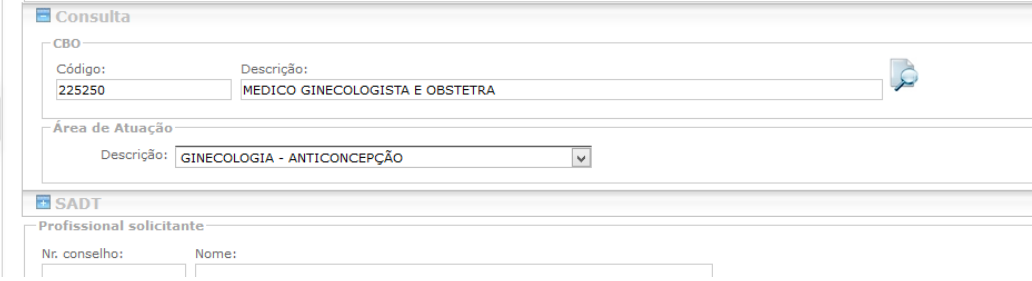
5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Luvas estéreis, Antisséptico, Gaze esteril, Ampola de anestésico, Seringa e agulha para anestesia local, Lâmina de bisturi, Material esteril para curativo

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

PASSOS	AÇÃO
1º	<u>Procedimento de remoção de implante palpável</u> • Localizar o implante por palpação e marcar a extremidade distal (extremidade mais próxima do cotovelo) com um marcador esteril, por exemplo. • Limpar o local onde será realizada a incisão e aplicar antisséptico nele.    
2º	• Anestésiar o braço com, por exemplo, 0,5 a 1 mL de lidocaína (1%) no local de incisão marcado • Certificar-se de injetar o anestésico abaixo do implante para mantê-lo próximo à superfície da pele.

	
3º	• Empurrar para baixo a extremidade proximal do implante para fixá-lo • Pode aparecer um abaulamento indicando a extremidade distal do implante. • Iniciando na extremidade distal do implante, fazer uma incisão longitudinal de 2 mm em direção ao cotovelo. 
4º	• Empurrar suavemente o implante em direção à incisão até que a sua extremidade seja visível. Segurar o implante com uma pinça (de preferência do tipo 'mosquito curva') e removê-lo 
5º	• Se o implante estiver encapsulado, fazer uma incisão na bainha do tecido e depois remover o implante com a pinça 

6°	Se a ponta do implante ainda não estiver visível na incisão, introduzir cuidadosamente uma pinça na incisão (Figura 15). Passar a pinça para a outra mão (Figura 16). Com uma segunda pinça, dissecar 
9°	• Certificar-se de que todo o implante, que mede 4 centímetros, tenha sido retirado, pela medida de seu comprimento.  • Caso o implante tenha saído somente uma parte e não for possível a localização para retirada da outra parte ou seja de difícil remoção, a usuária deverá ser inserida em fila de GINECOLOGIA – ANTICONCEPÇÃO e deverá ser solicitado priorização do agendamento através do e-mail priorizago@sms.curitiba.pr.gov.br 

10º	Caso a mulher deseje continuar usando IMPLANON NXT®, um novo implante deve ser inserido imediatamente após a retirada do implante antigo, podendo ser utilizada mesma incisão. 
11º	- Após a retirada do implante, fechar a incisão com curativo, de modo a aproximar as bordas da incisão, e aplicar um curativo compressivo.  - Aplicar curativo com gaze estéril para minimizar a formação de equimose. A paciente poderá remover o curativo compressivo em 24 horas e o curativo pequeno após 3 a 5 dias 
12º	<u>Localização e remoção de implante não palpável ou de difícil remoção</u> - Normalmente isso acontece devido a pequenos movimentos em relação à posição original, o que pode implicar a não palpação do implante no local em que foi inserido. - Um implante que foi inserido profundamente ou que se deslocou pode não ser palpável e dessa forma, os procedimentos de imagem deverão ser utilizados para sua localização. - A cirurgia exploratória sem o conhecimento da exata localização do implante é rigorosamente desencorajada. - Devido a maior complexidade de retirada do implante não palpável e necessidade de exames de imagem a retirada deverá ser feita no ambiente hospitalar, portando a usuária deverá ser inserida em fila Ginecologia –Anticoncepção - Implantes que estejam muito aderidos ou que apresentem qualquer dificuldade em sua retirada da mesma forma deverão ser encaminhados para retirada em ambiente hospitalar

Consulta

CBO

Código: 225250 Descrição: MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA

Área de Atuação

Descrição: GINECOLOGIA - ANTICONCEPÇÃO

SADT

Profissional solicitante

Nr. conselho: Nome:

6.2 Recomendações profissionais

- Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução.](#)
- Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.
- No âmbito da equipe de enfermagem, a remoção do implante subdérmico é privativo do enfermeiro.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de infecção

8. REFERÊNCIAS

Bula vigente de Implanon NXT®. 02. Mäkräinen L, van Beek A, Tuomivaara L et al. *Ovarian function during the use of a single contraceptive implant: Implanon compared with Norplant.* Fertil Steril. 69(4):714-21

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2023	Elaboração do documento
2	2024	Atualização do layout
3	2025	Adequação do profissional responsável.

CAPÍTULO 12: EPIDEMIOLOGIA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 157	
Título do Documento	157. ACONSELHAMENTO PRÉ TESTE RÁPIDO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	Emissão:10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 4	

1. OBJETIVO

Aconselhamento Pré Teste para Infecções Sexualmente Transmissíveis

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as unidades de saúde

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

IST: Infecção sexualmente transmissível

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Local com garantia de sigilo

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

- Chamar o usuário pelo nome ou nome social para aconselhamento e orientá-lo a entrar na sala de atendimento;
- Identificar-se para o usuário;
- Solicitar ao usuário um documento com foto para garantir a identificação correta deste;
- Reafirmar o caráter confidencial e o sigiloso das informações;
- Avisar que as perguntas realizadas estão dentro do padrão para todos os usuários;
- Realizar a escuta ativa sem julgamento moral;
- Trocar informações sobre o significado dos possíveis resultados dos testes e o impacto na vida de cada usuário;
- Considerar as possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste, portanto aproveitar o momento para esclarecer dúvidas do usuário.

6.2 Recomendações profissionais

- Realizar os Testes Rápidos de ISTs.

- b) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Prevenção](#).
- c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de não aceitação do resultado

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2021	Elaboração do documento
2	2022	Revisão e atualização
3	2023	Revisão e atualização
4	2024	Atualização do layout

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação de Enfermagem		 	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.ENFDAPS. 158	
Título do Documento	158. ACONSELHAMENTO PÓS TESTE RÁPIDO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	Emissão: 10/12/2024	Próxima Revisão: 10/12/2026
		Versão: 4	

1. OBJETIVO

Aconselhamento Pós Teste para Infecções Sexualmente Transmissíveis

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as unidades de saúde

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Local com garantia de sigilo

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Ação

a) No momento pós teste:

- Reafirmar o caráter confidencial e sigiloso das informações.

b) Diante de Resultado **Não reagente**:

- Lembrar que um resultado negativo não significa imunidade;
- Avaliar a possibilidade de o usuário estar em janela imunológica (intervalo de tempo decorrido entre a exposição e a positividade do teste);
- Caso esteja em janela imunológica agendar retorno para nova testagem em 30 dias;
- Rever a adesão ao preservativo e não compartilhamento de agulhas e seringas no caso de usuários de drogas injetáveis;
- Definir um plano viável de redução de riscos que leve em consideração as questões de prática sexual, número de parcerias sexuais, risco reprodutivo e uso de drogas;
- Identificar a necessidade de indicação de outras formas de prevenção.

c) Diante de Resultado **Reagente**:

- Permitir ao usuário o tempo necessário para assimilar o impacto do diagnóstico e expressar seus sentimentos, prestando o apoio emocional necessário;

- Reforçar a necessidade do uso do preservativo e não compartilhamento de agulhas e seringas no caso de usuários de drogas injetáveis, lembrando a necessidade de redução de riscos de reinfecção e transmissão;
- Orientar a importância do resultado ser comunicado as parcerias sexuais;
- Orientar quanto a importância das parcerias sexuais realizarem os testes;
- Definir um plano viável de redução de riscos que leve em consideração as questões de prática sexual, número de parcerias sexuais, risco reprodutivo e uso de drogas;
- Enfatizar a importância de acompanhamento multiprofissional para a qualidade de vida;
- Quando resultado reagente para HIV, em mulher gestante ou nutriz, é contraindicada a amamentação, como prevenção da transmissão vertical e registrar a orientação em prontuário.

6.2 Recomendações profissionais

- a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - Precaução](#).
- b) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Risco de não aceitação do resultado

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2021	Elaboração do documento
2	2022	Revisão e atualização
3	2023	Revisão e atualização
4	2024	Atualização do layout

PROTOCOLOS E POPs DA ENFERMAGEM

Os materiais da SMS Curitiba sobre o tema *Enfermagem* estão disponíveis no módulo do E-Saúde denominado Documentos Orientativos e no site Saúde Curitiba.

