



MANUAL DE NORMAS E ROTINAS

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP)

PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE

SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)

ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ

OUTUBRO 2024

Elaborado por:

Enfª Patrícia Dantas de Almeida

Revisado por:

Enfº. Fábio S. Prianti de Carvalho

Validado por:

Enfª. Luciana Cristina de Oliveira Baier

Apoio:

Rafael Bortoluzze Nícida



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

Luís Antônio de Camargo
Prefeito Municipal de Arujá

Leonardo Santos dos Reis
Secretário Municipal de Saúde

OUTUBRO DE 2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ

ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal de Saúde

APRESENTAÇÃO

Este manual tem por objetivo a padronização das tarefas basilares das unidades básicas de saúde e equipes da saúde da família, além de fornecer subsídios para a uma assistência harmônica às unidades de saúde do município. Trata-se de um documento organizacional que norteia a execução das atividades rotineiras das unidades de saúde.

O Procedimento Operacional Padrão foi elaborado de maneira a ser um guia aos profissionais de saúde, portanto foi grafado de maneira objetiva para que seja facilmente compreendido e sua consulta saneie irresoluções.

Para a correta difusão deste manual, faz-se imperativo que todos os membros o conheçam; que ele seja disponibilizado em todas as salas; seja mantido em local de fácil consulta e visualização. Ainda, o Protocolo Operacional Padrão deverá ser atualizado sempre que se fizer necessário e, guiado por uma filosofia participativa, a equipe apresentará à Diretoria Técnica toda mudança técnica que se mostrar frutífera, com a sua correspondente fundamentação e embasamento.

Por fim, este manual foi concebido de forma a observar as especificidades do Município de Arujá, e, por conseguinte, acolher os principais impasses enfrentados pelos profissionais da rede municipal.


Sumário

APRESENTAÇÃO.....	2
01. REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	7
02. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	18
03. ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF E UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)).....	27
04. NORMAS E ROTINAS GERAIS.....	42
05. ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA.....	45
06. E-SUS.....	47
07. AGENDAMENTOS DE CONSULTAS E EXAMES.....	49
08. CONFERÊNCIA DOS EQUIPAMENTOS DE EMERGÊNCIA.....	51
09. CONFERÊNCIA DO CARRO DE EMERGÊNCIA.....	55
10. ABERTURA DE PRÉ-NATAL.....	60
11. PESQUISA DE STREPTOCOCCUS B.....	63
12. HIGIENE SIMPLES DAS MÃOS.....	65
13. FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS COM ÁLCOOL.....	68
14. TÉCNICA DE CALÇAR LUVAS ESTÉREIS.....	70
15. COLOCAÇÃO E RETIRADA DE AVENTAL OU CAPOTE.....	73
16. COLOCAÇÃO E RETIRADA DE MÁSCARA CIRÚRGICA.....	75
17. CURATIVO.....	77
18. APLICAÇÃO DE BOTA DE UNNA.....	81
19. RETIRADA DE PONTOS.....	84
20. TESTE DE GLICEMIA CAPILAR.....	86
21. TESTE DE GRAVIDEZ.....	89
22. COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO.....	91
23. TESTE DO PEZINHO.....	95
24. ELETROCARDIOGRAMA.....	98

25. INALAÇÃO.....	102
26. OXIGENOTERAPIA.....	105
27. MEDIDA DO PESO CORPORAL.....	108
28. MENSURAÇÃO DE ESTATURA.....	111
29. MENSURAÇÃO DE CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL.....	114
30. MENSURAÇÃO DE PERÍMETRO CEFÁLICO.....	116
31. AFERIÇÃO DE TEMPERATURA CORPÓREA.....	118
32. AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL.....	121
33. AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA.....	125
34. AFERIÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	128
35. ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAÇÃO.....	130
36. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL.....	132
37. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA.....	135
38. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA TÓPICA.....	138
39. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR.....	140
40. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA.....	147
41. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL.....	151
42. TRICOTOMIA.....	153
43. CATETERISMO VESICAL DE DEMORA.....	155
44. CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO.....	161
45. TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL EM CRIANÇAS.....	166
46. PROVA DO LAÇO.....	168
47. ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM.....	170
48. COLETA DE EXAME DE ESCARRO (BK).....	173
49. CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	176
50. TESTE RÁPIDO DE HIV, SÍFILIS, HEPATITE B E HEPATITE C.....	179
51. VISITA DOMICILIAR.....	182

52. FALTA DE ENERGIA ELÉTRICA EM SALA DE VACINA.....	186
53. SALA DE UTILIDADES (EXPUGO).....	188
54. SALA DE ESTERILIZAÇÃO.....	191
55. SALA DE CURATIVO.....	194
56. SALA DE INALAÇÃO.....	196
57. SALA DE COLETA DE EXAMES.....	198
58. SALA DE VACINA.....	200
59. PREPARO DE MATERIAL PARA ESTERILIZAÇÃO.....	202
60. ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL.....	204
61. ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL.....	208
62. PREPARO DE MATERIAL APÓS LIMPEZA PARA ESTERILIZAÇÃO....	210
63. TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO DE MATERIAIS E INSTRUMENTAIS LIMPOS, DESINFETADOS E ESTERILIZADOS.....	213
64. MONITORAMENTO QUÍMICO, FÍSICO E BIOLÓGICO DA AUTOCLAVE.....	215
65. LIMPEZA DE DESINFECÇÃO DAS CAIXAS DA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO.....	218
66. LIMPEZA CONCORRENTE.....	220
67. LIMPEZA TERMINAL.....	223
68. TÉCNICA DE LIMPEZA MANUAL DE INSTRUMENTAL.....	226
69. TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS.....	229
70. TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES.....	232
71. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE BOLSA VÁLVULA MÁSCARA COM HIPOCLORITO.....	235
72. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO LARINGOSCÓPIO.....	237
73. LIMPEZA DE ARTIGO MÉDICO HOSPITALAR.....	239
74. DESINFECÇÃO DE ARTIGO MÉDICO HOSPITALAR.....	243
75. USO DE DETERGENTE ENZIMÁTICO.....	246
76. USO DE HIPOCLORITO DE SÓDIO 1%.....	248

77. USO DE ÁCIDO PERACÉTICO 0,2%.....	250
78. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE MATERIAL RESPIRATÓRIO.....	253
79. LAVAGEM AURICULAR PRATICADA POR ENFERMEIROS.....	257
80. INSERÇÃO E RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) DE COBRE.....	262
81. MANEJO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	267
82. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	274
83. APRESENTAÇÃO E CIÊNCIA DA EQUIPE.....	276

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Normas e Rotinas das Unidades Básicas de Saúde	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 –SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256–SP	Página: 11	Data Imp.: Data Rev.:	

01. REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

CAPÍTULO I

Das finalidades

Art. 1º- O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

- Assistir ao indivíduo, família e comunidade seguindo as diretrizes da Atenção Básica: integralidade, enfoque individual e familiar, humanização, intersetorialidade, democratização do conhecimento e participação popular;
- Identificar as necessidades, promover e colaborar em programa de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem;
- Trabalhar de acordo com o Código de Ética de Enfermagem e dos demais profissionais do serviço de saúde;
- Promover a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade;
- Planejar, supervisionar e executar todas as atividades de enfermagem existentes na Instituição, conforme Legislação vigente.

CAPÍTULO II

Da posição

Posicionar o serviço de enfermagem no organograma institucional.

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde é coordenado tecnicamente por enfermeiros.

CAPÍTULO III

Da composição

Art. 3º - O pessoal que compõe o Serviço de Enfermagem está assim classificado:

1. Enfermeiro RT;
2. Enfermeiro Assistencial;
3. Auxiliar de Enfermagem.

CAPÍTULO IV

Da competência

Art. 4º - À Unidade Básica de Saúde Compete:

Fomentar e desenvolver ações e serviços no sentido de intervir no processo de saúde-doença da população, ampliando a participação e o controle social com vistas à Vigilância à Saúde na defesa da qualidade de vida.

- Prevenção de doenças;
- Promoção da saúde;
- Proteção à saúde;
- Cura;
- Reabilitação.

Art. 5º - Ao Enfermeiro RT (Responsável Técnico) Compete:

- Desenvolver ações que facilitem a integração entre os profissionais de enfermagem;
- Favorecer a integração entre a Unidade de Saúde e o Conselho Regional de Enfermagem;
- Assegurar que as ações de enfermagem ocorram de acordo com o código de ética de enfermagem;

- Acompanhar a implementação de Protocolos e Rotinas Assistenciais de enfermagem elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Manter atualizada junto ao COREN-SP a relação de profissionais de enfermagem que atuam na sua Unidade;
- Viabilizar aos profissionais de enfermagem treinamentos sistematizados, propiciando um melhor desenvolvimento de suas atividades;
- Enviar a cópia de visita fiscalizatória do COREN às devidas instâncias responsáveis pelo serviço de enfermagem na Atenção Básica;
- Realizar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, conforme o disposto na Resolução vigente do COFEN;
- Colaborar com todas as atividades de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem, bem como atender a todas as solicitações ou convocações que lhes forem demandadas pela autarquia;
- Manter o Certificado de RT em local visível ao público, observando o prazo de validade;
- Organizar o serviço de enfermagem, utilizando-se de instrumentos administrativos como regimento interno, normas e rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão e outros;
- Elaborar, implantar e/ou implementar, e atualizar regimento interno, manuais de normas e rotinas, procedimentos, protocolos e demais instrumentos administrativos de Enfermagem;
- Promover, estimular e proporcionar, direta ou indiretamente, o aprimoramento, harmonizando e aperfeiçoando o conhecimento técnico, a comunicação e as relações humanas, bem como a avaliação periódica da equipe de Enfermagem;
- Cabe ao Responsável Técnico supervisionar a equipe de enfermagem;
- Manter informações necessárias e atualizadas de todos os profissionais de enfermagem que atuam na unidade básica de saúde, com os seguintes dados: nome, sexo, data de nascimento, categoria profissional, número do RG e CPF, número de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, endereço completo, contatos telefônicos e endereço eletrônico, assim como das alterações: mudança de nome, admissões, demissões, férias e licenças, devendo fornecê-la

semestralmente, e sempre que lhe for solicitado, ao Conselho Regional de Enfermagem, por meio de planilha padrão;

- Cumprir e fazer cumprir todos os dispositivos legais da Profissão de Enfermagem;
- Informar, por meio de ofício, ao representante legal da instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem situações de infração à legislação de Enfermagem, tais como:
 - a) Ausência de Enfermeiro em todos os locais onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante algum período de funcionamento da instituição;
 - b) Profissional de Enfermagem atuando na instituição sem inscrição ou com inscrição vencida no Conselho Regional de Enfermagem;
 - c) Profissional de Enfermagem atuando na instituição em situação irregular, inclusive quanto à inadimplência perante o Conselho Regional de Enfermagem, bem como aquele afastado por impedimento legal;
 - d) Pessoal sem formação na área de Enfermagem, exercendo atividades de Enfermagem na instituição;
 - e) Profissional de Enfermagem exercendo atividades ilegais previstas em legislação do Exercício Profissional de Enfermagem, Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e Código Penal Brasileiro.

Art. 6º- Ao Enfermeiro Compete:

Lei 7498/86 Art. 11 O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

PRIVATIVAMENTE:

- Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- Organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

- Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- Consulta de enfermagem;
- Prescrição da assistência de Enfermagem;
- Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Especificidades da Atenção Básica SMS-ARUJÁ:

- a) Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica;
- b) Atuar no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- c) Desenvolver ações de promoção da saúde, conforme plano de ação da equipe, por meio de atividades educativas, com estímulo à participação comunitária e trabalho intersetorial, visando melhor qualidade de vida da população e garantir sua certificação;
- d) Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a população, conforme plano de ação da equipe;
- e) Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população, conforme o planejamento da equipe de saúde;
- f) Desenvolver e monitorar os indicadores de saúde específicos de sua unidade de saúde e os previamente elencados pela Secretaria Municipal de Saúde, avaliando impacto das ações planejadas;
- g) Prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Secretaria Municipal de saúde;
- h) Participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância em saúde;
- i) Prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;

- j) Participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada.

De acordo com as Diretrizes Municipais, compete:

- a) Atuar de acordo com as diretrizes, protocolos, normas e rotinas da atenção básica estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde;
- b) Participar ativamente do processo de educação permanente e dos cursos de capacitação visando o desenvolvimento do seu papel profissional e como agente de mudanças;
- c) Prever a necessidade de pessoal elaborando escalas de serviço e atribuições diárias, para assegurar o desempenho adequado do trabalho de enfermagem;
- d) Prever os equipamentos e insumos necessários às atividades assistenciais avaliando as condições de uso;
- e) Desenvolver as ações de saúde segundo os protocolos assistenciais, normas e rotinas elaboradas e ou reconhecidas pela Secretaria Municipal de Saúde;
- f) Planejar, organizar, gerenciar, acompanhar, executar e avaliar as ações de assistência de Enfermagem ao indivíduo, família e comunidade;
- g) Planejar e desenvolver atividades específicas da assistência de enfermagem a indivíduos, famílias e comunidade, realizando as consultas de enfermagem, visitas domiciliares e procedimentos de enfermagem em todas as fases do ciclo de vida;
- h) Prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em protocolos assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde de Arujá.

Art. 7º- Ao Auxiliar de Enfermagem compete:

Lei 7498/86 Art. 11

O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

- Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

- Executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como:
 - a) Administrar medicamentos por via oral e parenteral;
 - b) Realizar controle hídrico;
 - c) Fazer curativos;
 - d) Aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclisma, enema e calor ou frio;
 - e) Executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
 - f) Efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
 - g) Realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;
 - h) Colher material para exames laboratoriais;
 - i) Prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios;
 - j) Circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;
 - k) Executar atividades de desinfecção e esterilização.
- Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:
 - a) Alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;
 - b) Zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;
 - c) Integrar a equipe de saúde;
- Participar de atividades de educação em saúde, inclusive:
 - a) Orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas;
 - b) Auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;
 - c) Executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes.

Especificidades da Atenção Básica, mediante orientação/supervisão do enfermeiro:

- a) Executar ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica;

- b) Auxiliar na efetivação das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- c) Executar ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação comunitária com sua competência profissional;
- d) Executar ações de promoção, prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a saúde da população, conforme plano de ação da equipe;
- e) Executar ações de recuperação e reabilitação da saúde da população conforme planejamento da equipe de saúde.

CAPÍTULO V

Do Pessoal e seus Requisitos

Art. 8º. Os profissionais que compõem o serviço de enfermagem são admitidos por concurso público ou processo seletivo simplificado, contratados sob regime da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

Art. 9º. Os profissionais de enfermagem devem, obrigatoriamente, possuir registro no COREN e apresentar no desempenho de suas funções, compromisso, responsabilidade, liderança, postura ética e conhecimento técnico.

Art. 10º. Os profissionais de Enfermagem são avaliados no período probatório como critério para efetivação no cargo, de acordo com a Constituição Federal.

Art. 11º. As sanções e punições disciplinares dos profissionais de enfermagem se darão fundamentadas no Regime Municipal Celetista (CLT) e nas diretrizes estabelecidas pelo setor de gestão de pessoas, bem como no código de ética e demais normativas do Conselho de Classe.

CAPÍTULO VI

Do horário de trabalho

Art. 12º. O horário de trabalho dos profissionais do serviço de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde é de 40 horas semanais, de segunda a sexta-feira, conforme contrato de trabalho, podendo ocorrer atividades nos finais de semana conforme cronograma prévio, respeitando o limite da carga horária semanal.

Observação:

Horário de Funcionamento das Unidades Básicas de Saúde é de acordo com a determinação da Secretaria Municipal de Saúde, obedecendo a critérios da sua especificidade local.

O atendimento do Serviço de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde deve ser garantido durante todo o horário de funcionamento da Unidade, inclusive durante o almoço, reuniões de equipe, reuniões gerais, educação permanente e continuada da equipe multiprofissional, ficando a critério do gestor local manter este fluxo ininterrupto. Ressaltamos que é pertinente a permanência da equipe de enfermagem em casos de urgência/emergência que excedam o horário de funcionamento da unidade de saúde.

Todos os funcionários deverão apresentar-se ao trabalho, no horário determinado devidamente paramentado conforme a Lei 7498/86 do exercício profissional e identificados com crachá.

OBSERVAÇÕES GERAIS

A equipe de Enfermagem

Não poderão receber de usuários ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de Trabalho;

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo Enfermeiro Responsável Técnico da unidade em que ocorrer o fato, encaminhando o que for necessário à Comissão de Ética e/ou Diretoria Técnica de Saúde, com ciência do gestor da unidade.

Da postura do profissional de enfermagem

Para atuar e executar os diversos procedimentos e cuidados ao usuário, cabe ao profissional não só obter conhecimento técnico-científico, mas desenvolver e manter um perfil, postura e aparência adequados. Assim é necessário seguir algumas orientações essenciais para a prática de enfermagem:


- a) Manter os cabelos presos;
- b) Usar avental ou uniforme estabelecido pela secretaria de saúde;
- c) Utilizar crachá para identificação;
- d) Manter higiene pessoal;
- e) Usar calçados fechados,
- f) Manter unhas curtas;
- g) Não utilizar roupas transparentes, decotadas e curtas no ambiente de trabalho;
- h) Não fumar com avental e nem dentro da unidade de saúde;
- i) Não usar adornos grandes e brincos que ultrapassem o lóbulo da orelha.

Orientações para visita do Conselho Regional de Enfermagem

- A visita fiscalizadora deverá ser acompanhada pelo Enfermeiro Responsável Técnico RT ou outro Enfermeiro que o represente;
- Receber o fiscal cordialmente apresentando todas as solicitações ao mesmo, bem como providenciar itens/documentações que atendam o documento de autuação em seu determinado prazo;
- Ressaltamos que após a Visita do Conselho Regional de Enfermagem, cabe ao Enfermeiro Responsável Técnico ou substituto, enviar cópia do laudo de autuação à Região de Saúde com cópia para a assistência de enfermagem do município, inclusive as contestações que julgar pertinente.

Escala Padrão Mensal da Enfermagem

Ao Enfermeiro Responsável Técnico cabe realizar a escala mensal de enfermagem, bem como a escala de serviço conjuntamente com os enfermeiros, realizando a supervisão, pois a escala é um instrumento de gerenciamento para a equipe e será padronizada no município, nesta escala as lacunas em branco representam a presença dos profissionais de enfermagem,

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Normas e Rotinas das Unidades Básicas de Saúde	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 09	Data Imp.: Data Rev.:	

02. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e realizar o cuidado embasado nos princípios do método científico. No entanto, é um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, o qual possibilita o desenvolvimento de ações que modificam o estado do processo de vida e de saúde-doença dos indivíduos. Para desenvolver tal processo deve-se utilizar linguagem única e padronizada, a qual favorece o processo de comunicação, tornando os termos empregados pelos profissionais, transmitindo a todos os mesmos significados e a eficácia desejada na comunicação seja atingida, sendo uma das propriedades da profissão.

5 Etapas do Processo de Enfermagem

O Conselho Federal de Enfermagem define o Processo de Enfermagem como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional.

O processo de enfermagem é composto por fases que envolvem a identificação dos problemas de saúde do usuário, auxiliando no delineamento do diagnóstico

de enfermagem, o plano de cuidados da instituição mais particulares e por consequência uma avaliação mais individualizada e planejada. Assim, o Conselho Federal de Enfermagem também enfatiza as etapas do processo de enfermagem descrevendo-as como: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. A mesma tem por função contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do usuário.

Para o processo de enfermagem acontecer, o município de Arujá determina a utilização do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano).

Observamos que nas notas de evolução SOAP utilizadas o profissional descreve sua avaliação sobre a demanda trazida, não necessariamente consistindo num diagnóstico etiológico (diagnóstico médico). Neste sentido, a CIAP-2 (Classificação Internacional da Atenção Primária) é uma ferramenta que se configura em um sistema de classificação mais abrangente, abordando questões psicossociais e outras situações de vulnerabilidade vivenciadas na atenção básica, possibilita o entendimento quanto á utilização do Método SOAP no Processo de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 358/2009

Art. 3º. O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Art. 4º. Ao Enfermeiro, observadas as disposições da Lei n. o 7498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto n. o 94406 de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

Art. 5º. O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

Art. 6º. O Processo de Enfermagem deve ser registrado formalmente. O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

1. Coleta de dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo de saúde e doença.

2. Diagnóstico de Enfermagem - processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

3. Planejamento de Enfermagem - determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

4. Implementação- realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

5. Avaliação de Enfermagem - processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

O QUE SÃO AS NOTAS DE EVOLUÇÃO “SOAP”?

A estrutura das notas de evolução “SOAP” corresponde à sigla (originalmente em inglês) para “Subjetivo”, “Objetivo”, “Avaliação” e “Plano” (CANTALE, 2003):

“Subjetivo” (S)

Nesta parte, anotam-se informações recolhidas na entrevista clínica sobre o motivo da consulta ou o problema/necessidade de saúde em questão. Inclui as impressões subjetivas do profissional de saúde e as expressas pela pessoa que está sendo cuidada.

“Objetivo” (O)

Aqui se anota dados positivos e negativos (que se configurarem importantes) do exame físico e dos exames complementares, incluindo os laboratoriais disponíveis.

“Avaliação” (A)

Após a coleta e o registro organizado dos dados e informações subjetivas (S) e objetivas (O), o profissional de saúde faz uma avaliação (A) mais precisa em relação ao problema, queixa ou necessidade de saúde, definindo-o e denominando-o. Nesta parte poderá, se for o caso, utilizar algum sistema de classificação de problemas clínicos, por exemplo, o CIAP (WONCA, 2009).

“Plano” (P)

A parte final da nota de evolução SOAP é o plano (P) de cuidados ou condutas, que serão tomados em relação ao problema ou necessidade avaliada.

O parecer Coren-SP, nº 056/2013 dispõe sobre a utilização do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) no Processo de Enfermagem e considera que o método SOAP se baseia num suporte teórico que orienta a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem, o planejamento das ações ou intervenções e fornece dados para a avaliação dos resultados de Enfermagem, assim sendo, contempla o Processo de Enfermagem e pode ser utilizado para registro no prontuário (Coren-SP, 2013).

Sistema de Linguagem Padronizada no Município de Arujá CIAP2:

A Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) é um sistema de classificação de problemas desenvolvido pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) com objetivo de catalogar problemas próprios da Atenção Primária em Saúde (APS) que pode ser utilizado por profissionais de todas as áreas.

Em atenção primária, frequentemente o diagnóstico etiológico não é o mais importante, deste modo, a CIAP foi desenvolvida para abarcar limitações da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no contexto de cuidados primários em saúde e tem como principal critério de sistematização a pessoa, incluindo o contexto social e não a doença, bem como permite identificar os motivos pelos quais as pessoas procuram os serviços de saúde que podem ser de sofrimento ou enfermidade. Apresenta estrutura simples e suas principais características são a incorporação de queixas expressadas pelos usuários e problemas de natureza social. Para isso, incorporou uma lista de sinais e sintomas, procedimentos e diagnósticos mais comuns na atenção básica.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido responsável pela reestruturação da atenção primária no Brasil, e o uso da CIAP-2 permitirá conhecer melhor a demanda dos usuários e o trabalho realizado. Desta forma, ajudará no planejamento das ações nas unidades de saúde e também das atividades voltadas para o desenvolvimento profissional contínuo. Enfim, o objetivo é transformar cada unidade de saúde em um potente campo de avaliação da própria prática, qualificando cada vez mais a atenção primária brasileira.

Ficam fora da CIAP apenas a classificação dos resultados da exploração clínica (dor à palpação profunda do hipocôndrio esquerdo, por exemplo). O emprego da CIAP exige certo grau de treinamento porque o profissional de saúde tende a pensar apenas em doenças claramente estabelecidas. Habitua-se a ignorar o ponto de vista do usuário (o motivo da consulta) e inclusive a própria definição dos problemas com que se deparam. Por exemplo, não se costuma registrar como problema atendido “febre” no lugar de “quadro gripal”. Contudo, o científico, o clinicamente apropriado, é registrar e classificar um problema no estado de conhecimento que se tem quando se atende. Além

disso, na atenção primária a metade dos problemas é seguida corretamente sem que se chegue a um diagnóstico, por isso é imperativo o uso de uma classificação que permita o registro da qualidade do trabalho clínico, e, para isso, a CIAP é imbatível. Quando se conta com a versão em uma língua própria da CIAP, o desenvolvimento nacional da atenção primária é facilitado. De certa forma, a CIAP inclui uma forma de pensar e uma filosofia que ajuda a impregnar de qualidade e de ciência o trabalho clínico diário.

CIAP engloba mais de 200 sinais e sintomas, podendo desempenhar bem o papel de classificação de motivos da consulta e de achados clínicos, embora convenha referir que não inclui ainda uma classificação de achados objetivos, para realizar a classificação internacional da atenção primária poderá ser consultado o Manual do CIAP-2, bem como seu resumo construído pelo Município.

Tabela CIAP-2


CIAP-2 Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª Edição Comitê Internacional Classificações Wonca (WICC)							
PROCEDIMENTOS -30 Exame médico/avaliação de saúde - completo -31 Exame médico/avaliação de saúde - parcial -32 Teste de sensibilidade -33 Exame microbiológico/imunológico -34 Análise de sangue -35 Análise de urina -36 Análise de fezes -37 Citologia esfrolativa/histologia -38 Outras análises laboratoriais NE -39 Teste de função física -40 Endoscopia diagnóstica -41 Radiologia diagnóstica -42 Eletrocardiograma -43 Outros procedimentos diagnósticos -44 Vacinação/medicação preventiva -45 Educação em saúde/aconselhamento/dieta -46 Consulta com profissional de APS -47 Consulta com especialista -48 Esclarecimento/discussão do motivo da consulta -49 Outros procedimentos preventivos -50 Medicação/prescrição/renovação/ injeção -51 Incisão/drenagem/aspiração/remoção -52 Excisão /biopsia/remoção/debridamento/ cauterização -53 Cateterização/intubação -54 Reparação/sutura/gesso/prótese -55 Injeção local /infiltração -56 Ligadura/compressa /tamponamento -57 Medicina física/reabilitação -58 Aconselhamento/escuta terapêutica -59 Outros procedimentos terapêuticos/pequena cirurgia NE -60 Resultados de análises/procedimentos -61 Contra referência de outro prestador - resultado de exames/teste/ análise -62 Procedimento administrativo -63 Consulta de seguimento não especificada -64 Episódio / problema iniciado pelo prestador -65 Episódio / problema iniciado por outro NE -66 Referenciado a outro prestador /enfermeiro /assistente social/terapeuta -67 Referenciado para médico/especialista/ clínica/hospital -68 Outras referências NE -69 Outro motivo de consulta NE		A94 Morbidade perinatal, outra A95 Mortalidade perinatal A96 Morte A97 Sem doença A98 Medicina preventiva/manutenção da saúde A99 Outras doenças gerais NE SANGUE, SISTEMA HEMATOPOIÉTICO, LINFÁTICO E BAÇO B B02 Gânglio linfático aumentado/doloroso B04 Sinais/sintomas sangue B25 Medo de VIH/ HIV/SIDA/ AIDS B26 Medo de câncer no sangue/linfático B27 Medo de outras doenças do sangue /vasos linfáticos B28 Limitação funcional/incapacidade B29 Outros sinais/ sintomas do sangue/ sistema linfático/ baço NE B70 Linfadenite aguda B71 Linfadenite crônica NE B72 Doença de Hodgkin/linfomas B73 Leucemia B74 Outra neoplasia maligna no sangue B75 Neoplasia benigna NE B76 Ruptura traumática do baço B77 Outras lesões traumáticas do sangue/linfa/baço B78 Anemia hemolítica hereditária B79 Outra malformação congênita do sangue/ linfática B80 Anemia por deficiência ferro B81 Anemia perniciosa/deficiência de folatos B82 Outras anemias NE B83 Púrpura/defeitos de coagulação B84 Glóbulos brancos anormais B87 Esplenomegalia B90 Infecção por VIH/ HIV/SIDA/ AIDS B99 Outra doença do sangue/linfáticos/baço PROCEDIMENTOS SINAIS/SINTOMAS INFECÇÕES NEOPLASIAS TRAUMATISMOS ANOMALIAS CONGÊNITAS OUTROS DIAGNÓSTICOS DIGESTIVO D D01 Dor abdominal generalizada/cólicas D02 Dores abdominais, epigástricas D03 Azia/ Queimação D04 Dor anal/retal D05 Irritação perianal D06 Outras dores abdominais localizadas D07 Dispepsia/indigestão D08 Flatulência /gases/eructações D09 Náusea D10 Vômito D11 Diarreia D12 Obstipação D13 Icterícia D14 Hematêmese/vômito sangue D15 Melena D16 Hemorragia retal D17 Incontinência fecal D18 Alterações nas fezes/mov. intestinais D19 Sinais/sintomas dos dentes/gengivas D20 Sinais/sintomas da boca/língua/lábios D21 Problemas de deglutição D23 Hepatomegalia D24 Massa abdominal NE D25 Distensão abdominal D26 Medo de câncer no aparelho digestivo D27 Medo de outras doenças aparelho digestivo D28 Limitação funcional/incapacidade D29 Outros sinais/sintomas digestivos D70 Infecção gastrointestinal D71 Caxumba/parotidite epidêmica D72 Hepatite viral D73 Gastroenterite, presumível infecção D74 Neoplasia maligna do estômago D75 Neoplasia maligna do cólon/reto D76 Neoplasia maligna do pâncreas D77 Neoplasia maligna do aparelho digestivo NE D78 Neoplasia benigna do aparelho digestivo/incerta D79 Corpo estranho no aparelho digestivo D80 Outras lesões traumáticas D81 Malformações congênicas do aparelho digestivo D82 Doença dos dentes/gengivas D83 Doença da boca/língua/lábios D84 Doença do esôfago D85 Úlcera do duodeno D86 Úlcera péptica, outra D87 Alterações funcionais estômago D88 Apendicite D89 Hérnia inguinal D90 Hérnia de hiato /diafragmática D91 Hérnia abdominal, outras D92 Doença diverticular intestinal D93 Síndrome do cólon irritável D94 Enterite crônica / colite ulcerosa D95 Fissura anal / abcesso perianal D96 Lombrias / outros parasitas D97 Doenças do fígado /NE		D98 Colecistite, colelitíase D99 Outra doença do aparelho digestivo OLHO F F01 Dor no olho F02 Olho vermelho F03 Secreção ocular F04 Moscas volantes/pontos luminosos/escotomas/ manchas F05 Outras perturbações visuais F13 Sensações oculares anormais F14 Movimentos oculares anormais F15 Aparência anormal nos olhos F16 Sinais/sintomas das pálpebras F17 Sinais/sintomas relacionados a óculos F18 Sinais/sintomas relacionados a lentes de contato F27 Medo de doença ocular F28 Limitação funcional/incapacidade F29 Outros sinais/sintomas oculares F70 Conjuntivite infecciosa F71 Conjuntivite alérgica F72 Blefarite/hordéolo/calázio F73 Outras infecções/inflamações oculares F74 Neoplasia do olho/anexos F75 Contusão/hemorragia ocular F76 Corpo estranho ocular F79 Outras lesões traumáticas oculares F80 Obstrução canal lacrimal da criança F81 Outras malformações congênicas do olho F82 Descolamento da retina F83 Retinopatia F84 Degeneração macular F85 Úlcera da córnea F86 Tracoma F91 Erro de refração F92 Catarata F93 Glaucoma F94 Cegueira F95 Estrabismo F99 Outra doenças oculares/anexos OUVIDO H H01 Dor de ouvidos H02 Problemas de audição H03 Acufeno, zumbidos, ruído, assobios H04 Secreção no ouvido H05 Hemorragia no ouvido H13 Sensação de ouvido tapado H15 Preocupação com a aparência das orelhas H27 Medo de doença do ouvido H28 Limitação funcional/incapacidade H29 Outros sinais/sintomas ouvido H70 Otite externa H71 Otite média aguda/miringite H72 Otite média serosa H73 Infecção da Trompa de Eustáquio H74 Otite média crônica H75 Neoplasia do ouvido H76 Corpo estranho do ouvido H77 Perforação do tímpano H78 Traumatismo superficial do ouvido H79 Outros traumatismos do ouvido H80 Malformações congênicas do ouvido H81 Cerúmen no ouvido em excesso H82 Síndrome vertiginosa H83 Otosclerose H84 Presbiacusia H85 Lesão acústica H86 Surdez H99 Outra doença do ouvido/mastóide CIRCULATÓRIO K K01 Dor atribuída ao coração K02 Sensação de pressão/aperto atribuída ao coração K03 Dores atribuídas ao aparelho circulatório NE K04 Palpitações/percepção dos batimentos cardíacos K05 Outras irregularidades dos batimentos cardíacos K06 Veias proeminentes K07 Tornozelos inchados/edema K22 Fator de risco para doença cardiovascular K24 Medo de doença cardíaca K25 Medo de hipertensão K27 Medo de outra doença cardiovascular K28 Limitação funcional/incapacidade K29 Outros sinais/sintomas cardiovasculares K70 Doença infecciosa do aparelho circulatório K71 Febre reumática/cardiopatia K72 Neoplasia do aparelho circulatório K73 Malformações congênicas do aparelho circulatório K74 Doença cardíaca isquêmica com angina K75 Infarto ou Enfarte agudo miocárdio K76 Doença cardíaca isquêmica sem angina K77 Insuficiência cardíaca K78 Fibrilação/flutter auricular/ atrial K79 Taquicardia Paroxística K80 Arritmia cardíaca NE K81 Sopro cardíaco/arterial NE K82 Doença cardiopulmonar K83 Doença valvular cardíaca NE K84 Outras doenças cardíacas K85 Pressão arterial elevada K86 Hipertensão sem complicações K87 Hipertensão com complicações		K88 Hipotensão postural K89 Isquemia/ acidente cerebral transitória(o) K90 Trombose/acidente vascular cerebral K91 Doença vascular cerebral K92 Aterosclerose/doença vascular periférica K93 Embolia pulmonar K94 Flebite/tromboflebite K95 Veias varicosas da perna K96 Hemorroidas K99 Outras doenças do aparelho circulatório MÚSCULO-ESQUELÉTICO L L01 Sinais/sintomas do pescoço L02 Sinais/sintomas da região dorsal L03 Sinais/sintomas da região lombar L04 Sinais/sintomas do tórax L05 Sinais/sintomas da axila L07 Sinais/sintomas da mandíbula L08 Sinais/sintomas dos ombros L09 Sinais/sintomas dos braços L10 Sinais/sintomas dos cotovelos L11 Sinais/sintomas dos punhos L12 Sinais/sintomas das mãos e dedos L13 Sinais/sintomas do quadril L14 Sinais/sintomas da coxa/perna L15 Sinais/sintomas do joelho L16 Sinais/sintomas do tornozelo L17 Sinais/sintomas do pé/dedos pé L18 Dores musculares L19 Sinais/sintomas musculares NE L20 Sinais/sintomas das articulações NE L26 Medo de câncer no aparelho músculo-esquelético L27 Medo de doença no aparelho músculo-esquelético, outro L28 Limitação funcional/incapacidade L29 Outros sinais/sintomas do aparelho músculo-esquelético L70 Infecções do aparelho músculo-esquelético L71 Neoplasia maligna do aparelho músculo-esquelético L72 Fratura: rádio/cubito L73 Fratura: tibia/perónio/ fíbula L74 Fratura: osso da mão/pé L75 Fratura: fêmur L76 Outras fraturas L77 Entorses e distensões do tornozelo L78 Entorses e distensões do joelho L79 Entorses e distensões das articulações NE L80 Luxação/subluxação L81 Traumatismos do aparelho musculoesquelético NE L82 Malformações congênicas do aparelho músculo-esquelético L83 Doenças ou síndromes da coluna cervical L84 Doenças ou síndromes da coluna sem irradiação de dor L85 Deformação adquirida da coluna L86 Síndrome vertebral com irradiação dor L87 Bursite/tendinite/sinovite NE L88 Artrite reumatóide/seropositiva L89 Osteoartrite do quadril L90 Osteoartrite do joelho L91 Outras osteoartrites L92 Síndrome do ombro doloroso L93 Cotovelo de tenista L94 Osteocondrose L95 Osteoporose L96 Lesão interna aguda do joelho L97 Neoplasia benigna/incertas L98 Malformação adquirida de um membro L99 Outra doença do aparelho músculo-esquelético NEUROLÓGICO N N01 Cefaléia N03 Dores da face N04 Síndrome das pernas inquietas N05 Formigamento/ parestesia nos dedos das mãos/pés N06 Outras alterações da sensibilidade N07 Convulsões/ataques N08 Movimentos involuntários anormais N16 Alterações do olfato/gosto N17 Vertigens/tonturas N18 Paralisia/fraqueza N19 Perturbações da fala N26 Medo de câncer do sistema neurológico N27 Medo de outras doenças neurológicas N28 Limitação funcional/incapacidade N29 Sinais/sintomas do sistema neurológico, outros N70 Poliomielite N71 Meningite/encefalite N72 Tétano N73 Outra infecção neurológica N74 Neoplasia maligna do sistema neurológico N75 Neoplasia benigna do sistema neurológico N76 Neoplasia do sistema neurológico de natureza incerta N79 Concussão N80 Outras lesões cranianas N81 Outra lesão do sistema neurológico N85 Malformações congênicas N86 Esclerose múltipla N87 Parkinsonismo N88 Epilepsia N89 Enxaqueca	
GERAL E INESPECÍFICO A A01 Dor generalizada /múltipla A02 Arrepios/ calafrios A03 Febre A04 Debilidade/cansaço geral/fadiga A05 Sentir-se doente A06 Desmaio/síncope A07 Coma A08 Inchaço A09 Problemas de sudorese A10 Sangramento/Hemorragia NE A11 Dores torácicas NE A13 Receio/Medo do tratamento A16 Criança irritável A18 Preocupação com aparência A20 Pedido/discussão eutanásia A21 Fator de risco de malignidade A23 Fator de risco NE A25 Medo de morrer/medo da morte A26 Medo de câncer NE A27 Medo de outra doença NE A28 Limitação funcional/incapacidade NE A29 Outros sinais/sintomas gerais A70 Tuberculose A71 Sarampo A72 Varicela A73 Malária A74 Rubéola A75 Mononucleose infecciosa A76 Outro exantema viral A77 Dengue e outras doenças virais NE A78 Hanseníase e outras doenças infecciosas NE A79 Carcinomatose (localização primária desconhecida) A80 Lesão traumática/acidente NE A81 Politraumatismos/ferimentos múltiplos A82 Efeito secundário de lesão traumática A84 Intoxicação por medicamento A85 Efeito adverso de fármaco dose correta A86 Efeito tóxico de substância não medicinal A87 Complicações de tratamento médico A88 Efeito adverso de fator físico A89 Efeito da prótese A90 Malformação congênita NE/múltiplas A91 Investigação com resultado anormal NE A92 Alergia/reacção alérgica NE A93 Recém nascido prematuro							

N90 Cefaléia de cluster	S03 Verrugas	U29 Sinais/sintomas aparelho urinário, outros	X81 Neoplasia genital feminina, outra/NE
N91 Paralisia facial/paralisia de Bell	S04 Tumor/inchaço localizado	U70 Pielonefrite	X82 Lesão traumática genital feminina
N92 Neuralgia do trigêmeo	S05 Tumores/inchaços generalizados	U71 Cistite/outra infecção urinária	X83 Malformações congênitas genitais
N93 Síndrome do túnel do carpo/ Síndrome do canal carpcio	S06 Erupção cutânea localizada	U72 Uretrite	X84 Vaginite/vulvite NE
N94 Neuralite/ Nevrite/neuropatia periférica	S07 Erupção cutânea generalizada	U75 Neoplasia maligna do rim	X85 Doença do colo NE
N95 Cefaléia tensional	S08 Alterações da cor da pele	U76 Neoplasia benigna do rim	X86 Esfregaço de Papanicolaou/colpocitologia oncológica anormal
N99 Outras doenças do sistema neurológico	S09 Infecção dos dedos das mãos/pés	U77 Neoplasia maligna do aparelho urinário, outra	X87 Prolapso utero-vaginal
	S10 Furúnculo/carbúnculo	U78 Neoplasia benigna do aparelho urinário	X88 Doença fibrocística da mama
	S11 Infecção pós-traumática da pele	U79 Neoplasia do aparelho urinário NE	X89 Síndrome da tensão pré-menstrual
PSICOLÓGICO	S12 Picada ou mordedura de inseto	U80 Lesões traumáticas do aparelho urinário	X90 Herpes genital feminino
P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	S13 Mordedura animal/humana	U85 Malformação congênita do aparelho urinário	X91 Condiloma acuminado feminino
P02 Reação aguda ao estresse	S14 Queimadura/escaldão	U88 Glomerulonefrite/ síndrome nefrótica	X92 Infecção por clamídia
P03 Tristeza/ Sensação de depressão	S15 Corpo estranho na pele	U90 Albuminúria/proteinúria ortostática	X99 Doença genital feminina, outra
P04 Sentir/comportar-se de forma irritável/zangada	S16 Traumatismo/contusão	U95 Cálculo urinário	
P05 Sensação/comportamento senil	S17 Abrasão/arranhão/bolhas	U98 Análise de urina anormal NE	GENITAL MASCULINO
P06 Perturbação do sono	S18 Laceração/corte	U99 Outras doenças urinárias	Y
P07 Diminuição do desejo sexual	S19 Outra lesão cutânea		Y01 Dor no pênis
P08 Diminuição da satisfação sexual	S20 Calos/calosidades	GRAVIDEZ, PARTO E PLANEJAMENTO FAMILIAR	Y02 Dor no escroto/testículos
P09 Preocupação com a preferência sexual	S21 Sinais/sintomas da textura da pele		Y03 Secreção uretral
P10 Gaguejar/balbuciar/tiques	S22 Sinais/sintomas das unhas	W01 Questão sobre gravidez	Y04 Sinais/sintomas do pênis, outros
P11 Problemas de alimentação da criança	S23 Queda de cabelo/calvície	W02 Medo de estar grávida	Y05 Sinais/sintomas do escroto/ testículos, outros
P12 Molhar a cama/enurese	S24 Sinais/sintomas do cabelo/couro cabeludo	W03 Hemorragia antes do parto	Y06 Sinais/sintomas da próstata
P13 Encoprese/outras problemas de incontinência fecal	S25 Medo de câncer de pele	W05 Vômitos/náuseas durante a gravidez	Y07 Impotência NE
P15 Abuso crônico de álcool	S26 Medo de outra doença da pele	W10 Contraceção pós-coital	Y08 Sinais/sintomas da função sexual masculina, outros
P16 Abuso agudo de álcool	S28 Limitação funcional/incapacidade	W11 Contraceção oral	Y10 Infertilidade/subfertilidade masculina
P17 Abuso do tabaco	S29 Sinais/sintomas da pele, outros	W12 Contraceção intra-uterina/ Dispositivo intrauterino/ DIU	Y13 Esterilização masculina
P18 Abuso de medicação	S70 Herpes zoster	W13 Esterilização	Y14 Planejamento familiar, outros
P19 Abuso de drogas	S71 Herpes simples	W14 Contraceção/outras	Y16 Sinais/sintomas da mama masculina
P20 Alterações da memória	S72 Escabiose/outras acariases	W15 Infertilidade/subfertilidade	Y24 Medo de disfunção sexual masculina
P22 Sinais/sintomas relacionados ao comportamento da criança	S73 Pediculose/outras infecções da pele	W17 Hemorragia pós-parto	Y25 Medo de doença sexualmente transmissível
P23 Sinais/sintomas relacionados ao comportamento do adolescente	S74 Dermatofitose	W18 Sinais/sintomas pós-parto	Y26 Medo de câncer genital masculino
P24 Dificuldades específicas de aprendizagem	S75 Momicose oral/candidíase na pele	W19 Sinais/sintomas da mama/lactação	Y27 Medo de doença genital masculina, outra
P25 Problemas da fase de vida de adulto	S76 Outras infecções da pele	W21 Preocupação com a imagem corporal na gravidez	Y28 Limitação funcional/incapacidade
P27 Medo de perturbações mentais	S77 Neoplasias malignas da pele	W22 Medo de complicações na gravidez	Y29 Sinais/sintomas, outros
P28 Limitação funcional/incapacidade	S78 Lipoma	W27 Medo de complicações na gravidez	Y70 Sífilis masculina
P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros	S79 Neoplasia cutânea benigna/incerta	W28 Limitação funcional/incapacidade	Y71 Gonorréia masculina
P70 Demência	S80 Ceratose/ Queratose solar/queimadura solar	W29 Sinais/sintomas da gravidez, outros	Y72 Herpes genital
P71 Outras psicose orgânicas NE	S81 Hemangioma/linfangioma	W70 Sepsis/infecção puerperal	Y73 Prostatite/vesiculite seminal
P72 Esquizofrenia	S82 Nevos/sinais da pele	W71 Infecções que complicam a gravidez	Y74 Orquite/epididimite
P73 Psicose afetiva	S83 Lesões da pele congênitas, outras	W72 Neoplasia maligna relacionada com gravidez	Y75 Balanite/Balanopostite
P74 Distúrbio ansioso/estado de ansiedade	S84 Impetigo	W73 Neoplasia benigna/incerta relacionada com a gravidez	Y76 Condiloma acuminado
P75 Somatização	S85 Cisto pilonidal/fístula	W75 Lesões traumáticas que complicam a gravidez	Y77 Neoplasia maligna da próstata
P76 Perturbações depressivas	S86 Dermite seborreica	W76 Malformação congênita que complica a gravidez	Y78 Neoplasia maligna genital masculina, outra
P77 Suicídio/tentativa de suicídio	S87 Dermite/eczema atópico	W78 Gravidez	Y79 Neoplasia benigna genital masculina NE
P78 Neurastenia	S88 Dermite de contato/alérgica	W79 Gravidez não desejada	Y80 Traumatismo genital masculino, outro
P79 Fobia/perturbação compulsiva	S89 Dermite das fraldas	W80 Gravidez ectópica	Y81 Fimose/prepúcio redundante
P80 Perturbações de personalidade	S90 Pityriase rosada	W81 Toxemia gravídica/ DHEG	Y82 Hipospádia
P81 Perturbação hipercinética	S91 Psoríase	W82 Aborto espontâneo	Y83 Testículo não descido/ Criptorquidia/ Testículo ectópico
P82 Estresse pós traumático	S92 Doença das glândulas sudoríparas	W83 Aborto provocado	Y84 Malformação genital congênita masculina, outra
P85 Retardo/ Atraso mental	S93 Cisto sebáceo	W84 Gravidez de alto risco	Y85 Hipertrofia benigna da próstata/ hiperplasia prostática benigna
P86 Anorexia nervosa, bulimia	S94 Unha encravada	W85 Diabetes gestacional	Y86 Hidrocele
P88 Outras psicose NE	S95 Molusco contagioso	W90 Parto sem complicações de nascido vivo	Y99 Doença genital masculina, outra
P89 Outras perturbações psicológicas	S96 Acne	W91 Parto sem complicações de natimorto	
	S97 Úlcera crônica da pele	W92 Parto com complicações de nascido vivo	PROBLEMAS SOCIAIS
	S98 Urticária	W93 Parto com complicações de natimorto	Z
	S99 Outras doenças da pele	W94 Mastite puerperal	Z01 Pobreza/problemas econômicos
RESPIRATÓRIO	ENDÓCRINO/METABÓLICO E NUTRICIONAL	W95 Outros problemas da mama durante gravidez/puerpério	Z02 Problemas relacionados a água/alimentação
R01 Dor atribuída ao aparelho respiratório	T01 Sede excessiva	W96 Outras complicações do puerpério	Z03 Problemas de habitação/vizinhança
R02 Dificuldade respiratória, dispneia	T02 Apetite excessivo	W99 Outros problemas da gravidez/parto	Z04 Problema socio-cultural
R03 Respiração ruidosa	T03 Perda de apetite		Z05 Problemas com condições de trabalho
R04 Outros problemas respiratórios	T04 Problemas alimentares de lactente/criança	GENITAL FEMININO	Z06 Problemas de desemprego
R05 Tosse	T05 Problemas alimentares do adulto	X01 Dor genital	Z07 Problemas relacionados com educação
R06 Hemorragia nasal/epistaxe	T07 Aumento de peso	X02 Dores menstruais	Z08 Problema relacionado com sistema de segurança social
R07 Espirro/congestão nasal	T08 Perda de peso	X03 Dores intermenstruais	Z09 Problema de ordem legal
R08 Outros sinais/sintomas nasais	T10 Atraso do crescimento	X04 Relação sexual dolorosa na mulher	Z10 Problema relacionado com sistema de saúde
R09 Sinais/sintomas dos seios paranasais	T11 Desidratação	X05 Menstruação escassa/ausente	Z11 Problema relacionado com estar doente
R21 Sinais/sintomas da garganta	T26 Medo de câncer do sistema endócrino	X06 Menstruação excessiva	Z12 Problema de relacionamento com parceiro/ conjugal
R23 Sinais/sintomas da voz	T27 Medo de outra doença endócrina/metabólica	X07 Menstruação irregular/frequente	Z13 Problema comportamental do parceiro/ companheiro
R24 Hemoptise	T28 Limitação funcional/incapacidade	X08 Hemorragia intermenstrual	Z14 Problema por doença do parceiro/companheiro
R25 Expectoração/mucosidade anormal	T29 Sinais/sintomas endocrinológicos/metabólicos/nutricionais, outros	X09 Sinais/sintomas pré-menstruais	Z15 Perda ou falecimento do parceiro/companheiro
R26 Medo de câncer do aparelho respiratório	T70 Infecção endócrina	X10 Desejo de alterar a data menstruação	Z16 Problema de relacionamento com criança
R27 Medo de outras doenças respiratórias	T71 Neoplasia maligna da tireóide	X11 Sinais/sintomas da menopausa/ climatério	Z18 Problema com criança doente
R28 Limitação funcional/incapacidade	T72 Neoplasia benigna da tireóide	X12 Hemorragia pós-menopausa	Z19 Perda ou falecimento de criança
R29 Sinais/sintomas do aparelho respiratório, outros	T73 Outra neoplasia endócrina NE	X13 Hemorragia pós-coital	Z20 Problema de relacionamento com familiares
R71 Tosse convulsa/ pertussis	T78 Cisto do canal tiroglossal	X14 Secreção vaginal	Z21 Problema comportamental de familiar
R72 Infecção estreptocócica da orofaringe	T80 Malformação congênita endócrina/metabólica	X15 Sinais/sintomas da vagina	Z22 Problema por doença familiar
R73 Abscesso/furúnculo no nariz	T81 Bócio	X16 Sinais/sintomas da vulva	Z23 Perda/falecimento de familiar
R74 Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	T82 Obesidade	X17 Sinais/sintomas da pélvis feminina	Z24 Problema de relacionamento com amigos
R75 Sinusite crônica/aguda	T83 Excesso de peso	X18 Dor na mama feminina	Z25 Ato ou acontecimento violento
R76 Amigdalite aguda	T85 Hipertireoidismo/tireotoxicose	X19 Tumor ou nódulo na mama feminina	Z27 Medo de problema social
R77 Laringite/traqueíte aguda	T86 Hipotireoidismo/mixedema	X20 Sinais/sintomas do mamilo da mulher	Z28 Limitação funcional/incapacidade
R78 Bronquite/bronquiolite aguda	T87 Hipoglicemia	X21 Sinais/sintomas da mama feminina, outros	Z29 Problema social NE
R79 Bronquite crônica	T89 Diabetes insulino-dependente	X22 Preocupação com a aparência da mama feminina	
R80 Gripe	T90 Diabetes não insulino-dependente	X23 Medo de doença de transmissão sexual	PROCEDIMENTOS
R81 Pneumonia	T91 Deficiência vitamínica/nutricional	X24 Medo de disfunção sexual	SINAIS/SINTOMAS
R82 Pleurite/derrame pleural	T92 Gota	X25 Medo de câncer genital	INFECÇÕES
R83 Outra infecção respiratória	T93 Alteração no metabolismo dos lipídios	X26 Medo de câncer na mama	NEOPLASIAS
R84 Neoplasia maligna dos brônquios/pulmão	T99 Outras doenças endocrinológicas/metabólicas/nutricionais	X27 Medo de outra doença genital/mama	TRAUMATISMOS
R85 Outra neoplasia respiratória maligna		X28 Limitação funcional/incapacidade	ANOMALIAS CONGÊNITAS
R86 Neoplasia benigna respiratória		X29 Sinais/sintomas do aparelho genital feminino, outra	OUTROS DIAGNÓSTICOS
R87 Corpo estranho nariz/laringe/brônquios	URINÁRIO	X70 Sífilis feminina	
R88 Outra lesão respiratória	U01 Disúria/micção dolorosa	X71 Gonorréia feminina	
R89 Malformação congênita do aparelho respiratório	U02 Micção frequente/urgência urinária/ polaciúria	X72 Candidíase genital feminina	
R90 Hipertrofia das amígdalas/adenóides	U04 Incontinência urinária	X73 Tricomoníase genital feminina	
R92 Neoplasia respiratória NE	U05 Outros problemas com a micção	X74 Doença inflamatória pélvica	
R95 Doença pulmonar obstrutiva crônica	U06 Hematúria	X75 Neoplasia maligna do colo	
R96 Asma	U07 Outros sinais/sintomas urinários	X76 Neoplasia maligna da mama feminina	
R97 Rinite alérgica	U08 Retenção urinária	X77 Neoplasia maligna genital feminina, outra	
R98 Síndrome de hiperventilação	U13 Sinais/sintomas da bexiga, outros	X78 Fibromioma uterino	
R99 Outras doenças respiratórias	U14 Sinais/sintomas dos rins	X79 Neoplasia benigna da mama feminina/ fibroadenoma	
PELE	S	X80 Neoplasia benigna genital	
S01 Dor/sensibilidade dolorosa da pele	U26 Medo de câncer no aparelho urinário		
S02 Prurido	U27 Medo de outra doença urinária		
	U28 Limitação funcional/incapacidade		

HITÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Normas e Rotinas das Unidades Básicas de Saúde	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 15	Data Imp.: Data Rev.:	

03. ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)

Definição: A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Responsável: Equipe da Estratégia Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde.

Objetivo:

Os objetivos da UBS e ESF estão diretamente ligados aos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica (BRASIL, 2012), para que o serviço seja entendido na perspectiva da AB é preciso:

- Ter território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais;
- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos;

- Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- Coordenar a integralidade, integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades;
- Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde, às pessoas e às coletividades do território.

1. Locais de desenvolvimento das ações

- As ações podem ser realizadas nas unidades de saúde, na comunidade ou no domicílio.
- Nas unidades de saúde: geralmente, são os locais onde se realizam os procedimentos de enfermagem, médicos, odontológicos e outros profissionais. Podendo ser feitas consultas, palestras, rodas de conversa, atividades de educação permanente, reuniões entre outras ações;
- Na comunidade: com a identificação de equipamentos sociais, é possível desenvolver várias ações na comunidade, utilizando os espaços como as creches, escolas, igrejas, centros comunitários entre outros;
- No domicílio: nesse local tem-se acesso aos condicionantes individuais, coletivos, sociais de cada indivíduo e família cadastrada. Nesse aspecto, ao se realizar a visita domiciliar se torna uma ferramenta indispensável para a efetividade das ações de saúde realizadas nas unidades básicas de saúde e na comunidade.

2. Princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família.

- A ESF trabalha de forma a garantir a prestação da assistência integral e contínua de boa qualidade à população, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; a intervenção sobre os fatores de risco a que essa população está exposta, humanizando as práticas de saúde por meio de estabelecimento de vínculo de confiança e contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença. Os princípios norteadores da Saúde da Família são:
 - ✓ Territorialização e Adstrição da Clientela: a Unidade de Saúde Familiar (USF) trabalha com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento dessa população.
 - ✓ Equipe Multiprofissional: composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, Dentistas e Auxiliar ou Técnico em saúde bucal, dentre outros, poderão fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades locais.
 - ✓ Caráter Substitutivo: substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde.
 - ✓ É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Para integrar os princípios da Atenção Básica no desenvolvimento da ESF e consolidação do SUS, serão trabalhadas, neste protocolo, questões norteadoras da atuação da Enfermagem.

3. Mapeamento na ESF

- O mapeamento é o conhecimento sobre a sua área, um retrato de sua microárea vista de cima que, ao ser observado, mostra com clareza os

locais onde se encontram os principais problemas de saúde e do meio ambiente;

- Ao desenhar o mapa, você representa, no papel, o que existe na microárea: ruas, casas, prefeitura, escolas, serviços de saúde, feira, comércio, igrejas, correio, posto policial, rios, pontes, córregos e outras coisas importantes;
- A partir do reconhecimento da área através da confecção do mapa e do estudo da área, é possível desenhar a cobertura de assistência necessária para o território. No caso do número de ACS que deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, é preciso considerar que uma ACS pode ter cadastrado em sua microárea um máximo de 750 pessoas e que cada equipe pode ter no máximo 12 ACS, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;
- Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

4. Visita domiciliária

Território adstrito (Territorialização)

- A territorialização pressupõe o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas e deve impactar, de forma favorável, as condições de saúde da população adscrita;
- Nesse contexto, a territorialização em saúde se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações loco-regional, a partir do reconhecimento e esquadramento do território, segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA et al., 1998);

- O reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico (MONKEN, BARCELLOS, 2005); Alguns dos pilares de uma noção de territorialização mais abrangente seriam, então, a valorização:
 - ✓ Da experiência cotidiana das populações locais;
 - ✓ Dos usuários do sistema;
 - ✓ Dos profissionais de saúde formados na própria comunidade.
- A territorialização é um pressuposto básico do trabalho da unidade de saúde. Precisa-se, portanto, cuidar do território, da saúde do município, além da saúde das pessoas, e, para que isso aconteça, exige-se que as pessoas que lá vivem participem da definição dos problemas prioritários e de sua resolução, incluindo aqui, também, o reconhecimento das suas potencialidades. É a partir do fortalecimento da solidariedade local que se pode pensar nas intervenções, tomando a população como sujeita, inserindo-a nos processos, estimulando o compartilhamento de decisões e a responsabilidade cidadã. A territorialização possibilita um melhor acesso dos usuários ao serviço de saúde e à facilidade do acesso ao sistema, em função da cobertura do Agente Comunitário de Saúde (NEVES, 2011).

5. Cadastramento

O cadastramento na UBS é realizado individualmente nas próprias Unidades Básicas de Saúde. O cadastramento na ESF também pode ser realizado diretamente no domicílio pelos agentes comunitários de saúde.

6. Sistema de Informação da Atenção Básica

O e-SUS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração dos Sistemas de Informações em Saúde, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde.

7. Acesso e vínculo

- Na perspectiva de se garantir acesso aos usuários e aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde preconiza o acolhimento à demanda espontânea nas unidades como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, dispositivo de reorganização do processo de trabalho da equipe em função das reais necessidades do seu território, além de promover a vinculação e responsabilização das equipes para com seus usuários;
- O Acolhimento permite conhecer a população que está demandando serviços de saúde, sendo subsídio para a construção das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde da população (BRASIL, 2012);
- Todos os profissionais têm por atribuição participar do acolhimento desde que se garanta a escuta qualificada das necessidades de saúde com uma primeira avaliação, observando o risco e vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos dos usuários que procuram a unidade de saúde. O Acolhimento à demanda espontânea pode ocorrer de diversas formas, são alguns exemplos de modalidades de Acolhimento:
 - ✓ Acolhimento pela equipe de referência do usuário;
 - ✓ Equipe de acolhimento do dia;
 - ✓ Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de Acolhimento do dia);
 - ✓ Acolhimento coletivo;
 - ✓ O principal papel do profissional no momento do Acolhimento, ou seja, “na primeira escuta do usuário”, é organizar a demanda de acordo com a necessidade individual e a equipe deve estar atenta a:
 - ✓ Avaliar a necessidade de cuidados imediatos;
 - ✓ Prestar ou facilitar os primeiros cuidados;
 - ✓ Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas;
 - ✓ Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado;
 - ✓ Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, administração de

medicação, espera de remoção para outro serviço ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea;

- ✓ Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.

8. Gestão do cuidado

- A gestão do cuidado é uma ferramenta essencial para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nas quais os profissionais devem coordenar a integralidade das ações prestadas aos usuários de saúde, coordenando-as na RAS através da organização do fluxo de usuários dentro dos pontos de atenção da rede e possibilitando a integração dos níveis assistenciais (OPAS, 2011);
- A incorporação de ferramentas e dispositivos, para a gestão do cuidado tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede,
- Protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, reconhecimento explícito das responsabilidades de cada nível, instrumentalizam os profissionais para a produção da gestão do cuidado (BRASIL, 2012).

9. NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

- O NASF faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui um serviço com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários devem ser regulados pela ESF). Os mesmos foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade (BRASIL, 2012);
- São constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de Atenção Básica para

populações específicas (Consultórios de Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais Etc.) e Academia da Saúde, atuando diretamente no apoio matricial às equipes as quais o NASF está vinculado e no território dessas equipes (BRASIL, 2012);

- De acordo com Brasil (2012, p.70), são atividades desenvolvidas pelo NASF: “discussão de casos”, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de Projetos Terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.

10. Reunião de equipe

- Para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas que estejam integrados e sejam capazes de desenvolver Projetos Terapêuticos Singulares em conjunto para cada paciente e/ou família;
- Por meio das reuniões com todos os membros da equipe, é possível conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade; compartilhando conhecimentos e informações para o desenvolvimento do trabalho em equipe; participação na formação e no treinamento de pessoal auxiliar, voluntários e estagiários de outros serviços, preparando-os para identificar os principais problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade. É atribuição comum de todos os componentes da ESF organizar e participar de reuniões de equipe, de forma periódica, a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir dos dados disponíveis (BRASIL, 2012).

11. Educação Permanente

- A Educação Permanente na Saúde da Família deve ser constitutiva, garantindo a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular;
- A Educação Permanente deve ir além de sua dimensão pedagógica, a mesma deve ser encarada como uma importante estratégia de gestão, com o objetivo de permitir mudanças no cotidiano dos serviços e deve ser embasada num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho que podem ser definidos por múltiplos fatores (BRASIL, 2012);
- É fundamental, antes de iniciar os trabalhos em uma equipe de Saúde da Família, que os profissionais reconheçam suas atribuições e as atribuições dos colegas de equipe. Por isso, como sugestão, procurem realizar atividades de Educação Permanente e discutam as devidas atribuições e papéis dentro da equipe, quando necessário.

12. Coordenação do cuidado

- Trata-se da elaboração, acompanhamento e geração de projetos terapêuticos singulares, bem como o acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para que seja implementada a coordenação do cuidado são necessários a incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera para consultas especializadas, procedimentos e exames, prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros (BRASIL, 2012).

13. Acolhimento à demanda espontânea

- É uma postura ética que implica na escuta qualificada do usuário em suas queixas, no processo de saúde e doença, e na responsabilização pela resolução das necessidades dos cidadãos que procuram os

serviços de saúde. Quando falamos do acolhimento como atitude e tecnologia de cuidado, como mecanismo de ampliação do acesso e como dispositivo de reorganização do processo de trabalho das equipes, imprimimos sentidos e perspectivas a ele que são fundamentais aos sujeitos em ação que pretendem constituir novos modos de receber e escutar os usuários na atenção básica.

- No acolhimento à demanda espontânea, é fundamental traduzir tais sentidos e perspectivas em arranjos e práticas concretas, mesmo que provisoriamente. Também é importante colocar essa tradução concreta em análise (identificando alcances e limites, problemas e potencialidades) e fazer os ajustes necessários, pois isso faz parte do dia a dia do trabalho.
- Modelagens de acolhimento utilizadas em diferentes lugares, a saber:
 - a. **Acolhimento pela equipe de referência do usuário:** a principal característica é que cada usuário é acolhido pelos profissionais de sua equipe de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades. Há diversas maneiras de desenvolver esta modelagem; apenas para citar algumas:
 - ✓ O enfermeiro de cada equipe realiza a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e os seus usuários agendados; nestas situações, o médico faz a retaguarda para os casos agudos da sua área e atende os usuários agendados;
 - ✓ Mais de um profissional está simultaneamente realizando a primeira escuta dos usuários de sua área de abrangência organizando o acesso dos usuários num determinado momento, posteriormente assumindo suas demais atribuições;
 - ✓ Em algumas equipes, o enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até determinada hora, a partir da qual desempenha outras atribuições, passando a primeira escuta do acolhimento a ser realizada pelo técnico de enfermagem, estando o enfermeiro e o médico na retaguarda.

A principal vantagem dessa modelagem é a potencialização do vínculo e responsabilização entre equipe e população adscrita, e uma das dificuldades é a conciliação com atividades da equipe fora da unidade (visita domiciliar, por exemplo), bem como com os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é muito alta.

- b. Equipe de acolhimento do dia:** em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico da equipe de acolhimento do dia fica na retaguarda do acolhimento. Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso. Os profissionais das outras equipes da unidade, quando não estão “escalados”, não precisam reservar agenda para o acolhimento, somente atendendo aos casos agudos em situações excepcionais em que a quantidade de pessoas com tal necessidade exceda a capacidade de atendimento da equipe do acolhimento do dia.

A principal vantagem dessa modelagem é que as equipes que não estão “escaladas” podem realizar as atividades programadas com mais facilidade, e as desvantagens são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita (quando comparado com o acolhimento por equipe) e a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia, sobretudo em dias de maior demanda.

- c. Para acolhimento das equipes:** um dos médicos também sem atendimentos agendados para, independentemente da área, atender aos casos agudos encaminhados pelo acolhimento que excederem a quantidade predeterminada a que cada um dos outros médicos atenderiam. Essa modelagem se apresenta como intermediária entre o acolhimento por equipe e o acolhimento do dia, mas requer comunicação mais intensa entre equipes e alguns instrumentos para facilitar a gestão das agendas.
- d. Acolhimento coletivo:** no primeiro momento do funcionamento da unidade, toda a equipe se reúne com os usuários que vieram à unidade de saúde por demanda espontânea e, nesse espaço coletivo, fazem-se

escutas e conversas com eles (se necessário ou mais apropriado, essa escuta é feita num consultório). Além do acolhimento, aproveita-se a ocasião para explicar à população o modo de funcionamento da unidade e o processo de trabalho das equipes, bem como se realizam atividades de educação em saúde. Para todos os profissionais da equipe poderem estar no acolhimento coletivo e atenderem aos casos agudos identificados, é necessário que o agendamento seja feito por hora marcada, não sendo agendados pacientes para o início do turno. Após o momento de acolhimento coletivo realizado pela equipe, para garantir acesso a usuários que chegam durante o turno, segue-se o trabalho com outra modelagem de acolhimento associada. O acolhimento coletivo permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, possibilita identificar usuários com risco e sofrimento mais evidentes e pode contribuir para o aumento da capacidade de auto-avaliação dos riscos pelos usuários, mas apresenta como principal inconveniente o constrangimento das pessoas, que podem se sentir expostas na sua intimidade e privacidade, além de não oportunizar uma adequada avaliação dos riscos não evidentes e da vulnerabilidade, devendo, por isso, ser necessariamente articulada à escuta individualizada (GOMES; MELO; PINTO, 2005).

Observação: É importante lembrar que há múltiplos formatos de acolhimento da demanda espontânea possíveis, e que vale a pena apoiar a invenção e experimentação de diferentes modelagens pelas equipes, desde que essas tentativas sejam pactuadas e analisadas em seus efeitos, tanto pelos trabalhadores quanto pelos usuários. Este processo, entretanto, precisa se desenvolver de forma solidária por parte de todos os profissionais e de acordo com a realidade de cada unidade de saúde.

14. Avaliação de Risco

a. Situação não aguda – condutas possíveis:

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade;
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez);

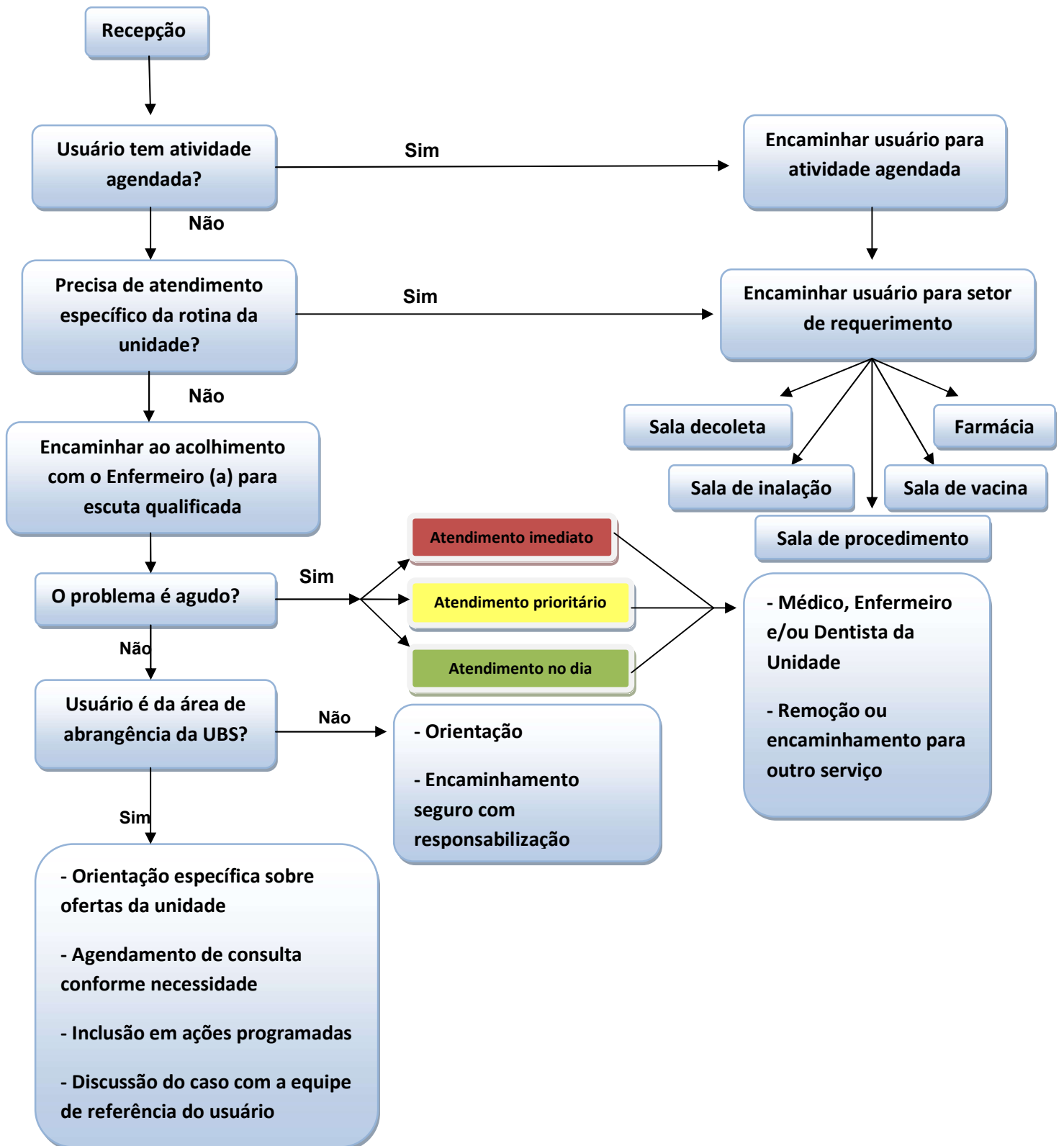
- Agendamento/programação de Intervenções.

b. Situação aguda – condutas possíveis:

- Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex: PCR, dificuldade respiratória grave, convulsão, RNC, dor severa;
- Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medida de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influência na ordem de atendimento. Ex.: crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários que necessitam de isolamento, pessoas com ansiedade significativa;
- Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou dentista, dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

A situação não aguda e os três tipos de atendimento da situação aguda podem, para fins de visualização e comunicação, ser representados por cores, a exemplo do que é feito nos protocolos de classificação de risco utilizados nos serviços de urgência. É oportuno lembrar ainda que, em qualquer situação, a vulnerabilidade deve ser considerada, com o cuidado de perceber se isso deve ser focado de imediato ou num momento posterior (se há alto risco de vida, a prioridade é a preservação da vida, obviamente).


Fluxograma dos usuários na Unidade Básica de Saúde



HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Normas e Rotinas das Unidades Básicas de Saúde	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

04. NORMAS E ROTINAS GERAIS

Definição: É um conjunto de regras e instruções para definir procedimentos, métodos e organização, que orientam os executantes no cumprimento de uma atividade.

Objetivo: Estabelecer o conjunto de normas gerais a serem observadas pelos profissionais de saúde.

Executante: Todos os profissionais das Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Descrição do procedimento:

1. Iniciar suas atividades laborais no horário estabelecido, conforme contrato de trabalho e determinação hierarquicamente superior;
2. Nos atendimentos realizados aos pacientes deverá ser respeitada a individualidade e a privacidade;
3. Os profissionais deverão utilizar avental, estando este limpo e em condições de uso;
4. Os profissionais deverão utilizar crachá de identificação;


5. As informações dadas aos pacientes e ao público em geral devem ser transmitidas de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades;
6. Ao iniciar o atendimento, o servidor deve apresentar-se ao paciente informando nome e função, além de explicar o procedimento que será realizado;
7. É preceito a todos os profissionais atuar em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde;
8. É vedada a captura de imagens dos setores, aparelhos e pacientes, exceto com autorização expressa;
9. Os profissionais deverão manter a organização de seu setor, bem como a higienização de seus instrumentos de trabalho;
10. Quanto à apresentação pessoal, o profissional deverá utilizar o uniforme fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde.
11. Ainda quanto à apresentação pessoal, o profissional deverá observar o que segue:
 - 11.1. Cabelos, quando compridos, devem ficar presos na sua totalidade;
 - 11.2. Perfumes devem ser evitados em ambientes técnicos, pois são poluentes ambientais e muitos pacientes têm intolerância a odores em função de seu estado de saúde e outros em função dos medicamentos dos quais fazem uso;
 - 11.3. Jóias, bijuterias e brincos grandes não devem ser utilizados;
 - 11.4. Adereços que possam interferir com a higiene adequada das mãos, como anéis e pulseiras, não devem ser usados;
 - 11.5. As unhas devem ser curtas e bem cuidadas. Não podem ultrapassar a extremidades dos dedos e, preferencialmente, sem conter esmaltes;
 - 11.6. Unhas postiças não devem ser utilizadas;
 - 11.7. Sapatos sempre fechados.
12. É proibido o consumo e armazenamento de alimentos nos setores técnicos e de atendimento ao usuário;
13. É proibida a aplicação de cosméticos nos setores técnicos e de atendimento ao usuário;

14. Os profissionais de enfermagem devem registrar quaisquer intercorrências ocorridas durante o turno de trabalho;
15. Zelar pelo patrimônio da pasta;
16. Tratar sempre o paciente pelo nome;
17. Todo atendimento de Enfermagem deverá ser registrado no PEC.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Normas e Rotinas das Unidades Básicas de Saúde		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

05. ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

Definição: É uma postura ética que implica na escuta qualificada do usuário em suas queixas, no processo de saúde e doença, e na responsabilização pela resolução das necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Objetivo: Humanizar o atendimento e realizar a classificação de risco, mediante protocolo e queixas dos usuários, que demandam as Unidades Básicas de Saúde, visando identificar suas necessidades de atendimento mediato ou imediato. Atentando se para uma visão ampla desse paciente.

Executante: Todos os profissionais das Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Material necessário:

- Álcool a 70%;
- Algodão;
- Equipamentos para verificação das queixas, sinais e sintomas (Estetoscópio e esfignomanômetro, glicosímetro e fita glicêmica, termômetro, oxímetro, abaixador de língua etc.);

- EPI, se necessário (jaleco/avental, máscara cirúrgica, touca, óculos de proteção, luvas de procedimento, sapato fechado etc.).


Descrição do procedimento:

1. Atender o paciente em um ambiente privativo, com ambiência permitindo o diálogo e a resolutividade do problema;
2. Observar, reconhecer e descrever motivo do comparecimento, sinais e sintomas ao nível de sua qualificação;
3. Comunicar ao enfermeiro ou médico quando o motivo for uma queixa, sinal ou sintoma para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder às necessidades humanas básicas afetadas;
4. Informar ao paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
5. O cliente que apresentar queixas clínicas deve ser avaliado pela equipe de enfermagem, enfermeiro e/ou médico;
6. O responsável pela avaliação clínica deve atender com resolutividade, seja, resolvendo o problema de maneira imediata ou agendando consultas e/ou retornos necessário;
7. Lavar as mãos antes e após o atendimento e/ou higienizar com álcool 70%.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 -SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
---	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Normas e Rotinas das Unidades Básicas de Saúde	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

06. E-SUS

Definição: É uma forma de instrumentalizar a coleta de dados na atenção primária da saúde para envio à base nacional e reúne informações para garantir a continuidade do cuidado prestado ao paciente.

Objetivo: Disponibilizar as informações referentes aos agendamentos e prontuários dos usuários do SUS.

Materiais necessários: Computador e sistema e-SUS instalado nos equipamentos da unidade.

Executante Todos os profissionais das Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Descrição do procedimento:

1. Anotações no sistema e-SUS

- 1.1. O cadastro dos pacientes deve ser atualizado por todos os profissionais, de forma sistemática;
- 1.2. Utilizar os dados constantes no e-SUS para produzir uma avaliação da situação de saúde dos pacientes;
- 1.3. A digitação da produção deve ser realizada pelo próprio profissional que efetivou o atendimento;

- 1.4. A digitação das fichas no sistema é obrigatória;
- 1.5. As informações inseridas no prontuário eletrônico devem ser executadas pelo próprio profissional, com o intuito de salvaguardar o sigilo profissional e as exatidões das considerações feitas.


2. Falhas no sistema e-SUS

- 2.1. No caso de falhas na disponibilidade do sistema e-SUS, as anotações devem ser feitas seguindo os mesmos preceitos do item anterior, mas de forma manual, contendo data, hora, assinatura e identificação do profissional responsável pelo atendimento;
- 2.2. As anotações não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
- 2.3. Deve constar no PEC a continuidade do cuidado prestado, orientação ou informação obtida;
- 2.4. As abreviações devem ter previsão oficial ou científica.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Normas e Rotinas das Unidades Básicas de Saúde	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

07. AGENDAMENTOS DE CONSULTAS E EXAMES

Definição: É o ato de reservar um horário para atendimento na agenda do profissional ou serviço de saúde.

Objetivo: Organizar a agenda de atendimento dos profissionais da unidade.

Executante: Recepcionistas, Auxiliares Administrativos, Escriturários, Assessores Técnicos, Administradores de unidade, Enfermeiros, Médicos, Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal, Dentistas, Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Descrição do procedimento:


1. Atentar-se ao nome completo, cartão SUS e data de nascimento, pois há nomes iguais, inclusive os sobrenomes;
2. Agendamento de serviços feitos na unidade:
 - 2.1. Abrir o sistema e-SUS da unidade;
 - 2.2. Selecionar o profissional pretendido;
 - 2.3. Agendar a consulta, conforme rotina administrativa e respeitando as vagas reservadas à administração e aos enfermeiros;

- 2.4. Orientar o usuário a comparecer à unidade com 15 minutos de antecedência para que o início do atendimento seja feito no horário agendado.
3. Agendamentos de serviços realizados fora da unidade:
- 3.1. Com o intento de contribuir com as especificidades do Centro de Especialidades Médicas, as guias para agendamento deste serviço devem ser encaminhadas, via malote, pela unidade de origem ao Centro de Especialidade Médicas;
- 3.2. As guias que almejam as vagas reguladas pelo Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo – SIRESP devem ser retidas pela unidade de origem e encaminhadas à Diretoria de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde;
- 3.3. As guias destinadas aos serviços de coleta terceirizados serão agendadas na recepção da unidade de origem.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 04	Data Imp.: Data Rev.:	

08. CONFERÊNCIA DOS EQUIPAMENTOS DE EMERGÊNCIA

Definição: A checagem diária dos equipamentos de emergência garante que os materiais estarão preparados e funcionando adequadamente no momento do atendimento.

Objetivo: Padronizar a checagem diária dos equipamentos de urgência e emergência.

Responsável: Enfermeiro (a)

EPI: Máscara, jaleco.

Materiais: Check-list da sala de emergência.

Descrição do procedimento:

1. Realizar diariamente, a conferência da rede de gases (fluxômetro, frasco aspirador, extensão e sonda);
2. Realizar diariamente o teste do laringoscópio, checar as pilhas, testar o funcionamento de todas as lâminas do laringoscópio (se a luz das lâminas não acenderem, realizar troca das pilhas e, se mesmo após a troca, a lâmina continuar sem funcionar, comunicar o Enfermeiro responsável e registrar em planilha específica ou livro de ocorrências);

3. Registrar o teste de funcionamento do laringoscópio na planilha específica;
4. Realizar a conferência do lacre do material de emergência (carro ou caixa de emergência), caso esteja rompido, conferir todos os itens e fazer anotação na planilha ou livro de registro sobre o que foi encontrado e realizado, bem como comunicar o Enfermeiro Responsável;
5. Registrar o número do novo lacre no impresso do carrinho de emergência;
6. Verificar diariamente, funcionamento do Desfibrilador Externo Automático (DEA) e registrar no impresso específico;
7. Conferir se a bolsa válvula máscara está funcionando adequadamente;
8. Verificar armários e gavetas da sala se não há falta ou excesso de materiais;
9. Realizar a reposição dos materiais de emergência se necessário;

Observação: A conferência do laringoscópio deverá ocorrer diariamente, é necessário sempre deixar duas pilhas reservas junto ao laringoscópio.

Planilha 01



Prefeitura Municipal de Arujá
Secretaria de Saúde e bem estar animal

Conferência diária de equipamentos sala de emergência

UBS:


Mês/Ano:

Dia	Lacre	Laringoscópio	DEA	ECG	O2	Aspirador	Profissional
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 05	Data Imp.: Data Rev.:	

09. CONFERÊNCIA DO CARRO DE EMERGÊNCIA

Definição: É a verificação de todos os medicamentos e materiais existentes no Carro/Caixa de emergência.

Objetivo: Conferir mensalmente e sempre que necessário, a validade dos medicamentos e materiais de emergência, assim como providenciar a substituição dos mesmos.

Responsável: Enfermeiro (a)

EPI: Jaleco.

Materiais: Check-list do carro de emergência.

Descrição do procedimento:

1. Verificar mensalmente a presença e o número do lacre antes de abrir o carro/caixa de emergência para conferência;
2. Verificar mensalmente a data de validade dos materiais e medicações (ou após atendimento de urgência/emergência), repondo o que foi utilizado;
3. Retirar mensalmente todos os itens e limpar o carro/caixa com compressa ou pano limpo umedecido com álcool a 70%;
4. Verificar a data de validade da desinfecção do circuito respiratório, laringoscópios e bolsa válvula máscara. Após a desinfecção, alocar no mesmo

local de guarda;


5. Observar a validade dos medicamentos e materiais e retirar aqueles com data de validade a vencer em até 30 dias, a contar da data que a inspeção/reposição está sendo realizada. Na planilha de controle do carro de emergência deverá constar em destaque os medicamentos e materiais com data de validade a vencer em até 90 dias;

6. Repor todos os itens, lacrar o carro/caixa de emergência, preencher e assinar a planilha “Conferência do carro de emergência”.

Observações:

- Após a utilização do carro/caixa de emergência, a reposição dos medicamentos e materiais deve ser realizada imediatamente;
- Na falta de qualquer item o carro/caixa deve ser lacrado normalmente, realizar registro da falta do item na planilha e comunicar o Enfermeiro responsável;
- A Conferência deve ser realizada mensalmente e sempre que o lacre for rompido.

Tabela 2

 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ Secretaria de Saúde e bem estar animal CONFERÊNCIA MENSAL DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA				
UBS:				
MÊS/ANO: Motivo da abertura: () Intercorrência () Conferência mensal				
Material	Qtd Padrão	Qtd Atual	Lote	Validade
Cadarço	02			
Canula de guedel n°2	01			
Canula de guedel n°3	01			
Canula de guedel n°4	01			
Canula de guedel n°5	01			
Cateter nasal tipo óculos	01			
Fio guia/Mandril	02			
Gaze estéril	10			
Lidocaína gel	01			
Luva estéril n° 7,0	02			
Luva estéril n° 7,5	02			
Luva estéril n° 8,0	02			
Máscara de nebulização infantil	03			
Máscara de nebulização adulto	03			
Agulha 40x12	10			
Agulha 30x8	10			
Agulha 30x7	10			
Agulha 13x4,5	10			
Bisturi n°21	02			
Cateter periférico n° 20	03			
Cateter periférico n° 22	02			
Cateter periférico n° 24	02			
Sonda uretral N° 12	01			
Sonda de aspiração n°12	05			
Canula endotraqueal n° 4,0	02			
Canula endotraqueal n° 5,0	02			
Canula endotraqueal n° 6,0	02			
Canula endotraqueal n° 7,0	02			
Canula endotraqueal n° 7,5	02			
Canula endotraqueal n° 8,0	02			
Bolsa válvula máscara infantil	01			
Bolsa válvula máscara adulto	01			
Umidificador	01			
Micropore	01			
Esparadrapo	01			
Equipo macrogotas	03			
Torneirinha	02			
Scalp n° 25	02			


Scalp n°19	2			
Scalp n°23	2			
Seringa 3 ml	3			
Seringa 5 ml	3			
Seringa 10ml	3			

Data: _____ **Nome/Carimbo:** _____ **Lacre:** _____

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

10. ABERTURA DE PRÉ-NATAL

Definição: O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Objetivo: Realizar a captação precoce da gestante para abertura do pré-natal.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro (a)

EPI: Máscara, avental.

Materiais: Teste de Pregnosticon com resultado positivo, documentação de abertura do pré-natal, carteira de gestante.

Descrição do procedimento:


1. Usuária com Teste Imunológico de gravidez positivo é direcionada para abertura de Pré-Natal. Auxiliar/Técnico de enfermagem realiza aferição de pressão arterial, verifica peso e estatura, direciona usuária para primeira consulta de Pré-Natal com enfermeiro no mesmo dia;

2. Enfermeiro deve solicitar a realização, no mesmo dia, de Testes Rápidos de HIV, Sífilis, Hepatite B e C; solicitar a Carteira de Vacina e checar o esquema vacinal, se a gestante não tiver no momento com o documento, pedir que traga na próxima consulta, ou se ela não tiver carteira de vacinação, encaminha para a sala de vacina para providenciar;
3. Solicitar os exames necessários para o 1º trimestre de Gestação, explicando sobre o jejum necessário para a coleta;
4. No caso de gestante que necessite de atualização da caderneta de vacina, orientá-la que realize a atualização vacinal após a coleta de exames do primeiro trimestre;
5. Calcular a Data Provável do Parto (DPP) e Idade Gestacional de acordo com a Data da Última Menstruação (DUM);
6. Preencher a Carteirinha da Gestante com a maior quantidade de informações possíveis e entregar à paciente;
7. Orientar a gestante sobre: cuidados alimentares, ingesta hídrica adequada, cuidados gerais com a pele e o corpo, orientar estimular caminhada e outras atividades físicas leves. Sanar dúvidas que a gestante possa ter;
8. Convidar para o grupo de gestantes;
9. Estimular parceiro a participar do Pré-Natal, se esse for o desejo da gestante;
10. Oferecer Testes Rápidos de HIV e Sífilis para o parceiro;
11. Encaminhar para Avaliação Odontológica;
12. Agendar retorno para a próxima consulta;
13. Realizar sistematização da assistência de enfermagem no prontuário eletrônico de acordo com o método SOAP.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

11. EXAME DE STREPTO B EM GESTANTES

Definição: O Streptococcus é uma bactéria que pode colonizar a vagina, o intestino e o reto. Normalmente não causa nenhum tipo de sintoma, mas no caso da gestante pode ser transmitida ao bebê na hora do parto, podendo causar infecções no Recém Nascido como Pneumonia, Meningite e Septicemia. O exame consiste na coleta de secreção vaginal e anal, devendo ser realizado entre 35 e 37 semanas de gestação. A mulher deverá vir para coleta sem ter tomado banho e sem ter evacuado no dia do exame, caso a gestante tenha tomado banho pela manhã, pode-se proceder à coleta do exame no final da tarde.

Objetivo: Padronizar a coleta de exame de pesquisa de Streptococcus em gestantes.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro (a)

EPI: Avental, óculos de proteção, luvas de procedimento, máscara cirúrgica.

Materiais: Maca ginecológica, lençol de maca, luva de procedimento, Swab estéril.

Descrição do procedimento:**Coleta de exame - secreção vaginal**

1. Explicar para a paciente como será realizada a coleta do exame;
2. Separar o material;
3. Posicionar a gestante em posição ginecológica;
4. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
5. Realizar a inspeção da região perianal. Afastar os grandes e pequenos lábios com uma das mãos e introduzir o Swab (2,0cm) no intróito vaginal com a outra mão, fazer movimentos rotatórios por toda a parede vaginal;
7. Introduzir o Swab no meio de cultura (amies).


Coleta de exame - secreção anal:

1. Introduzir o Swab em região anal, aproximadamente 0,5 cm;
2. Realizar movimentos rotatórios;
3. Introduzir o Swab no meio de cultura (amies).

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão		CODIFICAÇÃO 01
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP	
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:

12. HIGIENE SIMPLES DAS MÃOS

Definição: É o simples ato de higienizar as mãos com água e sabão preferencialmente neutro podendo em algumas situações utilizar anti-séptico.

Objetivo: Remover microrganismos da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade e a proliferação de micro-organismos.

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de Enfermagem, Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal, Dentista e Médico.

Descrição do procedimento:

1. Retirar os adornos (anéis, pulseiras, relógio) das mãos e antebraços;
2. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia;
3. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
4. Ensaboar as palmas das mãos friccionando-as entre si;
5. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
6. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
7. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai-e-vem e vice-versa;

8. Esfregar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
9. Friccionar as polpas dos dedos digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
10. Esfregar o punho esquerdo, com auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
11. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão, no sentido dos dedos para os punhos. Evitar contato das mãos ensaboadas com a torneira;
12. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.

Observações: A duração de todo o procedimento deve durar de 40 a 60 segundos. Os momentos certos para higienização das mãos são os seguintes:


Cinco momentos para a higienização das mãos

1. Antes de contato com o usuário;
2. Antes da realização de qualquer procedimento;
3. Após realização de qualquer procedimento ou exposição a fluidos corporais;
4. Após contato com o usuário;
5. Após contato com mobília utilizada para tratamento, pertences e documentos referentes ao usuário.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

13. FRICÇÃO ANTI-SÉPTICA DAS MÃOS COM ÁLCOOL

Definição: É o simples ato de higienizar as mãos com álcool gel.

Objetivo: Garantir a higienização das mãos ao reduzir a carga microbiana prevenindo a transmissão de infecção.

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de Enfermagem, Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal, Dentista e Médico.

Material necessário: Álcool em gel a 70%

Descrição do procedimento:

1. Retirar os adornos (anéis, pulseiras, relógio) das mãos e antebraços;
2. Aplicar o Álcool Gel a 70 % nas mãos secas e em concha, friccionando-as no mínimo de 20 a 30 segundos conforme a sequência:
 - 2.1. Palma contra palma, realizando movimentos circulares;
 - 2.2. Palma direita sobre o dorso da mão esquerda com os dedos entremeados e vice-versa;
 - 2.3. Palma contra palma, friccionando a região interdigital com os dedos entremeados;
 - 2.4. Dedos semi-fechados, em gancho da mão esquerda contra a mão direita e vice-versa;
 - 2.5. Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa;


- 2.6. Movimento circular para frente e para trás friccionando as polpas digitais e unhas da mão direita sobre a palma da mão esquerda e vice-versa;
- 2.7. Esfregar os punhos de uma mão com o auxílio da outra.
3. Com as mãos secas considera-se o procedimento finalizado.

Observações: Esta técnica pode substituir a higienização com água e sabonete líquido desde que as mãos não estejam visivelmente sujas.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

14. TÉCNICA DE CALÇAR AS LUVAS ESTÉREIS

Definição: A luva estéril é indicada para procedimentos cirúrgicos, procedimentos invasivos e em curativos que necessitem de técnica estéril na ausência de pinças estéreis.

Objetivo: Garantir a proteção individual do profissional de saúde, prevenir a contaminação dos materiais estéreis, procedimentos cirúrgicos, invasivos e a transmissão de infecções.

Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem, Técnico/Auxiliar de Saúde Bucal, Dentista e Médico.

Material necessário: Luva estéril de tamanho adequado, papel toalha, pia com torneira e água limpa e sabão líquido.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
2. Selecionar o tamanho correto da luva a ser utilizada, examinando a integridade da embalagem e a data de validade;
3. Abrir a embalagem externa da luva estéril, descartando-a no lixo reciclável;


4. Colocar a embalagem interna com a luva estéril em cima do balcão ou pia de inox, que deverão estar higienizados;
5. Abrir a embalagem interna da luva estéril utilizando a aba própria;
6. Segurar, com o indicador e polegar da mão não dominante, a aba dobrada no punho da luva e introduzir a mão dominante, calçando-a sem tocar na parte estéril da luva, que deverá estar com os dedos direcionados para baixo;
7. Estique a palma da mão enluvada com o polegar abduzido e introduza os quatro dedos da mão entre a dobra da aba da outra luva. Permaneça segurando-a e promovendo a abertura do espaço para introduzir a outra mão;
8. Após a colocação da segunda luva, ajustar as luvas, entrelaçar as mãos acima do nível do punho. Os punhos da luva costumam descer após a aplicação. Certificar-se de tocar somente os lados estéreis;
9. Ter o cuidado de não tocar em nenhuma parte do corpo e/ou objetos após o calçamento das luvas para evitar a contaminação, podendo cruzar as mãos até que se realize algum procedimento;
10. Retirar as luvas estéreis, após o uso, pela borda externa da luva da mão não dominante em direção à ponta dos seus dedos até que a luva se dobre. Pegue cuidadosamente a dobra e puxe em direção às pontas dos seus dedos. À medida que puxar você colocará a luva ao avesso. Continue puxando a dobra até que a luva esteja quase que totalmente removida, mantendo-a segura na palma da mão dominante;
11. Escorregue o dedo indicador da mão sem luva por baixo da luva que permanece. Continue a inserir seu dedo em direção à sua ponta até que quase metade do dedo esteja sob a luva. Gire o seu dedo a 180° e puxe a luva ao avesso e em direção à ponta dos seus dedos. À medida que fizer isso, a primeira luva será contida dentro da segunda luva. O lado interno da segunda luva também será virado ao avesso;
12. Pegue as luvas firmemente por meio da superfície não contaminada e as despreze na lixeira de resíduo contaminado (saco branco).

Observações: O uso das luvas não substitui a higiene das mãos, o que deve ocorrer antes e após o procedimento supra.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

15. COLOCAÇÃO E RETIRADA DE AVENTAL OU CAPOTE

Definição: É o ato de colocar e retirar o avental com técnica asséptica, garantindo a proteção individual e prevenindo a contaminação de materiais estéreis.

Objetivo: Garantir a proteção individual do profissional de saúde, prevenir a contaminação dos materiais estéreis, procedimentos cirúrgicos, invasivos e a transmissão de infecções.

Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem, Técnico/Auxiliar de Saúde Bucal, Dentista e Médico.

Descrição do procedimento:

Colocação:

1. Vista o avental ou capote primeiramente pelas mangas, ajustando as amarras nas costas e cintura;
2. Certifique-se de que o tronco esteja totalmente coberto, bem como os braços e os punhos.

Retirada:


1. Abra as tiras e solte as amarras;
2. Empurre pelo pescoço e pelos ombros, tocando apenas a parte interna do avental/capote;
3. Retire o avental/capote pelo avesso e descarte-o em recipiente apropriado;

4. Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

16. COLOCAÇÃO E RETIRADA DE MÁSCARA CIRÚRGICA

Definição: É o ato de colocar e retirar a máscara cirúrgica garantindo a prevenção individual, transmissão de infecções e a contaminação de materiais estéreis.

Objetivo: Garantir a proteção individual do profissional de saúde, prevenir a contaminação dos materiais estéreis, procedimentos cirúrgicos, invasivos e a transmissão de infecções.

Executante: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem, Técnico/Auxiliar de Saúde Bucal, Dentista e Médico.

Descrição do procedimento:

Colocação:

1. Verifique se a máscara não está danificada;
2. Utilize o Clip nasal como referência para identificar a parte superior;
3. Coloque a máscara de maneira que cubra nariz e boca, ajuste-a evitando deixar espaço entre o rosto e a máscara.

Observações: Deve-se evitar tocar na parte frontal da máscara. Troque a máscara quando estiver úmida.


Retirada:

1. Segure as alças inferiores e depois as alças ou elásticos superiores e remova-a e descarte-a na lixeira (lixo infectante);
2. Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enf ^a Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enf ^a Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 04	Data Imp.: Data Rev.:	

17. CURATIVO

Definição: É um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de material sobre uma ferida para sua proteção, absorção e drenagem, com o intuito de melhorar as condições do leito da ferida e auxiliar em sua resolução.

Objetivo: Realizar a técnica adequada de limpeza da lesão de maneira que favoreça o processo de cicatrização da pele e prevenção de contaminação ou infecção.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem com supervisão do enfermeiro

Materiais:

1. Soro fisiológico (0,9%);
2. Álcool a 70%;
3. Clorexidine degermante, se necessário;
4. Agulha 40X12;
5. Seringa 20ml;
6. Gases não estéreis e estéreis, chumaço de gaze estéril;
7. Luva de procedimento;
8. Protetor para a cama ou balde da casa a ser utilizado somente para esta finalidade;

9. Bacia de inox;
10. Saco plástico para proteger a bacia de inox;
11. Saco plástico para lixo (cor branca);
12. Coberturas diversas de acordo ao protocolo;
13. Faixa crepe de tamanhos previamente avaliados (10 cm, 15 cm, 20 cm);
14. Fixadores do tipo micropore, fita adesiva ou similar;
15. Protetores cutâneos;
16. Bisturi e ou Tesoura (mayo e íris);
17. Pinça Kelly, pinça anatômica e ou pinça mosquito.

Descrição do procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Preparar o material;
3. Orientar o usuário sobre o procedimento;
4. Aquecer o soro;
5. O material e levá-lo para próximo do usuário;
6. Explicar ao usuário o que será realizado;
7. Colocar o usuário na posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
8. Proteger o local dos líquidos que serão escorridos na limpeza da lesão (protetor para cama ou balde, ou bacia de inox com protetor plástico);
9. Escolher um local limpo (ou limpar) e adequado para abrir os materiais a serem utilizados;
10. Abrir o material a ser utilizado, com técnica asséptica;
11. Calçar luvas para procedimentos;
12. Remover o curativo anterior, utilizando solução fisiológica se houver aderência;
13. Jogar o curativo anterior e as luvas no lixo;
14. Calçar novas luvas para procedimentos;
15. Inspeccionar cuidadosamente a ferida e os tecidos adjacentes;
16. Limpar a lesão com jato de soro, de acordo com os princípios de limpeza e secar a pele ao redor;
17. Aplicar o curativo selecionado/prescrito e cobrir;
18. Cobrir e fixar;

19. Datar e assinar o curativo;
20. Remover as luvas e todo material que não se aproveita, jogando-os no lixo;
21. Remover e acondicionar todo o material utilizado em local adequado;
22. Registrar o procedimento: (instrumento de produção e prontuário do usuário).

Considerações:

Quando o usuário apresentar mais de uma lesão, a realização dos curativos deve seguir a mesma orientação para o potencial de contaminação: do menos contaminado, para o mais contaminado.

Antes de iniciar a limpeza da úlcera, remover a cobertura anterior, de forma não traumática. Se a cobertura primária for de gaze, irrigar abundantemente com soro fisiológico, para que as gazes se soltem sem ocasionar sangramento.

A despeito da técnica limpa, é recomendado o uso de luvas de procedimento e instrumentais estéreis, somados aos princípios de assepsia, o que inclui o ambiente e as mãos. Tal técnica pode ser denominada como não estéril.

Orientação dispensada ao doente e família/cuidador em relação:

- Aos cuidados com o curativo (evitar sujidades);
- À periodicidade de troca e incentivo ao auto-cuidado;
- Às atividades da vida diária;
- À necessidade de completar o registro dos dados e das condutas adotadas e executadas.

IMPORTANTE:


1. Cobertura primária é a que permanece em contato direto com a ferida;
2. Cobertura secundária é a cobertura seca colocada sobre a cobertura primária;
3. A troca do curativo será prescrita de acordo com a avaliação da ferida e o tipo de cobertura utilizada;
4. Proceder à desinfecção da bandeja ou mesa auxiliar após a execução de cada curativo, com álcool a 70%;

5. O protetor plástico da bacia inox deverá ser desprezado / conteúdo líquido em local apropriado e após desprezar no lixo;
6. Após cada curativo, encaminhar o material usado ao expurgo da unidade;
7. O lixo deverá estar próximo do local onde realiza o procedimento para o descarte da sujidade de forma que não necessite ser manipulado durante o mesmo;
8. Quando na realização de curativos em Feridas Cirúrgicas e Traumáticas: Consultar o Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e Pé Diabético;
9. Caso a sala não tenha condições físicas de acomodar os insumos descritos, deverá ser providenciado à melhor forma de se adequar ao ideal.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

18. APLICAÇÃO DE BOTA DE UNNA

Definição: A compressão é a terapia indicada para diminuir edema, reduzir a dor e melhorar a hemodinâmica venosa dos membros inferiores - MMII. Dentre essas terapias destaca-se a Bota de Unna, indicada para o tratamento de úlceras venosas e edema linfático de MMII. A Bota de Unna deve ser prescrita pelo médico, (generalista ou especialista), podendo ser aplicada pelo Enfermeiro ou Técnico e Auxiliar de Enfermagem, habilitados por treinamento. O Auxiliar e Técnico de Enfermagem devem estar sob supervisão do enfermeiro (Parecer do COREN nº 007/2013).

Objetivo: Estabelecer os procedimentos a serem seguidos para aplicação de Bota de Unna.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro (a) e Auxiliar/Técnico de enfermagem com a supervisão do Enfermeiro.

EPI: Jaleco, luvas, óculos de proteção, máscara.

Materiais: Bota de Unna, gaze estéril, vaselina, AGE - Ácido graxo essencial, Soro Fisiológico 0,9%, fita adesiva, atadura de crepe.

Descrição do procedimento:


1. Higienizar as mãos;
2. Separar os materiais e aproximá-los do paciente;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado;
4. Posicionar o paciente deitado em decúbito dorsal, elevar o membro que será aplicado a bota, por pelo menos 15 minutos;
5. Expor o local onde será aplicada a bota de Unna, manter a privacidade do paciente;
6. Abrir pacotes de gazes;
7. Calçar luvas;
8. Limpar a lesão e pele peri-lesão com Soro Fisiológico 0,9%;
9. Secar região ao redor da lesão com gazes;
10. Aplicar cobertura primária, conforme prescrição do enfermeiro;
11. Realizar hidratação da pele íntegra, em caso de ressecamento, com vaselina ou AGE;
12. Iniciar a aplicação da bota da posição distal para proximal (do pé para o joelho), inicie na região metatársica, deixando dedos para fora da bota, utilizando técnica em que sobreponha em 50% na direção tibial em cada fileira, não estique ou puxe a bota, ela se tornará rígida após a secagem;
13. Realizar enfaixamento até chegar a 2 cm abaixo do joelho, na tuberosidade tibial;
14. Após término da passagem da bota realizar enfaixamento com atadura e fixar com fita adesiva ou esparadrapo;
15. Orientar paciente que não poderá molhar a bota, utilizar saco plástico para proteger membro ao tomar banho;
16. Orientar retorno conforme prescrição do enfermeiro (a bota de Unna pode permanecer por até 07 dias) e retorno se sinais de alerta como: aumento importante da dor, edema do membro, dedos pálidos ou azulados ou perda de sensibilidade nos dedos dos pés.
17. Programar trocas do curativo secundário conforme necessidade pela quantidade de exsudato;
18. Organizar o setor;
19. Higienizar as mãos;
20. Realizar anotação de enfermagem no prontuário eletrônico.

Importante: Nunca volte o enfaixamento da Bota para a região distal (para baixo), corte o restante da Bota ao chegar a 2 cm abaixo do joelho. Em caso de ferida exsudativa, colocar gazes no local da ferida por cima da bota.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

19. RETIRADA DE PONTOS

Definição: Consiste nos cuidados durante o procedimento de retirada de fios, colocados para aproximar as bordas de uma lesão.

Objetivo: Retirar os pontos cirúrgicos após o processo de cicatrização.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro e Auxiliar/Técnico de Enfermagem com supervisão do Enfermeiro

Materiais:

1. Tesoura de Íris ou Spencer;
2. Gazes (estéril);
3. Pinça Kelly ou anatômica ou dente de rato ou Kocher (pacote de retirada de pontos);
4. Luvas para Procedimento;
5. Soro Fisiológico 0,9%;
6. Antisséptico do tipo Clorexidine aquosa a 2%;
7. Avental.

Descrição do procedimento


1. Orientar o usuário sobre o procedimento;
2. Higienizar as mãos;

3. Preparar o material (abrir pacote de retirada de ponto usando técnica asséptica e colocar o cabo das pinças voltadas para a borda proximal do campo);
4. Expor a área;
5. Realizar anti-sepsia do local de retirada dos pontos (umedecer a gaze com clorexidine, fazer a limpeza do local a partir da incisão cirúrgica - área menos contaminada e após umedecer outra gaze com SF 0,9% promovendo a limpeza da forma como explicada anteriormente) Se a ferida estiver limpa, deverá ser iniciada a limpeza no sentido de dentro para fora;
6. Segurar com a mão dominante o ponto cirúrgico, cortando-o com a mão não dominante;
7. Tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo, com a tesoura ou bisturi, em um dos lados junto à pele;
8. Colocar os pontos, já cortados, sobre uma gaze e desprezá-los na bandeja auxiliar ou saco de lixo branco leitoso.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

20. TESTE DE GLICEMIA CAPILAR

Definição: Procedimento que consiste na punção da face lateral da falange distal, onde é coletada uma amostra de sangue capilar para detectar o nível glicêmico do indivíduo.

Objetivo: Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital, verificada em aparelhos próprios para esse fim.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem

Materiais:

1. Cuba com algodão para limpeza e álcool a 70%, ou Swab com álcool. A melhor técnica é pedir para o usuário lavar e secar bem as mãos;
2. Selecionar o material de coleta: monitores portáteis de glicose ou glicosímetro de acordo com a padronização SMS, lanceta descartável com proteção, ou seja, lancetas com dispositivos de segurança para o profissional não correr risco de entrar em contato com a ponta da agulha. Monitores portáteis de glicose (são rápidos e fáceis para medir a glicose, permitindo seu uso em larga escala e no auto-monitoramento da glicemia em jejum);

3. Luvas para procedimento;
4. Monitores portáteis de glicose são rápidos e fáceis para medir a glicose, permitindo seu uso em larga escala e no auto-monitoramento da glicemia em jejum.

Descrição do procedimento:

1. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento que será realizado, lembrando que apesar de baixo risco que ele oferece, há sempre o desconforto decorrente da perfuração necessária para obter a gota de sangue;
2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
3. Calçar luvas de procedimento;
4. Ligar o glicosímetro e introduzir a tira reagente, conforme orientação do fabricante;
5. Fazer anti-sepsia da falange distal que será puncionada com algodão levemente embebido em álcool a 70% e deixar secar completamente antes de iniciar o teste;
6. Puncionar a face lateral da polpa digital do dedo com a lanceta ou agulha, sem ordenhar o local da punção;
7. Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente para absorção;
8. Realizar leve compressão no local puncionado com algodão seco;
9. Desprezar imediatamente após o uso a lanceta na caixa de perfuro cortante;
10. Aguardar o resultado pelo glicosímetro;
11. Desprezar a fita reagente em lixo infectante;
12. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
13. Em caso de alteração comunicar o resultado ao médico ou enfermeiro responsável;
14. Realizar anotação de enfermagem no prontuário.


Observações:

- Certificar-se de que a tira esteja dentro da validade;
- Atentar para a calibragem do aparelho e comparar o código do aparelho com o código do frasco das tiras reagentes;
- O frasco onde estão as tiras reagentes devem estar hermeticamente fechados;
- Nos recém-nascidos, lactentes e crianças que não deambulam pode-se realizar a punção com a lanceta do lado externo do calcanhar;
- Existem várias marcas e modelos de glicosímetros. Consulte sempre o manual de instruções e siga suas orientações.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

21. TESTE DE GRAVIDEZ

Definição: Exame mais comumente feito com a finalidade de detectar a presença ou ausência do hormônio gonadotrofina coriônica liberado na implantação do embrião. Geralmente realizado após o 10º dia de atraso menstrual para detectar a gravidez (seguir orientação do fabricante do teste).

Objetivo: Nortear e padronizar o teste, com o intuito de identificar precocemente a gestação.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro e Auxiliar/Técnico de enfermagem

Materiais: Luvas de procedimento, jaleco, máscara cirúrgica, frasco coletor ou copo descartável, e tira reagente.

Descrição do procedimento:

1. Perguntar à paciente a data da última menstruação;
2. Se período maior ou igual há 10 dias, explicar o procedimento, se período menor orientar a retornar para realização de TIG a partir de 10 dias de atraso menstrual;
3. Entregar o copo descartável para coleta da amostra de urina;
4. Encaminhar a paciente para o banheiro, desacompanhada;

5. Orientar realizar higiene íntima, desprezar o primeiro e o último jato e a coletar aproximadamente dois dedos de urina;
6. Calçar luvas;
7. Receber o material;
8. Abrir a embalagem e retirar a tira teste que deve ser utilizada de imediato;
9. Mergulhar a extremidade da tira na urina conforme indicado nas setas;
10. Após 08 segundos retire a tira da urina e coloque em uma superfície plana;
11. Realizar leitura do resultado entre 5 e 7 minutos;
12. O auxiliar de enfermagem deve anotar resultado do teste em prontuário e encaminha para atendimento do Enfermeiro;
13. Se resultado positivo, o Enfermeiro deverá realizar a primeira consulta de pré-natal;
14. Em caso de teste negativo orientar repetir teste em 07 dias;
15. Se continuar teste negativo solicitar BHCG sanguíneo;
16. Persistindo o atraso menstrual e teste negativo solicitar agendamento de Consulta Médica.


Observações:

- A leitura do teste deve seguir as orientações do fabricante da tira reagente;
- Os testes podem ser realizados durante todo o dia, desde que após 3 horas da última micção.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 04	Data Imp.: Data Rev.:	

22. COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO

Definição: É um exame realizado para detectar alterações nas células do colo do útero. Este exame também pode ser chamado de esfregaço cervicovaginal e colpocitologia oncótica cervical.

Objetivo: Detectar alterações celulares no colo do útero e padronizar o procedimento de coleta de material citopatológico de colo uterino.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro.

Materiais: Luvas de procedimento, avental, máscara, maca ginecológica, lençol descartável, lâmina de vidro com extremidade fosca, caixa para acomodar o material coletado, etiqueta para identificar amostra, espátula de Ayres, escova cervical, espéculo descartável, solução fixadora spray, luva de procedimento, lápis grafite, ficha de solicitação de CO, caderno de controle de coleta, foco de luz.

Descrição do procedimento:

1. Orientar a mulher sobre o procedimento que será realizado e esclarecer dúvidas com o objetivo de diminuir a ansiedade;

2. Certificar-se de que a mulher realizou o preparo adequado para a coleta do exame;
 - Abstinência sexual idealmente por 72 horas antes da coleta, mas pelo menos 24 horas sem relação sexual;
 - Não estar menstruada, o ideal é coletar após 5 dias do término da menstruação;
 - Não ter feito uso de medicações vaginais por, pelo menos, 48 horas antes da coleta.
3. Realizar a anamnese e preencher o formulário do exame citopatológico;
4. Registrar os dados no prontuário;
5. Registrar dados da coleta no livro digital ou caderno de controle de CO;
6. Identificar na parte fosca da lâmina, com lápis, as iniciais da paciente e o número da etiqueta;
7. Identificar a caixa da lâmina com a etiqueta e dados da paciente;
8. Identificar com a etiqueta a ficha de solicitação do exame de CO;
9. Encaminhar paciente ao banheiro, solicitar que esvazie a bexiga, retire a parte de baixo da roupa e vista avental descartável;
10. Acomodar paciente na maca em posição ginecológica;
11. Higienizar as mãos;
12. Calçar as luvas;
13. Posicionar o foco de luz;
14. Inspeccionar genitália externa;
15. Escolher o tamanho do espéculo adequado ao tamanho da vagina da paciente;
16. Introduzir o espéculo, na posição vertical, inclinado levemente a um ângulo de 15 graus e após iniciada a introdução realizar rotação de 90 graus, em posição transversa, para que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal;
17. Após terminar de introduzir o espéculo abrir lentamente e com delicadeza o mesmo para que o colo do útero fique exposto;
18. Coletar o material da ectocérvice utilizando espátula de Ayres. Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando a firmemente, fazendo uma raspagem em movimento rotativo de 360° em

torno de todo o orifício cervical, para que toda superfície do colo seja raspada;

19. Realizar esfregação utilizando 2 terços do espaço disponível na lâmina;
20. Realizar coleta da endocérvice introduzindo a escova e fazendo movimento giratório de 360° percorrendo todo o contorno do orifício cervical;
21. Realizar esfregação utilizando um terço do espaço disponível da lâmina;
22. Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20 cm, acondicionar a lâmina na caixa porta lâminas e armazenar;
23. Fechar o espéculo e retirá-lo, auxiliar paciente a descer da maca, solicitar que a mesma se troque, orientar entrega de resultado de exame e concluir a consulta;
24. Higienizar as mãos;
25. Realizar registro no prontuário eletrônico.


Observações:

- O preenchimento da requisição pode ser feito pelo Auxiliar/Técnico de Enfermagem, a coleta da citologia oncótica é um procedimento privativo do Enfermeiro;
- A coleta em gestantes pode ser realizada, a rotina de rastreamento é a mesma das mulheres não grávidas. Na coleta de gestantes não se utiliza a escova endocervical, realizado exclusivamente coleta de ectocérvice com espátula de Ayres;
- A coleta em mulheres que nunca tiveram relação sexual deve ser realizada exclusivamente pelo médico.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

23. TESTE DO PEZINHO

Definição: É um exame realizado para diagnóstico precoce de doenças congênitas com sintomatologia inespecífica ou assintomática no período neonatal.

Objetivo: Padronizar a realização do teste do pezinho e detectar as seguintes doenças: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo congênito, Hemoglobinopatias (dentre elas a doença falciforme), Fibrose cística, Hiperplasia Adrenal congênita, Deficiência de Biotinidase.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro e Auxiliar/Técnico de enfermagem

Materiais: Álcool a 70º, lanceta, papel filtro, algodão, esparadrapo.

Descrição do procedimento:


1. Preparar o material;
2. Higienizar as mãos;
3. Calçar as luvas de procedimento;
4. Identificar o local da punção;
5. Massagear o calcanhar;

6. Limpar a área a ser puncionada;
7. Friccionar a perna para afluir sangue para o pé;
8. Puncionar o local;
9. Permita a formação de uma grande gota de sangue
Obs.: Não faça ordenha, pois libera plasma do tecido diluindo o sangue;
10. Encoste a gota no centro do círculo do papel filtro e deixe o sangue preencher completamente o círculo. Observe o verso do papel para ter certeza de que foi impregnado até a parte posterior;
11. Espere uma nova gota e repita o mesmo procedimento até preencher os demais círculos;
12. Uma vez concluída a coleta de sangue, pressione a área puncionada com um algodão limpo;
13. O sangue depois de seco deve estar homogêneo e apresentar uma coloração amarronzada;
14. Colocar para secar;
15. Ao coletar, o papel filtro deve ficar em temperatura ambiente, longe do sol por cerca de 3 horas, uma amostra isolada da outra, na posição horizontal, para manter a distribuição homogênea do sangue;
16. Após secagem, devem ser envoltas em papel alumínio para evitar a umidade colocar todas as amostras em um saquinho plástico na geladeira, preferencialmente protegido por um recipiente plástico;
17. O encaminhamento das amostras a Vigilância Epidemiológica deve ser feito no máximo em 05 dias para a realização dos testes. Preencher completamente os dados do papel filtro e enviar cópia da DNV e caso seja re-coleta enviar também o resultado anterior.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 04	Data Imp.: Data Rev.:	

24. ELETROCARDIOGRAMA

Definição: É a transmissão de impulsos cardíacos a uma representação gráfica, que registra a atividade elétrica do coração e identifica alterações.

Objetivo: Identificar alterações cardiológicas e padronizar o procedimento, com o intuito de registrar o ECG com traçado correto, nítido, sem interferência e com identificação completa.

Responsável: Enfermeiro (a)

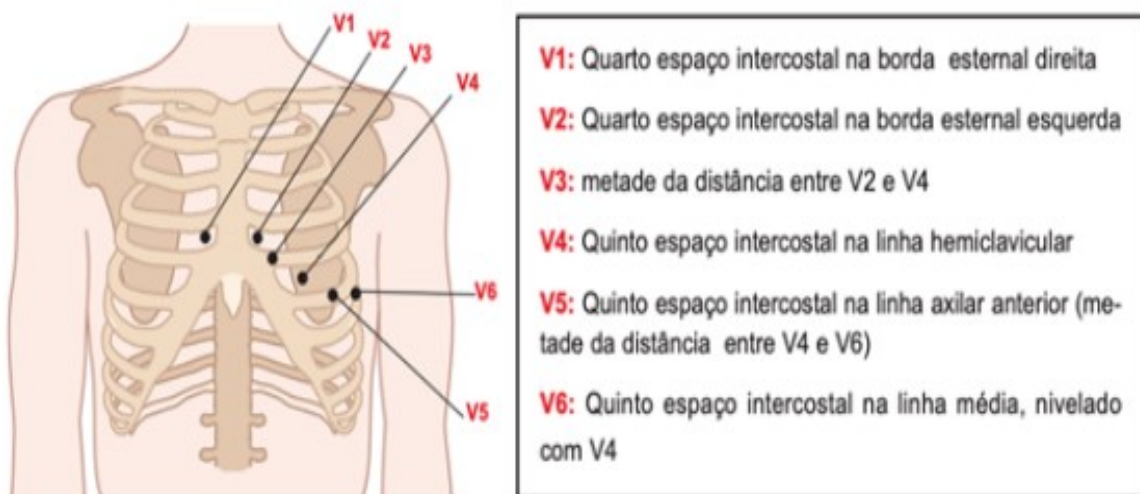
Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem

Materiais: Luvas de procedimento, avental, eletrocardiógrafo, álcool 70%; eletrodos reutilizáveis com ventosa e Clamps plásticos e/ ou eletrodos descartáveis, papel toalha, gaze ou algodão seco, lençol descartável, papel para registro do exame, gel hidrossolúvel.

Descrição do procedimento:

1. Conferir se o aparelho está em funcionamento, conforme instruções do fabricante;
2. Calibrar o aparelho, conforme instruções do fabricante;

3. Oriente o paciente sobre o procedimento e a necessidade de relaxar, deitar-se, respirar normalmente, não falar e nem se mexer durante o procedimento. Além disso, deverá retirar objetos de metal;
4. Instruir o paciente a deitar na maca em decúbito dorsal, mas se o paciente não conseguir devido condições clínicas, pode ser realizado em posição semi-fowler;
5. Expor o tórax (paciente deverá retirar a vestimenta), ambos os pulsos e tornozelos para colocação de eletrodos e Clamps. Cobrir com lençol descartável até a colocação dos eletrodos;
6. Assegurar a privacidade do paciente com biombo se necessário;
7. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
8. Limpar a pele do paciente com álcool 70%, removendo a oleosidade do local de contato com os eletrodos;
9. Realizar tricotomia, se necessário, nas áreas com maior concentração de pelos;
10. Aplicar gel para ECG na face ventral dos pulsos e na face medial das pernas e posicionar os eletrodos periféricos (Clamps) em MMSS e MMII da seguinte forma:
 - 10.1. Eletrodo RA (rightarm) no braço direito;
 - 10.2. Eletrodo LA (leftarm) no braço esquerdo;
 - 10.3. Eletrodo RL (rightleg) no tornozelo direito;
 - 10.4. Eletrodo LL (leftleg) no tornozelo esquerdo;
11. Aplicar gel para ECG e posicionar os eletrodos precordiais (ventosas) em tórax conforme orientação abaixo:




Observação: Para iniciar a colocação dos eletrodos precordiais deve-se contar os espaços entre as costelas a partir da clavícula direita.

1. Acompanhar o registro de todas as derivações, certificando-se de que estejam representadas na impressão.
2. Caso alguma das derivações não esteja corretamente representada, reposicione, coloque o fio terra em outro local e recomece;
3. Qualquer anormalidade, comunicar o enfermeiro e/ou médico;
4. Explicar ao paciente a finalização do exame;
5. Retirar Clamps e eletrodos;
6. Finalizar o procedimento, auxiliando o paciente a levantar-se da maca e vestir-se;
7. Anotar com letra legível na folha registro do ECG: nome completo do paciente, data e horário da realização do exame, carimbar e assinar;
8. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente;
9. Proceder à limpeza dos Clamps com álcool a 70%;
10. Higienizar as mãos e organizar a sala.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

25. INALAÇÃO

Definição: É a umidificação das vias aéreas e a fluidificação de secreções da membrana mucosa do trato respiratório, facilitando a sua expectoração. A administração de drogas diretamente ao trato respiratório em forma de aerossol ou vapor é denominada inaloterapia.

Objetivo: Manter a permeabilidade da via aérea e oferecer subsídios para a administração segura da nebulização.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem

Materiais: Bandeja, Kit de inalação (máscara, reservatório e extensão de látex), régua ou torpedão de oxigênio, medicamento prescrito (se houver), seringa 10 ml, agulha 40x12, 01 ampola de soro fisiológico 0,9%, fluxômetro de O₂.

Descrição do procedimento:

1. Instruir o paciente (se colaborativo) para limpar as vias aéreas antes do procedimento;
2. Colocar o paciente em posição sentada ou em posição de Fowler no leito;

3. Com o uso de uma seringa e agulha, colocar a solução fisiológica 0,9% no reservatório do inalador e a medicação conforme prescrição médica;
4. Verificar o funcionamento da saída de oxigênio ou ar comprimido;
5. Conectar o inalador à extensão e conectá-la ao fluxômetro;
6. Regular o fluxômetro entre 5 e 7 l / min e verificar se há saída de névoa do inalador;
7. Colocar a máscara próxima ao rosto do paciente, de forma a cobrir o nariz e boca;
8. Orientar o paciente a respirar tranquilamente e atentar-se ao posicionamento correto da cabeça e do inalador junto à face;
9. Manter a inalação durante o tempo indicado, observando o paciente;
10. Após o término da solução, desligar o fluxômetro e desconectar a extensão de látex, colocando o kit de inalação na caixa plástica dos artigos que irão para desinfecção;
11. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e passar álcool 70%;
12. Higienizar as mãos;
13. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.


Observações:

- O procedimento deve ser norteado pela prescrição médica.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

26. OXIGENOTERAPIA

Definição: É uma técnica que emprega dispositivos para suprir a deficiência de oxigênio no organismo, atendendo à demanda de alguns pacientes.

Objetivo: Ofertar oxigênio para o paciente e fornecer subsídios para administração de oxigenoterapia com segurança, de forma padronizada.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem

Materiais: Bandeja, cateter de oxigênio (tipo sonda ou óculos) ou máscara, fluxômetro de O₂, frasco umidificador, frasco de água destilada 250 ml, extensão de látex, esparadrapo ou micropore, gaze com lubrificante, régua ou torpedo de oxigênio, álcool 70%, Soro fisiológico 0,9%, luva de procedimento, máscara e jaleco.

Descrição do procedimento:

1. Apresentar-se e explicar o procedimento ao paciente, deixando-o em posição confortável (sentado ou semi-fowler);
2. Preparar o umidificador, colocando água destilada até o nível indicado no recipiente e conectar à extensão de látex;

3. Conectar o umidificador à rede de oxigênio através do fluxômetro;
4. Abrir a saída de O₂ e regular o fluxômetro de acordo com o volume de O₂ prescrito;
5. Conectar o cateter ou máscara na extensão do umidificador;
6. Calçar as luvas de procedimento;
7. Realizar higienização das cavidades nasais com gaze umedecida em soro fisiológico 0,9%, se necessário;
8. Cateter nasal tipo óculos:
 - 8.1. Colocar os “pinos” do cateter nas narinas do cliente; passar a extensão do cateter ao redor do ouvido do cliente e sob o queixo; utilizar proteção com algodão entre a extensão e o ouvido.
9. Cateter nasal tipo sonda:
 - 9.1. Realizar a medida do comprimento entre lóbulo da orelha e ponta do nariz;
 - 9.2. Marcar com micropore;
 - 9.3. Introduzir na narina até o ponto demarcado.
10. Máscara:
 - 10.1. Colocar a máscara cobrindo o nariz, a boca e o queixo; ajustar a faixa de metal da máscara ao nariz do cliente;
 - 10.2. Puxar a faixa elástica para trás da cabeça e do pescoço;
 - 10.3. Ajustá-la na lateral da face.
11. Limpar suavemente o nariz externamente com álcool a 70% para retirar a oleosidade e fixar o cateter no nariz ou face; no caso do cateter tipo óculos não há fixação com fita, encaixa-se na parte posterior das orelhas;
12. Abrir o fluxômetro regulando a quantidade de oxigênio em litros por minuto (l/min), de acordo com a prescrição médica e verificar se há borbulhamento no frasco umidificador;
13. Observar o paciente por alguns minutos, verificar a pressão arterial, frequência cardíaca e a frequência respiratória (ritmo e amplitude respiratória);
14. Organizar a sala;
15. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e passar álcool 70%;
16. Retirar as luvas de procedimento;

17. Higienizar as mãos;

18. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.


Observações:

- Remover o cateter nasal a cada 4 a 6 horas, limpando as secreções acumuladas com soro fisiológico 0,9% e avaliando as condições de pele;
- Remover a máscara a cada 2 a 3 horas, limpando as secreções acumuladas com soro fisiológico 0,9% e avaliando as condições da pele.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

27. MEDIDA DO PESO CORPORAL

Definição: Método para obtenção da medida do peso corporal dos indivíduos. São medidas da composição corpórea, que irão subsidiar ações voltadas para a promoção e assistência à saúde tanto individual quanto coletiva.

Objetivo: Padronizar o procedimento de mensuração de peso e avaliar a evolução pondero-estatural do indivíduo.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem

Materiais: Balança, papel toalha, álcool 70%, luvas de procedimento, jaleco e máscara de proteção.

Descrição do procedimento:

Menores de 02 anos:

1. Equipar-se com equipamentos de proteção individual;
2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
3. Realize a desinfecção da bandeja da balança com papel toalha e álcool a 70%;
4. Forrar o prato da balança com papel toalha;
5. Deixar a balança ligada antes de colocar a criança e aguardar zerar/tarar;

6. Pedir para o responsável tirar a roupa da criança e fralda se houver;
7. Pedir para o responsável tirar a roupa da criança e fralda se houver;
8. Colocar a criança deitada ou sentada na balança (atentar para a sua segurança);
9. Orientar a mãe ou responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento;
10. Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura;
11. Solicitar ao responsável que retire a criança da balança e a vista;
12. Desprezar o papel toalha na lixeira;
13. Higienizar as mãos;
14. Documentar o valor obtido no prontuário e caderneta de saúde da criança.


Demais pacientes:

1. Higienizar as mãos;
2. Verificar se a balança está afastada da parede, em piso plano e se está calibrada;
3. Realizar a desinfecção da balança com álcool 70% e proteja com papel toalha;
4. Ajudar o paciente a subir na balança, em posição ereta, no centro do equipamento, com os pés juntos, os braços estendidos ao longo do corpo e de costas para o visor;
5. Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura;
6. Auxiliar o paciente a descer da balança,
7. Desprezar o papel toalha na lixeira;
8. Higienizar as mãos;
9. Realizar anotação de enfermagem no prontuário eletrônico.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

28. MENSURAÇÃO DE ESTATURA

Definição: Técnica para obtenção da altura dos indivíduos.

Objetivo: Padronização do procedimento de mensuração e obter o valor preciso da altura dos indivíduos para avaliação antropométrica.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem

Materiais: Luvas de procedimento, jaleco, máscara de proteção, lençol descartável, papel toalha, fita métrica ou régua antropométrica, antropômetro vertical, e álcool a 70%.

Descrição do procedimento

Menores de 02 anos:

1. Realizar a desinfecção da maca com álcool 70% e forrar com lençol descartável;
2. Pedir para o responsável colocar a criança deitada na maca (decúbito dorsal) descalça com a cabeça livre de adereços, posicionada no centro do antropômetro;

3. O pescoço da criança deve estar reto e o queixo afastado do peito. Ombros, nádegas e calcanhares devem estar encostados na superfície da maca e os braços estendidos ao longo do corpo;
4. Pressionar levemente os joelhos para baixo (neste momento use uma das mãos), juntar os pés da criança de forma que as pernas e os pés formem um ângulo reto e levar a parte móvel da régua antropométrica para junto à planta dos pés;
5. Realizar a leitura;
6. Pedir para o responsável retirar a criança da maca;
7. Descartar o lençol e realizar a desinfecção da maca;
8. Higienizar as mãos;
9. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.


Demais pacientes:

1. Orientar o paciente para retirar adornos que possam interferir na medição como: sapatos, bonés, chapéus, acessórios para o cabelo, etc;
2. Posicione o paciente ereto, no centro do equipamento, sem adereços, com os pés juntos, os braços estendidos ao longo do corpo e de costas para o visor da balança;
3. A cabeça deve estar erguida, onde o paciente deve olhar para um ponto fixo na altura dos olhos. Ombros, calcanhares e nádegas devem estar em contato com o antropômetro;
4. Eleve a haste graduada do antropômetro, coloque perpendicularmente contra a cabeça. Trave o antropômetro;
5. Auxilie o paciente a descer da balança;
6. Realize a leitura e destrave a haste;
7. Higienizar as mãos;
8. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

29. MENSURAÇÃO DE CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

Definição: A circunferência abdominal é medida na metade da distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal inferior, com o usuário em posição ereta.

Objetivo: Indicar a predição de risco cardiovascular e padronizar a mensuração de circunferência abdominal.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem

Materiais: Luvas de procedimento, jaleco, fita métrica, e álcool 70%.

Descrição do procedimento:

1. Solicitar ao paciente que fique em pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;
2. O profissional deve se posicionar lateralmente à pessoa para fazer a leitura;
3. Localizar a última costela. Solicitar para a pessoa inspirar e segurar a respiração por alguns segundos;
4. Localizar a crista ilíaca. Palpar o ilíaco até encontrar a região mais elevada;


5. Colocar a fita métrica horizontalmente ao redor do abdome sobre o ponto médio definido. Segurar a parte inicial da fita com a mão esquerda e posicionar abaixo da parte final da fita que estará segura pela mão direita;
6. Verificar se a fita está alinhada em um plano horizontal, paralela ao chão;
7. Ajustar a fita em torno do abdome, sem enrugar a pele, nem comprimir os tecidos subcutâneos;
8. Realizar a leitura no final da expiração;
9. Higienizar as mãos com água e sabão;
10. Higienizar a fita com álcool a 70%;
11. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

Observação: o procedimento não deve ser realizado sobre as roupas do paciente.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

30. MENSURAÇÃO DE PERÍMETRO CEFÁLICO

Definição: Medida da circunferência fronto-occipital, correspondendo ao perímetro cefálico máximo.

Objetivo: Padronizar o procedimento e avaliar o desenvolvimento cerebral e detectar precocemente anomalias.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem

Materiais: Jaleco, máscara, fita métrica, e álcool 70%.

Descrição do procedimento:


1. Forrar a maca com lençol descartável;
2. Apresentar-se ao responsável e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
3. Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal;
4. Posicione a fita métrica sobre a proeminência occipital e contorne na região parietal (acima das orelhas) e frontal (acima das sobrancelhas), visando a determinação da circunferência máxima, que é obtida pelo ponto de encontro da fita métrica;
5. Não incluir pavilhão auricular;

6. Faça duas medições, se houver uma diferença maior de 0,2 cm, posicionar a criança e medir pela terceira vez;
7. Solicite aos responsáveis para pegar a criança;
8. Realize a desinfecção da maca e fita métrica com álcool a 70%;
9. Registrar a informação no prontuário e na carteira de vacinação (sempre que possível usar gráficos para facilitar o acompanhamento na curva de crescimento);
10. Realizar anotação de enfermagem no prontuário ou ficha de atendimento do paciente (ver pop anotação de enfermagem), realizar registro em produção.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

31. AFERIÇÃO DE TEMPERATURA CORPÓREA

Definição: É a verificação da temperatura corpórea através de termômetro digital ou infravermelho, podendo ser via axilar ou retal quando for termômetro digital.

Objetivo: Detectar alterações da temperatura interna do corpo e padronizar o procedimento.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem

Materiais: Luvas de procedimento, álcool 70%, termômetro, e bandeja.

1. TERMÔMETRO DIGITAL

- 1.1. Chamar o paciente pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado;
- 1.2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
- 1.3. Realizar desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
- 1.4. Colocar o termômetro digital na região axilar com o sensor em contato direto na pele do paciente;

- 1.5. Solicite ao paciente que mantenha o antebraço encostado no tórax;
- 1.6. Aguardar 5 minutos ou até a emissão do sinal sonoro que indica que a aferição terminou;
- 1.7. Retirar o termômetro e realizar a leitura da temperatura;
- 1.8. Realizar desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% e higienizar as mãos;
- 1.9. Em caso de alteração, comunicar o médico ou enfermeiro e realizar anotação de enfermagem no prontuário do paciente.

2. TERMÔMETRO INFRAVERMELHO


- 2.1. Chamar o paciente pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado;
- 2.2. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
- 2.3. Ligar o termômetro;
- 2.4. Posicione o sensor na testa (a distância deverá ser inferior a 5 cm) e mantenha o botão START pressionado;
- 2.5. Mova gradativamente o termômetro em direção à têmpora para detectar a temperatura corporal. Quando concluída, um sinal sonoro será emitido;
- 2.6. Solte o botão START;
- 2.7. Realizar desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% e higienizar as mãos;
- 2.8. Realizar anotação de enfermagem no prontuário do paciente;
- 2.9. Em caso de alteração comunicar o médico ou enfermeiro.

Observações: É imperativo que sejam observadas as instruções de uso de cada equipamento no manual do fabricante.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 04	Data Imp.: Data Rev.:	

32. AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL

Definição: Procedimento realizado com esfigmomanômetro para avaliar o nível de pressão arterial dos indivíduos. A pressão arterial é a força exercida pelo coração (por meio do bombeamento) fazendo com que sangue circule pelas artérias chegando a todos os tecidos.

Objetivo: Detectar precocemente desvios de normalidade e indicar variações individuais de níveis pressóricos.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Médico, Auxiliar/Técnico de Enfermagem.

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

Materiais: Bandeja, esfigmomanômetro em tamanho adequado ao paciente, estetoscópio, relógio com marcação de segundos, algodão, álcool 70%, e jaleco.

Locais para aferição:

- Membros superiores: artéria braquial;
- Membros inferiores: artéria pediosa e poplítea.

Descrição do procedimento:

1. Repouso de pelo menos 10 minutos em lugar calmo;
2. Esvaziar a bexiga;
3. Não praticou exercício há pelo menos 60 minutos antes da aferição;
4. Evitar a ingestão de café ou álcool antes da aferição;
5. Evitar o fumo 30 minutos antes da aferição;
6. Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado;
7. Reunir o material;
8. Higienizar as mãos;
9. Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
10. Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração, apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido;
11. Identificar o manguito adequado (com largura correspondente a 40% da circunferência do braço), realizar assepsia das olivas e campânula do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%;
12. Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;
13. Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito enquanto continua palpar a artéria, tendo o cuidado de que para identificar com exatidão o primeiro som de KorotKoff, o manguito precisa estar inflado a uma pressão acima do ponto em que o pulso não pode ser mais sentido e anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece (estimativa da pressão sistólica);
14. Desinsuflar o manguito rapidamente;
15. Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente (tempo necessário para diminuição da congestão venosa);
16. Colocar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;

17. Manter o estetoscópio firme sobre o pulso braquial, sem pressão excessiva, e insuflar o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20-30 mmHg, acima desta pressão;
18. Esvaziar lentamente o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg., identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);
19. Desinsuflar totalmente o manguito;
20. Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos;
21. Retirar o manguito do braço do paciente;
22. Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
23. Higienizar as mãos;
24. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN SP;
25. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico – ESUS;
26. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.


Observações:

- Não aferir no membro quando houver punção venosa na fossa cubital, líquidos sendo infundidos, fístula arteriovenosa, mastectomia do mesmo lado do membro, lesões de pele, plegia e cateterismo, realizar aferição da Pressão Arterial em outro membro;
- É fundamental a adequação do tamanho do manguito em crianças e obesos;
- Caso sejam necessárias novas medidas, desinsuflar o manguito e aguardar de 1 a 2 minutos para realizar nova mensuração.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

33. AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA

Definição: É a verificação dos batimentos cardíacos dos pacientes de forma manual em um minuto. A frequência cardíaca é geralmente contada no pulso, comprimindo-se levemente a artéria radial com a ponta dos dedos.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem

Objetivo: Detectar precocemente desvios de anormalidade das batidas do coração, indicar variações de ritmo, amplitude e frequência cardíaca.

Materiais: Jaleco, máscara, relógio para demonstrar os segundos, e meios para realizar anotações.

IDADE	FREQUÊNCIA CARDÍACA BATIMENTOS POR MINUTO – BPM
Recém nascido	120 a 160
1 a 12 meses	80 a 140
Entre 01 e 02 anos	80 a 130
Entre 07 e 12 anos	75 a 120
Adolescente	75 a 110
Adultos	60 a 100

Descrição do procedimento:

1. Reunir o material;
2. Chamar o paciente pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado;
3. Higienizar as mãos com água e sabão ou gel alcoólico;
4. Posicione o paciente em decúbito dorsal ou sentado;
5. Se o paciente estiver agitado, esperar de 5 a 10 minutos antes de verificar o pulso;
6. Pedir que o paciente relaxe e não fale durante a verificação;
7. Colocar a polpa digital dos dedos médio e indicador sobre uma artéria superficial, preferencialmente a artéria radial, comprimindo-a levemente. Não usar o dedo polegar, pois sua pulsação poderá ser confundida com a do paciente;
8. Contar os batimentos cardíacos por 60 segundos;
9. Observar o ritmo (regular ou irregular), a frequência e a intensidade do pulso (cheio, normal ou filiforme);
10. Higienizar as mãos;
11. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente;
12. Comunicar o resultado ao médico ou enfermeiro em caso de alteração.


Frequência Cardíaca Apical:

1. Palpar o 5º espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda para a colocação do estetoscópio;
2. Contar os batimentos por um minuto;
3. Observar o ritmo, a fonese das bulhas, bem como os sons cardíacos;
4. Higienizar as mãos;
5. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enf ^a Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enf ^o Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enf ^a Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

34. AFERIÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Definição: É a verificação da frequência respiratória dos pacientes em um minuto.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem

Objetivo: Detectar alterações no padrão respiratório precocemente e padronizar o procedimento de aferição de frequência respiratória

Materiais: Relógio que tenha demonstração de segundos e jaleco.

Descrição do procedimento

1. Chamar o usuário pelo nome, confirmar o nome completo, data de nascimento e apresentar-se, explicando o procedimento que será realizado;
2. Orientar o usuário quanto ao procedimento. Não se deve contar ao usuário que sua FR está sendo verificada, uma vez que inconscientemente alteramos o nosso padrão respiratório;
3. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
4. Manter o usuário em posição confortável;
5. Colocar a mão no pulso do usuário simulando sua aferição;

6. Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos, observando ritmo e profundidade;
7. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
8. Documentar o valor obtido na ficha de atendimento do usuário;
9. Comunicar o resultado ao médico ou enfermeiro em caso de alteração.

VALORES DE REFERÊNCIA DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA:


FAIXA ETÁRIA	FR – FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA INSPIRAÇÃO POR MINUTO
Recém-Nascido	40 a 60
Lactante	30 a 40
Criança	20 a 25
Adulto	14 a 20

Observação: Durante o procedimento, recomenda-se simular que está verificando o pulso para que o paciente não mude o seu padrão respiratório.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

35. ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAÇÃO

Definição: Administrar medicamentos em uma unidade de saúde requer profissionais capacitados e eficientes, para que os procedimentos realizados aconteçam de forma correta e segura, garantindo a eficácia do tratamento indicado.

Objetivo: Fornecer subsídios para administração segura de medicamentos.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem

Materiais: Prescrição médica ou odontológica, medicação prescrita, máscara cirúrgica e bandeja.

Descrição do procedimento:


1. Nome completo do paciente, data de nascimento, data e carimbo na prescrição;
2. Conferir a identificação do paciente, documento de identidade e prontuário;
3. Verificar atentamente qual medicamento está prescrito e se o paciente não possui algum tipo de alergia ao composto;
4. Observar a data de validade antes de administrar o medicamento;
5. Verificar se o medicamento está na sua forma de apresentação correta;

6. Observar a dose prescrita;
7. Verificar se a medicação administrada é compatível com outra que o paciente já recebe;
8. Comunicar ao paciente o medicamento e a via de administração;
9. Observar atentamente qual a via de administração do medicamento, conforme a prescrição;
10. Administrar o medicamento no horário correto;
11. Infundir a medicação no tempo certo;
12. Deve-se observar se o paciente apresenta reação adversa;
13. Registrar, no prontuário, o medicamento administrado, bem como a hora, a dose, a via e se o paciente apresentou alguma reação durante o tratamento.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

36. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL

Definição: É a forma de administração de fármacos por ingestão oral, da mesma forma que ocorre com os alimentos. A maioria das drogas de administração oral é feita para serem ativadas no estômago e absorvidas através da mucosa gástrica.

Objetivo: Fornecer subsídios para administração segura de medicamentos.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem

Objetivo: Fornecer subsídios para administração segura de medicamentos.

Materiais: Luva de procedimento, jaleco, máscara cirúrgica, bandeja ou cuba rim, copo graduado, seringa, conta-gotas ou copo dosador, receita ou prontuário com a prescrição, medicação prescrita, água filtrada, copo descartável, papel toalha e álcool 70%.

Descrição do procedimento:

1. Conferir a prescrição e dados pessoais do paciente;
2. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;

3. Separar a medicação, evitando tocar com as mãos no medicamento. Pode-se usar a tampa do frasco ou gaze para auxiliar;
4. Reunir o material em uma bandeja;
5. Posicionar o paciente em uma posição favorável à deglutição. No caso do paciente estar deitado, elevar o decúbito;
6. Explicar o procedimento ao paciente;
7. Etiquetar o copo descartável com o nome do paciente, nome do medicamento, dose, via de administração e horário;
8. Solução oral, xarope ou suspensão:
 - 8.1. Diluir e agitar, se necessário, o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio de copo graduado ou seringa.
9. Drágeas ou comprimidos:
 - 9.1. Abrir a cartela ou frasco, retirar a quantidade necessária, colocar em copo descartável identificado sem tocar com o comprimido/drágea com as mãos;
 - 9.2. Caso a pessoa tenha dificuldade em engolir uma fórmula sólida, deve-se colocar o medicamento na parte posterior da língua para estimular o reflexo de deglutição.
10. Gotas:
 - 10.1. Abrir o frasco;
 - 10.2. Observar a forma de contagem das gotas oferecida pelo fabricante.
11. Pastilhas e comprimidos para mastigar:
 - 11.1. Devem ser dissolvidas na boca.
12. Sublingual:
 - 12.1. Explicar o procedimento ao paciente e colocá-lo, preferencialmente, sentado;
 - 12.2. Orientar o paciente a não comer ou beber líquidos durante a tomada do medicamento;
 - 12.3. Abrir a cartela ou frasco, retirar a quantidade necessária de comprimidos e colocar em copo descartável identificado sem tocar com as mãos;
 - 12.4. Entregar o medicamento ao paciente, orientando-o a colocar sob a língua e não mastigar ou deglutir; caso o paciente tenha dificuldade

em colocar o medicamento embaixo da língua, auxiliá-lo com as mãos enluvadas;

12.5. Orientar ao paciente para que aguarde a absorção sem conversar.

13. Oriente e assista o usuário a deglutir o medicamento.

14. Oferecer água ao paciente;

15. Permanecer na presença do paciente até que tenha certeza da deglutição do medicamento;

16. Descartar o material utilizado, lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%;

17. Realizar anotação de enfermagem no prontuário.


Observações:

- Não administrar medicamentos via oral em pacientes com vômitos, inconscientes ou incapazes de deglutir.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

37. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA

Definição: É a administração de medicamentos diretamente no tecido subcutâneo ou hipodérmico (entre a pele e o músculo) por meio de punção.

Objetivo: Fornecer subsídios para administração segura de medicamentos.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem

Materiais: Jaleco, máscara, luvas de procedimento, seringa, agulha, medicação prescrita, algodão, álcool 70% e bandeja.

Descrição do procedimento:

1. Conferir a prescrição médica e dados pessoais do paciente;
2. Higienizar as mãos com água e sabão líquido;
3. Separar material a ser utilizado na bandeja;
4. Explicar o procedimento ao paciente;
5. Fazer a desinfecção da ampola ou do frasco com algodão embebido em álcool 70%;
6. Quebrar a ampola envolvendo-a com gaze ou algodão para evitar acidentes, pressionando-a com o dedo indicador e polegar da mão dominante;

7. Preparar o medicamento, utilizando a agulha de aspiração 40 x 12 mm e a seringa de 01 ml;
8. Trocar a agulha de aspiração por agulha de aplicação 13 x 4,5 mm ou 25 x 7 mm;
9. Escolher o local de aplicação e colocar o cliente em posição adequada:
 - 9.1. Sentado, se for na coxa;
 - 9.2. Em pé para região glútea e lombar;
 - 9.3. Com os cotovelos flexionados para a região dos braços.
10. Proceder à anti-sepsia no local com algodão embebido em álcool 70%, em sentido único;
11. Fazer uma prega na pele com o polegar e indicador da mão esquerda e introduzir a agulha no ângulo de 90° ou 45°, de maneira que a medicação seja administrada no tecido subcutâneo, sem atingir o músculo. O bisel deve seguir a fibra do músculo;
12. Aspirar lentamente o êmbolo da seringa para certificar-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
13. Se atingir um vaso sanguíneo, trocar o local de aplicação e a medicação;
14. Injetar lentamente o medicamento com a mão oposta que segura a seringa;
15. Retirar a agulha com um movimento rápido e único, aplicando um pouco de pressão no local com bola de algodão seco;
16. Observar o local da aplicação;
17. Colocar o curativo ou micropore com algodão seco;
18. Recolher o material e descartar os resíduos em recipientes adequados (sem desconectar a agulha da seringa);
19. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%;
20. Higienizar as mãos;
21. Descartar os materiais;
22. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente;
23. Realizar registro em produção.

Observações:

- Para injeções intramusculares, subcutâneas e intradérmicas, luvas não são recomendadas, a menos que haja risco de o profissional entrar em


contato com secreções potencialmente infectadas ou se a pele do paciente não estiver íntegra;

- Ângulo de 90º: agulha 13 x 4,5 ou 13 x 3,8;
- Ângulo de 45º: agulha 20 x 6, 20 x 7 ou 25 x 7.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

38. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA TÓPICA

Definição: É a aplicação de medicamentosa pele, membrana, mucosa ou tecido, podendo ter ação local ou sistêmica.

Objetivo: Fornecer subsídios para administração segura de medicação.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem

Materiais: Luva de procedimento, máscara, avental, espátula, gaze não estéril, e medicamento prescrito.

Descrição do procedimento:


1. Conferir a prescrição médica e dados pessoais do paciente;
2. Higienizar as mãos;
3. Separar os materiais;
4. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado;
5. Calçar as luvas;
6. Aplicar o medicamento na gaze ou direto na pele, com espátula;
7. Dispersar o medicamento;
8. Recolher os materiais e desprezá-los;

9. Higienizar as mãos e realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 07	Data Imp.: Data Rev.:	

39. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR

Definição: A via de injeção intramuscular (IM) deposita o medicamento no tecido muscular profundo, que tem rico suprimento de sangue, possibilitando que o medicamento seja absorvido mais rapidamente que pela via subcutânea.

Objetivo: Fornecer subsídios para administração segura de medicação.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro e Auxiliar/Técnico de enfermagem.

Materiais: Máscara, jaleco, luvas de procedimento (no caso de pele não íntegra ou risco de contato com fluídos corpóreos), bandeja, seringa, agulha, micropore, algodão ou Swab, álcool 70%, material para curativo, e caixa de perfurocortante.

Descrição do procedimento:

Intramuscular em Região Ventroglútea:

1. Conferir a prescrição médica e dados pessoais do paciente;
2. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado;
3. Perguntar ao paciente sobre alergias relacionadas ao medicamento ou a substâncias similares;

4. Avaliar a quantidade de medicamento e o local de administração, bem como a agulha indicada;
5. Verificar se a ampola do medicamento está em perfeito estado, inclusive se o medicamento está na validade;
6. Higienizar as mãos;
7. Orientar o usuário sobre o procedimento;
8. Localizar a via de administração;
9. Calçar luvas de procedimento, caso a pele não esteja íntegra;
10. Delimitar a região de aplicação, seguindo a técnica a seguir:
 - 10.1. Com a mão não dominante colocar o indicador sobre a crista ilíaca do paciente e a palma da mão sobre cabeça do fêmur,
 - 10.2. Abrir os dedos indicadores e médios, formando um “V”, indicando o local para a aplicação.
11. Realizar anti-sepsia no local da aplicação com algodão com álcool a 70% e deixar secar;
12. Injetar a agulha no ângulo de 90° no centro da área limitada pelos dedos abertos em “V”;
 - 12.1. Recomenda-se que a agulha seja dirigida ligeiramente para a crista ilíaca.
13. Puxe o êmbolo discretamente para trás e observe se há refluxo de sangue.
14. Caso isso não ocorra, faça a aplicação;
15. Ocluir com curativo próprio;
16. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

Observação:

- A área supracitada é considerada a opção mais segura para região glútea, sendo recomendada como primeira escolha para injeções IM;
- Para pacientes com silicone na região glútea, deve-se utilizar a técnica da administração ventroglútea.

Aplicação Intramuscular em Região Dorsoglútea:

1. Conferir a prescrição médica e dados pessoais do paciente;
2. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado;

3. Perguntar ao paciente sobre alergias relacionadas ao medicamento ou a substâncias similares;
4. Avaliar a quantidade de medicamento e o local de administração, bem como a agulha indicada para o indivíduo;
5. Verificar se a ampola do medicamento está em perfeito estado, inclusive se o medicamento está na validade;
6. Higienizar as mãos com água e sabonete líquido;
7. Reunir o material na bandeja;
8. Calçar as luvas de procedimento, caso necessário;
9. Solicitar ao paciente exponha a região glútea;
10. Dividir, mentalmente, o glúteo em 4 partes;
11. O local para aplicação é o quadrante superior externo do glúteo;
12. Realizar anti-sepsia no local da aplicação com algodão com álcool 70%;
13. Segurar a bola de algodão entre o terceiro e quarto dedo da mão dominante;
14. Retirar a capa da agulha, sempre puxando em linha reta na direção contrária;
15. Segurar a seringa entre o polegar e o indicador, com a mão dominante;
16. Posicionar a mão não dominante abaixo do local que será administrado o medicamento;
17. Puxar a pele para baixo ou para lateral, mantendo-a dessa forma até o que a agulha seja totalmente introduzida;
18. Introduzir a agulha no ângulo de 90° com a mão dominante;
19. Puxar o êmbolo da seringa para verificar se há retorno venoso.
 - 19.1. Caso retorne sangue, retire a agulha e prepare nova medicação;
20. Injetar o medicamento de maneira lenta;
21. A agulha deve permanecer por 10 segundos para permitir que o medicamento seja disperso de maneira correta;
22. Retirar a agulha e, rapidamente, aplicar a bola de algodão ou gaze no local da aplicação;
23. Fazer pequena pressão, mas não massagear a região;
24. Descartar o material, utilizado no local correto;
25. Descartar a agulha sempre desencapada, no local de materiais cortantes e perfurantes;

26. Oriente o paciente a utilizar compressa de água fria no local em caso de dor;
27. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool 70%;
28. Retirar a luva;
29. Realizar as mãos;
30. Realizar anotação de enfermagem no prontuário do paciente.

Observação:

- Realizar rodízio de glúteos em pacientes que necessitem de aplicação frequente;
- Não utilizar a técnica em pacientes que possuam silicone, mas realizar a aplicação ventroglútea.

LOCAL DE APLICAÇÃO E VOLUME MÁXIMO

IDADE	DELTOIDE	VENTROGLÚTEO	DORSOGLÚTEO	VASTO-LATERAL
PREMATUROS	-	-	-	0,5 ml
NEONATOS	-	-	-	0,5 ml
LACTANTES	-	-	-	1,0 ml
3 A 6 ANOS	-	1,5 ml	1,0 ml	1,5 ml
6 A 14 ANOS	0,5 ml	1,5 – 2,0 ml	1,5 – 2,0 ml	1,5 ml
ADOLESCENTES	1,0 ml	2,0 – 2,5 ml	2,0 – 2,5 ml	1,5 – 2,0 ml
ADULTOS	1,0 ml	4,0 ml	4,0 ml	4,0 ml

Observação:

- Adultos com boa musculatura: aplicar até 0,5 ml, exceto deltóide;
- O volume máximo de acordo com o músculo selecionado para administração de medicamento por via IM profunda deve ser determinado pelo enfermeiro.

LOCAL DE APLICAÇÃO E CALIBRE DA AGULHA

Calibre	Local	Característica do Paciente
30 x 7 mm	Ventroglúteo Dorsoglúteo	Adultos; Homens com peso corpóreo entre 60 e 118 kg; Mulheres entre 60 e 90 kg.
25 x 7 mm	Deltóide Vasto Lateral da Coxa	Adultos; Mulheres com peso superior a 90 kg, indica-se agulhas com, pelo menos, 3,8 cm.
25 x 6 mm	Vasto Lateral da Coxa	Crianças; Requer avaliação clínica.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR NO VASTO LATERAL DA COXA EM CRIANÇAS

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de enfermagem e Enfermeiro.

Objetivo: Fornecer subsídios para administração segura.

Materiais: Máscara, jaleco, luvas de procedimento (no caso de pele não íntegra ou risco de contato com fluídos corpóreos), bandeja, algodão, álcool 70%, seringa, micropore, esparadrapo ou blood stop, e caixa de perfurocortante.

Descrição do procedimento:


1. Higienizar as mãos;
2. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
3. Separar o medicamento conferindo nome, data de validade e apresentação do fármaco;
4. Realizar assepsia do frasco ou ampola com álcool a 70%;
5. Abrir a embalagem da seringa e conectar a agulha para aspirar o medicamento, observando a técnica asséptica e protegendo em sua embalagem original;
6. Aspirar o medicamento e diluir se necessário;
7. Higienizar as mãos com água e sabonete líquido;

8. Reunir o material em uma bandeja;
9. Identificar-se e explicar o procedimento;
10. Perguntar ao responsável se a criança possui alergia ao medicamento;
11. Avaliar e delimitar a área de aplicação;
12. Colocar o paciente em decúbito dorsal ou sentado com os MMII fletidos;
13. Realizar a anti-sepsia da pele com álcool a 70% com movimento em sentido único;
14. Firmar o músculo utilizando dedo indicador e polegar da mão não dominante, com a mão dominante segurar o corpo da seringa;
15. Introduzir a agulha lentamente, num só movimento, em ângulo de 90°, com bisel posicionado em lateral, seguindo anatomicamente as fibras musculares na região do terço médio do músculo vasto lateral da coxa;
16. Aspirar lentamente,
 - 16.1. Se refluir sangue, retirar a agulha do local, desprezar o material e reiniciar o procedimento;
 - 16.2. Se não houver refluxo de sangue, continuar o procedimento.
17. Soltar a prega;
18. Injetar a medicação lentamente;
19. Ao término da introdução do líquido, retirar a agulha com movimento rápido e preciso, comprimindo o local com algodão:
 - 19.1. Não massagear
 - 19.2. Observar a presença de edema, hematoma ou sangramento no local;
20. Realizar curativo oclusivo local com algodão e micropore / esparadrapo ou blood stop;
21. Orientar o responsável quanto a possíveis reações;
22. Checar prescrição médica com data, horário, assinar e carimbar;
23. Realizar anotação de enfermagem no prontuário ou ficha de atendimento do paciente;
24. Realizar registro em produção.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 04	Data Imp.: Data Rev.:	

40. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA

Definição: Consiste na introdução de medicamento e ou soluções diretamente na veia (corrente sanguínea), através de punção venosa com a finalidade de absorção rápida da substância em uso, sejam elas: soluções hipertônicas, isotônicas, hipotônicas, sais orgânicos, eletrólitos e medicamentos que deverão ter solubilidade sanguínea e estar livre de cristais ou qualquer outra partícula visível em suspensão.

Objetivo: Implementar a prescrição médica, para que haja uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica rápida e proporcionar com segurança o tratamento medicamentoso prescrito.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de enfermagem e Enfermeiro.

Materiais: Luvas de procedimento, máscara, jaleco, braçadeira, bandeja, algodão, álcool 70%, micropore ou blood stop, garrote, seringas, agulha 40x12mm, suporte de soro, caso necessário, cateter (scalp ou jelco), caixa de perfurocortante.

Descrição do procedimento:

1. Conferir a prescrição e os dados pessoais do paciente;
2. Higienizar as mãos com água e sabonete líquido;
3. Separar frasco/ampola de medicação e fazer a assepsia com algodão com álcool 70%;
4. Escolher a seringa, conforme a necessidade do volume da medicação a ser administrada;
5. Abrir a embalagem da seringa e conectar a agulha 40 x 12 mm para aspirar o medicamento, protegendo-a em sua embalagem original;
6. Quebrar a ampola, envolvendo-a com algodão ou gaze, pressionando-a com os dedos do indicador e polegar da mão dominante;
7. Aspirar o medicamento, se for necessário, diluir e homogeneizar;
8. Desprezar a ampola ou frasco ampola na caixa de perfurocortante;
9. Fazer o rótulo do medicamento, contendo nome do paciente, nome do medicamento, dose, via, horário de início e término;
10. Reunir o material em uma bandeja;
11. Higienizar as mãos;
12. Calçar as luvas de procedimento;
13. Identificar-se para o paciente ou acompanhante e explicar o procedimento que será realizado;
14. Colocar o paciente em posição confortável;
15. Perguntar ao paciente se ele tem alergia a algum medicamento;
16. Escolher a veia ideal, garrotear, sem compressão exagerada, acima do local escolhido (aproximadamente 10 cm);
17. Pedir ao paciente para fechar a mão e manter o braço imóvel;
18. Realizar a anti-sepsia do local em sentido único com algodão embebido em álcool a 70%;
19. Com a mão não dominante, esticar a pele abaixo do local de aplicação, fixar a veia segurar o algodão;
20. Introduzir a agulha na veia com o bisel voltado para cima, num ângulo de 25° a 45° e, após o refluxo de sangue na seringa, pedir para o paciente abrir a mão e com a mão não dominante retirar o garrote;
21. Administrar a medicação lentamente, observando possíveis reações do paciente;

22. Retirar o cateter após o término da medicação;
23. Comprimir o local com algodão seco, sem massagear;
24. Observar o local da aplicação e colocar o curativo;
25. Descartar a agulha na caixa de perfurocortante sem desconectar a agulha da seringa;
26. Orientar o paciente quanto aos efeitos colaterais, cuidados pós-aplicação e liberá-lo;
27. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%;
28. Retirar as luvas de procedimento;
29. Higienizar as mãos;
30. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

Observações:

Locais indicados: veia basílica, cubital mediana e ante braquial.

1. SCALP

- 1.1. Infusão de baixos volumes e realização de medicação;
- 1.2. Quando não há a necessidade de manter-se o paciente com infusão contínua.

2. JELCO

- 2.1. Tempo de permanência maior;
- 2.2. Infusão de grandes volumes;
- 2.3. Favorece a movimentação do membro;
- 2.4. Adolescentes e adultos, cirurgias importantes, sempre que se devem infundir grandes quantidades de líquidos. Inserção mais dolorosa e exige veia calibrosa;
- 2.5. Crianças mais velhas, adolescentes e adultos. Administrar sangue, hemoderivados e outras infusões viscosas. Inserção mais dolorosa e exige veia calibrosa;
- 2.6. Crianças, adolescentes e adultos. Adequado para a maioria das infusões venosas de sangue e outras infusões venosas (hemoderivados);
- 2.7. Bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Adequado para a maioria das infusões. É mais fácil de inserir em veias pequenas e


frágeis, deve ser mantida uma velocidade de infusão menor. Inserção difícil, no caso de pele resistente;

2.8. Recém nascidos, bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Adequado para a maioria das infusões, mas a velocidade de infusão deve ser menor. É ideal para veias muito estreitas.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

41. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL

Definição: É a introdução de um medicamento no reto, através de supositórios, soluções ou pomadas.

Objetivo: Padronizar a administração de medicamentos por via retal.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de enfermagem e Enfermeiro.

Materiais: Luvas de procedimento, óculos, máscara, medicamento prescrito e avental descartável.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos com água e sabão ou solução alcoólica;
2. Reunir material;
3. Separar medicamento do paciente, conferir: validade, dose e apresentação;
4. Ler atentamente os medicamentos que devem ser administrados por via retal;
5. Explicar o procedimento ao paciente e/ou cuidador;
6. Calçar luvas de procedimento;
7. Solicitar ou auxiliar o paciente a se colocar em posição de SIMS;

8. Separar as nádegas com a mão não dominante e introduzir a extremidade afilada do medicamento prescrito no ânus do paciente com a mão dominante introduzindo o medicamento até a sua totalidade;
9. Seguir as orientações da bula da medicação;
10. Orientar o usuário que respire lenta e profundamente pela boca, para facilitar o relaxamento da musculatura;
11. Solicitar ao paciente que permaneça deitado por no mínimo cinco minutos para o efeito do medicamento;
12. Desprezar material em local adequado;
13. Descalçar as luvas desprezando em lixo;
14. Higienizar as mãos;
15. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.


Observações:

- Em caso de resistência, suspender o procedimento.
- No caso de supositórios, orientar o paciente a aguardar o máximo de tempo que ele conseguir reter o medicamento. Manter, no ânus, compressa de gaze, se necessário.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

42. TRICOTOMIA

Definição: É a remoção de pelos da área circunscrita à incisão operatória com auxílio de dispositivos cortantes, na fase pré-operatória ou para realização de exames.

Objetivo: Padronizar o processo de remoção dos pêlos do paciente, quando necessário.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de enfermagem, Enfermeiro

Materiais: Luva de procedimento, jaleco, aparelho de barbear descartável, bandeja, gases, sabonete líquido, papel toalha e biombos, se necessário.

Descrição do procedimento:


1. Respeitar a privacidade do paciente, usando biombo se necessário;
2. Expor a área a ser tricotomizada para verificar as condições da pele;
3. Umedecer a região com água e sabonete líquido, com o uso de gases, até formar espuma abundante;
4. Raspar os pelos no sentido da sua inserção, evitando pressionar demasiadamente o aparelho contra a pele prevenindo irritação e/ou cortes;

5. Limpar a região para retirar os pelos com o auxílio de gaze úmida umedecida com soro fisiológico;
6. Enxugar a região com papel toalha;
7. Desprezar o aparelho de barbear na caixa de perfurocortante e o restante do material;
8. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
9. Realizar anotação de enfermagem no prontuário.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 06	Data Imp.: Data Rev.:	

43. CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Definição: É a introdução de uma sonda até a bexiga, através da uretra, com técnica asséptica, tendo a finalidade de facilitar a drenagem da urina ou instilar medicação ou líquido, com tempo de permanência determinada pelo médico.

Objetivo: Realizar a técnica de cateterismo vesical de demora de forma segura para o usuário, prevenindo infecção do trato urinário.

Executante: Diante de um quadro clínico de pacientes que sabidamente apresentam estenose uretral ou sangramento na passagem do cateter vesical é importante que o paciente seja atendido por médico ou enfermeiro capacitado, devido risco de evento adverso. A realização deste procedimento é privativa do enfermeiro, ainda lhe compete supervisionar, orientar, acompanhar, e avaliar as atividades do profissional do nível médio, relacionadas ao preparo do ambiente, separação e abertura dos materiais com técnica asséptica, posicionamento paciente, assim como descarte adequado dos resíduos, e deixar o setor em ordem. Quando necessário encaminhar material coletado para o laboratório.

- **Médico:** Avaliar e executar os procedimentos nas situações que o enfermeiro não teve sucesso, por apresentar resistência na passagem ou sabidamente reconhecida á dificuldade.

• **Enfermeiro:** De acordo com a RESOLUÇÃO COFEN N° 0680/2021 que altera a Resolução COFEN N° 450/2013, dita que a execução do procedimento é privativa do enfermeiro, sendo imprescindível a presença do profissional de nível médio de enfermagem atuar no procedimento de sondagem vesical de alívio e de demora, para auxiliar na abertura, separação e destino dos materiais utilizados, preparação do ambiente quando necessário, assim como também posicionar paciente. E encaminhar material coletado para o laboratório (se necessário).

Materiais:

1. Bandeja;
2. Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba rim, cuba redonda, gazes, seringa 20 ml, pinça, ampola de água destilada e campo fenestrado, bolas de algodão ou gaze);
3. Sonda Vesical Folley (duas vias) ou cateter vesical de irrigação (três vias);
4. Solução anti-séptica (PVPI tópico);
5. Bolsa coletora (sistema fechado);
6. Esparadrapo e micropore;
7. Luva estéril;
8. Lubrificante hidrossolúvel (Xilocaína gel);
9. Saco plástico para lixo; 10. Material para higiene externa pré-sondagem: sabão líquido, jarro com água morna, comadre, toalha, impermeável, luvas de procedimento e luvas de banho.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material;
3. Explicar ao usuário o procedimento;
4. Preservar a privacidade do cliente, levando-o para uma sala fechada e individual. Caso seja feito em domicílio, realizar em um ambiente que preserve a privacidade;
5. Colocar o usuário em posição ginecológica, expondo apenas os genitais (feminina); o cliente do sexo masculino deve ser posicionado em decúbito

dorsal horizontal com as coxas ligeiramente abduzidas e realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário);

6. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas do usuário, próximo aos genitais;
7. Abrir o pacote aproximando o campo das nádegas, mantendo os princípios assépticos;
8. Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a no campo estéril;
9. Colocar a solução anti-séptica na cuba redonda;
10. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica;
11. Testar o balonete da sonda e aspirar a água destilada com seringa de 20 ml;
12. Fazer 07 trouxinhas com a gaze ou usar as bolas de algodão e utilizar a pinça com a mão direita para pinçá-las;
13. Assepsia do meato uretral.

SEXO FEMININO:

1. Explicar o procedimento e sua finalidade à usuária;
2. Encaminhar a usuária para higiene íntima, caso seja possível a mesma realizá-la;
3. Preservar a privacidade da usuária e se necessário, usar biombo;
4. No domicílio: Colocar o saco de lixo próximo ao leito do usuário;
5. Colocar a usuária em posição ginecológica, protegendo-a com lençol;
6. Colocar óculos e calçar as luvas para procedimento;
7. Realizar a higiene íntima com água e sabão ou outro produto para higiene, caso não tenha sido realizada previamente;
8. Retirar as luvas para procedimento;
9. Abrir com técnica asséptica, o pacote do cateterismo sobre o leito, entre as pernas da usuária, em posição diagonal com a ponta próxima à região glútea;
10. Colocar sobre o campo, as seringas, agulhas e as gazes/bolas de algodão;
11. Abrir o invólucro do cateter vesical, colocando-o na cuba rim;
12. Colocar anti-séptico na cuba redonda;
13. Abrir a embalagem do coletor, colocando a ponta da extensão sobre o campo;

14. Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa auxiliar;
15. Colocar lubrificante ou geléia anestésica;
16. Calçar as luvas estéreis com técnica asséptica;
17. Aspirar a água destilada com a seringa e agulha com auxílio de outra pessoa se necessário, e colocá-la sobre o campo;
18. Testar o balão e válvula do cateter introduzindo a quantidade de água recomendada pelo fabricante;
19. Conectar o cateter no coletor de urina sistema fechado;
20. Lubrificar a sonda em torno de 7cm, com geléia anestésica. Atentar para a não obstrução dos orifícios e aproximar a cuba rim;
21. Afastar os grandes lábios com o polegar e o indicador da mão dominante, expondo o vestíbulo vaginal e o meato uretral, permanecendo nesta posição até o final da técnica e com a mão dominante fazer a anti-sepsia;
22. Usando bolas de algodão/gaze embebido na solução anti-séptica e a pinça Cheron ou Pean (sentido púbis/anus na sequência: grandes lábios, pequenos lábios e vestíbulo). Usar uma bola de algodão/gaze para cada região e desprezá-la;
23. Limpar a região com soro fisiológico, obedecendo aos mesmos princípios descritos acima;
24. Afastar com a mão dominante a cuba redonda e a pinça;
25. Continuar a manter exposto o vestíbulo e, com mão não dominante. Introduzir o cateter, com a mão dominante, mais ou menos de 4cm a 5 cm. Colocar a outra extremidade na cuba rim para receber a urina drenada (refluxo);
26. Insuflar o balão e tracionar a sonda até encontrar a resistência;
27. Fixar o cateter na face externa da coxa;
28. Proceder a limpeza concorrente, caso haja contaminação de superfícies;
29. Retirar as luvas e descartar o material conforme POP descarte de resíduos;
30. Higienizar as mãos;
31. Fazer o registro no prontuário da usuária.

SEXO MASCULINO:

1. Encaminhar o usuário para higiene íntima, caso seja possível o mesmo realizá-lo;

2. Preservar a privacidade do usuário e se necessário, usar biombo;
3. No domicílio: Colocar o saco de lixo próximo ao leito do usuário;
4. Colocar o usuário em decúbito dorsal e com as pernas afastadas protegendo-o com lençol;
5. Colocar os óculos de proteção e calçar as luvas para procedimento;
6. Realizar a higiene íntima com água e sabão ou outro produto para higiene, caso não tenha sido realizada previamente;
7. Retirar as luvas de procedimento;
8. Abrir com técnica asséptica o pacote do cateterismo sobre o leito, entre as pernas do usuário, em posição diagonal com a ponta próxima à região glútea;
9. Colocar sobre o campo, as seringas, agulhas e as gazes. Abrir o invólucro do cateter vesical, colocando-o na cuba rim;
10. Colocar anti-séptico na cuba redonda;
11. Abrir a embalagem do coletor, colocando a ponta da extensão sobre o campo;
12. Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa de cabeceira;
13. Colocar lubrificante ou geléia anestésica;
14. Calçar as luvas estéreis com técnica asséptica;
15. Aspirar a água destilada com a seringa e agulha com auxílio de outra pessoa se necessário, e colocá-la sobre o campo;
16. Testar o balão do cateter introduzindo a quantidade de água recomendada pelo fabricante, verificar se não vaza água, após o teste desinsuflar o balão;
17. Conectar a extensão do coletor à sonda;
18. Lubrificar a sonda em torno de 07 cm, com geléia anestésica e aproximar a cuba rim;
19. Segurar o pênis com a mão não dominante, mantendo-o perpendicular ao abdome;
20. Afastar o prepúcio com o polegar e o indicador da mão não dominante;
21. Com a pinça montada com a solução anti-séptica, fazer a anti-sepsia obrigatoriamente, do meato uretral para a periferia;
22. Injetar a geléia anestésica na uretra com a seringa e pressionar a glândula de 30 a 60 segundos, a fim de evitar o refluxo da geléia;


23. Com a mão dominante, inserir suavemente o cateter até sua bifurcação, mantendo o pênis elevado perpendicularmente;
24. Insuflar o balão com água e tracionar delicadamente a sonda até encontrar resistência.
25. Observar o retorno da urina;
26. Remover o excesso de geléia da glânde e recobri-la com o prepúcio, a fim de evitar edema;
27. Fixar o cateter na parte inferior do abdome com micropore para o lado onde estiver a bolsa coletora, ou na região hipogástrica (profilaxia de fístulas uretrais);
28. Retirar as luvas e desprezar o material;
29. Higienizar as mãos;
30. Fazer o registro no prontuário;
31. Deixar o ambiente limpo e o material em ordem, proceder a limpeza concorrente.

Observação: Não forçar o cateter, em caso de resistência.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 05	Data Imp.: Data Rev.:	

44. CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

Definição: É a introdução de uma sonda estéril através da uretra até a bexiga, com a finalidade de drenar a urina. Deve-se utilizar técnica asséptica no procedimento a fim de evitar uma infecção urinária no cliente.

Objetivo: Realizar a técnica de cateterismo vesical de alívio de forma segura para o usuário, prevenindo infecção do trato urinário.

Executante: Enfermeiro (a) e Médico.

Material necessário:

1. Bandeja;
2. Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba rim, cuba redonda, gazes, seringa 20 ml, pinça, ampola de água destilada e campo fenestrado, bolas de algodão ou gaze);
3. Sonda uretral estéril de calibre compatível (uma via);
4. Solução anti-séptica (PVPI tópico) e ou clorexidine degermante em caso de indicação;
5. Luva estéril;
6. Lubrificante hidrossolúvel (Xilocaína gel);
7. Saco plástico para lixo.

Material para higiene externa,pré-sondagem:

1. Sabão líquido;
2. Recipiente com água morna;
3. Toalha;
4. Luvas de procedimento e luvas de banho.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material;
3. Explicar ao usuário o procedimento;
4. Preservar a privacidade do usuário, levando-o para uma sala fechada e individual. Caso seja feito em domicílio, realizar em um ambiente que preserve a privacidade;
5. Colocar o usuário em posição ginecológica, expondo apenas os genitais (feminina);
6. O cliente do sexo masculino deve ser posicionado em decúbito dorsal horizontal com as coxas ligeiramente abduzidas e realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário);
7. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas do usuário, próximo aos genitais;
8. Abrir o pacote aproximando o campo das nádegas da paciente, mantendo os princípios assépticos;
9. Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a no campo estéril;
10. Colocar a solução anti-séptica na cuba redonda;
11. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica;
12. Testar o balonete da sonda e aspirar a água destilada com seringa de 20 ml;
13. Fazer 07 trouxinhas com a gaze ou usar as bolas de algodão e utilizar a pinça com a mão direita para pinçá-las;
14. Assepsia do meato uretral:

A - SEXO FEMININO

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

B - SEXO MASCULINO

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

10. Manter ambiente de trabalho em ordem.

INTRODUÇÃO DA SONDA

A - FEMININA

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

B - MASCULINO

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

OBSERVAÇÃO:


- Verificar a saída de diurese pelo cateter, deixando-a cair na cuba rim;
- Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da diurese;
- Após a saída completa da diurese, clampear o cateter com a pinça e removê-lo da uretra;
- Desprezar todo material;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário e-SUS o procedimento, a quantidade de diurese eliminada e observações;
- Se encontrar resistência, não force a passagem do cateter, solicitar avaliação médica;
- Em caso de sangramentos, calafrios, febre, urina turva ou com cheiro forte, procurar atendimento médico;

- Para pacientes com condições crônicas, treine-o para a auto sondagem, ou seu familiar, proporcionando independência e melhor qualidade de vida ao usuário.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde
	ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		
TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão			CODIFICAÇÃO 01
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP			Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:

45. TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL EM CRIANÇAS

Definição: É a reposição de líquidos usados para prevenir e tratar desidratação, em especial causado pela diarreia.

Objetivo: Padronizar a terapia de reidratação oral, permitindo a prevenção e tratamento adequado da desidratação em crianças.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de enfermagem e Enfermeiro.

Materiais: Envelope de solução de Reidratação oral – SRO, água filtrada, jarra de 1 litro com tampa, copo descartável, colher de plástico de cabo longo ou seringa, colher de sopa ou de chá, balança adulto e infantil.

Descrição do procedimento:

1. Diluir um envelope de Soro de Reidratação Oral (SRO) em 1 litro de água filtrada fria, conforme prescrição médica ou do enfermeiro;
2. Apresentar-se ao paciente ou responsável e explicar o procedimento;
3. Oferecer o SRO, toda vez que a criança desejar, no volume que aceitar e sempre que evacuar;
4. Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar a oferta de SRO, de forma mais lenta;

5. Observar se os sinais de desidratação permanecem, tais como: criança inquieta e irritada, olhos fundos, boca seca (ausência de saliva), ausência de lágrima e presença do sinal da prega (a pele retorna lentamente ao estado anterior);
6. O enfermeiro deve reavaliar a criança a cada 30 minutos quanto à desidratação;
7. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.


Observações:

- Pesar a criança no início da Terapia de Reidratação Oral e a cada hora;
- Para a Terapia de Reidratação Oral (TRO) ser eficaz, a criança deverá receber de 50 a 100 ml/kg em um período de 4 a 6 horas.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)			
TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão			CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP		Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

46. PROVA DO LAÇO

Definição: A Prova do Laço é um exame rápido com o objetivo classificar pacientes com suspeita de Dengue em grupos de risco, também conhecida como prova do torniquete. Através desse teste é possível identificar os casos com maior risco de complicações e, assim, nortear a equipe de saúde no acompanhamento.

Objetivo: Identificar a fragilidade dos vasos sanguíneos e a tendência ao sangramento, comum em casos de dengue.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro e Auxiliar/Técnico de enfermagem

Materiais: Jaleco, máscara, esfigmomanômetro, estetoscópio, relógio, caneta, e régua.

Descrição do procedimento:


1. Orientar o procedimento ao paciente e deixá-lo confortável em posição sentada ou deitada;
2. Desenhar um quadrado de 2,5 cm no antebraço do paciente
3. Aferir a pressão arterial, usando manguito convencional;

4. A pressão arterial média PAM: para calcular a PAM, some o valor da Pressão;
5. Arterial Sistólica (maior) com a Diastólica (menor) e dividir por 2;
6. O manguito até o valor obtido pelo cálculo da PAM e mantê-lo insuflado por 5 minutos em adultos e, em criança, 3 minutos ou até o aparecimento de petéquias ou equimoses em ambos;
7. Desinsuflar o ar do manguito após o tempo definido;
8. Contar o número de petéquias no quadrado de 2,5 cm, desenhado no antebraço do paciente. A prova de laço é positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais petéquias em crianças;
9. Se a prova de laço for positiva antes do tempo preconizado, interromper procedimento;
10. Higienizar as mãos;
11. Manter ambiente organizado;
12. Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

47. ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Definição: Anotação de Enfermagem é o registro sistematizado de todas as informações, observações, avaliações e ações relativas ao cuidado do paciente/cliente.

Objetivo: Fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre a equipe de saúde e garantir a continuidade do cuidado.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro (a), Auxiliar/Técnico de enfermagem

Materiais: Prontuário Eletrônico E-SUS, na falta do mesmo prontuário tradicional. Computador com internet e acesso ao E-SUS, caneta esferográfica preferencialmente azul ou preta, carimbo pessoal (com nome do profissional, categoria e número de registro no conselho de classe).

Procedimento: Registrar todo e qualquer procedimento realizado no paciente sobre sua responsabilidade, garantindo o respaldo legal dos profissionais e garantia da continuidade da assistência prestada (segurança do paciente e do profissional de Enfermagem).


Observações Importantes:

- Nunca registrar procedimento ou cuidado feito por terceiros;
- Registrar de forma completa, clara, legível, pontual, cronológica e objetiva, observando ortografia, caligrafia e redação;
- Devem ser precedidas de data e hora e assinadas ao final. O uso do carimbo faz parte da assinatura;
- Não poderão conter rasuras, entrelinhas, espaços em branco;
- O registro deve constar em impresso devidamente identificado no cabeçalho com nome completo do paciente, e complementado com data e horário, bem como numeração da página;
- Registrar cuidados prestados, observações efetuadas e sinais/sintomas referidos pelo paciente sem usar termos que dêem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);
- A Anotação de Enfermagem embasa a Sistematização de Enfermagem realizada pelo Enfermeiro, e deve conter nela as respostas frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro;
- Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;
- Sempre registrar em impressos próprios e padronizados pela instituição;
- O conteúdo da anotação deve ser descritivo e não interpretativo;
- Não utilizar corretivos, nem riscar, molhar ou manchar o impresso;
- Em caso de erro na anotação, usar a palavra “digo”, entre vírgulas;
- O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 04	Data Imp.: Data Rev.:	

48. COLETA DE EXAME DE ESCARRO (BK)

Definição: O BK é o exame de escarro realizado para pesquisa de Bacilo de Koch (bacilo da tuberculose).

Objetivo: Realizar uma coleta adequada do escarro, para identificar o mais rápido possível os casos bacilíferos de Tuberculose Pulmonar para tratamento precoce da patologia e interrupção da cadeia de transmissão.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro e Auxiliar/Técnico de Enfermagem

Observações importantes:

1. Orientado quanto à coleta de duas amostras de BK (escarro) contendo 5 a 10 ml de escarro;
2. Preencher a requisição de exames diagnósticos para tuberculose com todos os dados pessoais do paciente, e informações sobre diagnóstico, controle de tratamento, 1ª ou 2ª amostra;
3. Realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios, durante as pré-consultas médicas (uso do carimbo específico). Sempre que possível, buscar também nos demais atendimentos;
4. Encaminhar preferencialmente o paciente sintomático respiratório para o acolhimento e atendimento com o enfermeiro para coleta da história clínica,

- explicação da coleta do exame de escarro, prevenção e acompanhamentos de Tuberculose, orientação da importância e entrega de máscara cirúrgica, para uso interno na unidade de saúde e em ambiente com aglomeração de pessoas, dentre outros;
5. Todo o atendimento de saúde ao paciente deverá ser priorizado no sentido de permanência do mesmo o mínimo de tempo possível internamente na unidade de saúde, reforçando a importância do uso da máscara cirúrgica orientando ao mesmo para aguardar em local externo da unidade de saúde (ventilado);
 6. As coletas do exame do escarro devem ser realizadas pelo próprio paciente, em locais externos à unidade de saúde/domicílio, 1ª e segunda amostra, em dias seguidos, preferencialmente em jejum;
 7. Utilizar potes descartáveis, de boca larga e rosqueáveis (fornecidos VE/SMSA), identificando externamente o pote (nunca a tampa) com os dados do paciente e número da amostra;
 8. Quando for período de intensificação de busca ativa de sintomáticos respiratórios, deverá ser coletada uma amostra de escarro;
 9. Todos os pacientes sintomáticos respiratórios devem ser anotados no livro específico da unidade de saúde (azul) e comunicado ao enfermeiro;
 10. Após chegada do resultado, deverá ser anotado no livro específico da unidade de saúde (azul), comunicando ao enfermeiro;
 11. Se resultado do exame de escarro (Bk) for positivo para Tuberculose (bacilífero), convocar o paciente para início imediato do tratamento e notificações necessárias;
 12. Após procedimento realizado com sintomático respiratório (bacilífero, diagnosticado para Tuberculose Pulmonar), deverá ser realizada a limpeza e desinfecção do ambiente;
 13. Realizar consulta de Enfermagem aos pacientes com Tuberculose;
 14. Mensalmente enviar o consolidado de sintomático respiratório à VE/CTA conforme rotina;
 15. Em todos os atendimentos realizados ao paciente sintomático respiratório e/ou em tratamento de Tuberculose, seguir as recomendações da Vigilância epidemiológica.


Procedimento de coleta:

1. Orientar ao paciente para lavar as mãos e realizar higienização da cavidade oral com água;
2. Orientar o paciente a inspirar profundamente, reter o ar por alguns instantes (segundos), expirar, repetindo este ato por quantas vezes conseguir (máximo 10x), tossir;
3. Após a tosse produtiva o paciente deverá abrir o pote e expectorar a secreção dentro dele, sem encostar os lábios no pote ou os dedos na parte interna;
4. Fechar o frasco rosqueando, repetir o procedimento quantas vezes for necessário até que o volume seja atingido;
5. Orientar quanto à importância da coleta das duas amostras e encaminhamento para a unidade de saúde;
6. Acondicionar os frascos em geladeira específica para materiais biológicos até o seu transporte para o laboratório;
7. Providenciar junto à requisição de exame tuberculose específica preenchida;
8. Avisar a Vigilância epidemiológica e o Centro de Testagem e Acolhimento (CTA), para encaminhamento ao Laboratório de referência.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

49. CONSULTA DE ENFERMAGEM

Definição: É uma atividade privativa do enfermeiro, desenvolvida para melhor assistência à saúde, que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde-doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo.

Objetivo: Realizar coleta de dados, exame físico, estabelecimento do diagnóstico, prescrição, implementação dos cuidados e orientação das ações relativas aos problemas detectados.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro (a).

Descrição do procedimento:

1. Acolher o paciente e/ou acompanhante, conforme POP 01;
2. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento, conforme POP 04;
3. Registrar nome completo do paciente, data, hora do atendimento e idade;
4. Realizar as cinco (5) etapas da SAE de acordo com o motivo da consulta:
 - 4.1. Coleta de dados de enfermagem (Histórico de enfermagem);
 - 4.2. Diagnóstico de enfermagem;
 - 4.3. Planejamento de enfermagem;

- 4.4. Prescrição de enfermagem;
- 4.5. Evolução de Enfermagem;
5. Carimbar e assinar;
6. Realizar os encaminhamentos e procedimentos necessários, seguindo os protocolos preconizados pelo Município;
7. Realizar registro do atendimento em ficha de produção / sistema de informação.


Observações:

- A SAE pode ser realizado em impresso próprio, sendo anexada ao prontuário após consulta;
- Deve ser registrado em impresso próprio e padronizado pela Instituição com letras legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;
- Devem conter assinatura, carimbo e identificação do profissional ao final de cada registro;
- Não conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
- Não deve ser utilizado corretivo ou qualquer forma para apagar o registro realizado por tratar-se de um documento legal. Caso aconteça uma anotação errada, deve-se utilizar o termo “digo” entre vírgulas;
- Nunca registrar procedimento ou cuidado feito por terceiros;
- Conter observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;
- Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm etc.), quantidade (ml etc.), coloração e forma;
- Não conter termos que dêem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco etc.);
- Conter apenas abreviaturas previstas em literatura e utilizar terminologias nas anotações;
- O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

50. TESTE RÁPIDO DE HIV, SÍFILIS, HEPATITE B E HEPATITE C

Definição: São testes que podem ser feitos com amostra de sangue total obtida por punção venosa ou da polpa digital, ou com amostras de fluido oral. Dependendo do fabricante, podem também ser realizados com soro e (ou) plasma.

Objetivo: Qualificar e ampliar o acesso da população ao diagnóstico do HIV e detecção precoce da Sífilis, Hepatite B e C.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro ou profissional da saúde com capacitação específica para realização do teste.

Material necessário:

1. Caixa-kit de teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatite B e C e Manual de instruções do teste do fabricante de cada;
2. Cronômetro ou relógio;
3. Descarte para material biológico (Caixa de perfurocortante, lixo saco branco e preto);
4. Impressos específicos e livro controle;

5. Equipamentos de Proteção Individual (EPI): (luvas, máscaras, óculos, gorros e aventais). O funcionário deverá estar de sapatos fechados.

Procedimento para coleta da amostra e execução do Teste Rápido:

- 1- Realizar preenchimento de impressos específicos para o teste rápido, pré-teste de aconselhamento, orientações gerais e termo de consentimento, solicitando assinatura do paciente;
- 2- Separar todos os componentes necessários do kit Teste Rápido sobre uma superfície plana e limpa;
- 3- Verificar a integridade de todos os componentes e validade dos testes;
- 4- Antes de realizar a testagem (punção capilar ou coleta), identificar os testes (tubos) com o nome do indivíduo e outros para identificação que se fizerem necessários;
- 5- Proceder à testagem (punção capilar ou coleta) conforme indicação do manual;
- 6- Coletar a amostra de sangue preferencialmente por punção digital, utilizando o coletor específico para cada Kit ou conforme procedimento descrito no Manual de instruções de uso do fabricante;
- 7- Proceder toda a execução, observação do tempo de espera e leitura do resultado do teste, conforme procedimento de cada Manual de instruções de uso do fabricante;
- 8- Realizar pós-teste rápido e condutas necessárias conforme resultado;
- 9- Se período de janela imunológica repetir novamente o teste após 30 dias;
- 10- Após a leitura do teste, anotar o resultado e entregar o laudo ao paciente;
- 11- Descartar todo o material utilizado em recipiente para descarte de materiais com risco biológico;
- 12- Considerar todas as amostras como material potencialmente infectante, usar equipamentos de proteção individual (luvas, máscaras, óculos, gorros e aventais). O funcionário deverá estar de sapatos fechados;
- 13- Após a realização do teste deverá ser realizado a limpeza e desinfecção do ambiente;
- 14- Em caso de amostras de testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatites B e C reagentes, agendar consulta médica ao paciente, para avaliações e condutas

médicas, bem como, outros encaminhamentos e acompanhamentos que se fizerem necessários, conforme recomendações dos Manuais do Ministério da Saúde e fluxos de atendimentos da SMSA;


15- Para as gestantes, seguir o fluxograma da atenção a gestante para investigação de Sífilis com Teste Rápido Treponêmico. Se reagente, seguir recomendações conforme Manuais de Manejo da Sífilis em gestante e Sífilis;

16 - Mensalmente realizar a Planilha de Controle e Solicitação de Teste Rápido para Diagnóstico HIV e triagem de Sífilis, Hepatite B e C, e enviar à VE/SMSA conforme rotina.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 04	Data Imp.: Data Rev.:	

51. VISITA DOMICILIAR

Definição: A visita domiciliar (VD) é uma “forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo, à família ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando a maior equidade da assistência em saúde”. É uma ação de interação e aproximação entre a equipe de saúde e o foco (indivíduo, família e/ou comunidade). Por meio da VD é possível: conhecer o ambiente familiar e as reais condições de vida, habitação, higiene, alimentação, meio ambiente, hábitos e rotinas.

Objetivo:

Promoção da saúde e de ações preventivas:

- Para busca ativa;
- Situações de atenção a crise;
- Para orientação e encaminhamento a outros recursos da comunidade;
- Busca ativa de doenças infectocontagiosas;
- Medicação assistida (saúde mental);
- Para vinculação com o paciente e a família;
- Para conhecimento e avaliação da dinâmica familiar;
- Abordagem familiar para intervenções medicamentosas ou terapêuticas no CAPS;

- Orientar sobre os cuidados aos cuidadores;
- Outras situações devem ser discutidas com a equipe.

Realizar ações terapêuticas:

- Para buscar adesão do paciente ao acompanhamento e tratamento;
- Para atender em domicílio o paciente em agudização do quadro psíquico;
- Para acompanhar pacientes nas situações do cotidiano;
- Auxiliar nas atividades de vida diária, e nas atividades instrumentais de vida diária;
- Para incentivar o envolvimento e participação em programas em favor da comunidade;
- Outras situações devem ser discutidas com a equipe.

Prestar cuidados de enfermagem, como por exemplo:

- Medicações injetáveis (antipsicóticos de depósito);
- Medicação via oral;
- Auxiliar na alimentação;
- Auxiliar no banho;
- Orientações gerais a família e paciente.

Materiais necessários: Pasta para os impressos, bolsa para os materiais, prancheta, folha de evolução, esfignomanômetro, estetoscópio, termômetro, glicosímetro, lancetas, algodão, insumos adicionais a depender do procedimento agendado.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro e Auxiliar/Técnico de Enfermagem

Descrição Técnica:

1. Planejar de acordo com a necessidade identificada;
2. Realizar a visita domiciliária possibilitando a participação do maior número possível, de membros da família;
3. Na chegada ao domicílio, o profissional deve identificar-se e expressar de maneira informal, mas com clareza o objetivo da visita;

4. Apresentar-se dizendo seu nome, função, o motivo da sua visita e, principalmente, se pode ser recebido naquele momento;
5. Definir o tempo de duração da visita conforme programação da agenda e disponibilidade do paciente;
6. Tratar pelo seu nome todos os membros da família visitada;
7. Ter um relacionamento com a família de forma cordial evitando os extremos da formalidade e da intimidade no contato com os pacientes;
8. Realizar a observação sistematizada da dinâmica da família;
9. Valorizar as crenças, modo de ser, problemas e os sentimentos da família, esta é uma forma de conquistar confiança;
10. A visita deve ser objetiva, pedir informação apenas daquilo que foi planejado;
11. Caso a visita demande procedimento de enfermagem, informar antecipadamente o paciente e preparar o material necessário;
12. Aproveitar o momento da visita domiciliar para realizar educação em saúde de forma objetiva e direcionada de acordo com a necessidade da família;
13. Registrar a atividade e os procedimentos executados no prontuário e ficha de produção;
14. Trazer as informações coletadas na visita domiciliar para as reuniões em equipe.


Observações:

- Compreender o indivíduo como sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde, e visualizá-lo como agente responsável pelo processo de equilíbrio entre a relação saúde-doença;
- Estar disponível para fornecer esclarecimentos e orientações à família sempre que solicitado;
- Monitorar o estado de saúde do paciente facilitando a comunicação entre família e equipe;
- Otimizar a realização do plano terapêutico estabelecido para cada paciente.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

52. FALTA DE ENERGIA ELÉTRICA EM SALA DE VACINA

Definição: A falta de energia elétrica pode ocasionar alterações na temperatura das geladeiras onde estão armazenadas as vacinas, comprometendo a qualidade dos imunobiológicos.

Objetivos: Fluxo para tomada de decisão na falta de energia elétrica referente ao armazenamento dos imunobiológicos.

EPI: Avental, máscara.

Responsável: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Descrição Técnica:

1. Ao identificar a queda de energia, o Auxiliar/Técnico de Enfermagem comunica imediatamente o Enfermeiro responsável pela unidade;
2. O enfermeiro verifica se a chave do disjuntor na caixa de energia está na posição correta, se identificado problema elétrico na Unidade deverá comunicar a gerência para providenciar técnico. Entrar em contato com a Vigilância Epidemiológica;
3. Caso a falta de energia não seja causada por problemas na rede elétrica da própria unidade, o Enfermeiro deve solicitar ao administrativo que entre em contato com a Empresa Neoenergia Elektro para verificar o tempo estimado

para o retorno da energia elétrica;

4. Anotar o número do protocolo fornecido pela Neoenergia Elektro no livro de ocorrência da sala de vacina;

5. Avisar a recepção para comunicar os usuários que chegam para atendimento na sala de vacina sobre a suspensão do atendimento devido falta de energia elétrica, orientando procurar UBS mais próxima;

6. Monitorar a temperatura pelo termômetro digital externo do equipamento (não é permitido abrir geladeira durante a ausência de energia elétrica). Transferir as vacinas em caso de temperatura acima de 6°C ou se informado pela Neoenergia Elektro que a falta de energia será por tempo superior a 2 horas;

7. Comunicar o ocorrido à Vigilância Epidemiológica;

8. Em caso de necessidade de transferência de vacinas, os Auxiliares/Técnicos da sala deverão contar o estoque, registrando em duas vias;


9. Montar caixas térmicas com gelox para transporte e aguardar climatização das mesmas antes de colocar a vacina. Após a climatização, zerar o termômetro e colocar a vacina na caixa;

10. Registrar no livro de ocorrência o local de destino das vacinas, horário de saída, temperatura das caixas de transporte e o responsável pelo recebimento no local de acondicionamento. Datar, colocar horário e assinar o livro.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

53. SALA DE UTILIDADES (EXPURGO)

Definição: É uma área definida para recepção, separação e lavagem de produtos para saúde. A organização da sala de utilidades visa o adequado processamento de produtos para a saúde não-crítico, semi-crítico e crítico.

Objetivo: Organizar o trabalho dos profissionais envolvidos na execução de procedimentos contaminados na área do expurgo.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de enfermagem e Auxiliar/Técnico de saúde bucal.

Material necessário: avental impermeável, máscara, touca, óculos e luvas de auto-proteção (cano longo e de borracha).

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
2. Paramentar-se com os EPIs;
3. Realizar limpeza concorrente com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%, no início do plantão;
4. Abastecer as salas com recipientes com tampa, contendo água e detergente, para as salas de ginecologia e procedimentos, e hipoclorito a


- 1% para a sala de inalação. Os recipientes devem ser trocados uma vez por plantão (manhã e tarde);
5. Lavar os materiais criteriosamente, retirando os resíduos, usando equipamentos de proteção individual (luvas de borracha, máscara, óculos, avental manga longa e sapatos fechados), em seguida enxaguá-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo;
 6. Secar o material com pano limpo;
 7. Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro a necessidade de conserto e/ ou reposição;
 8. Manter a sala limpa e organizada;
 9. Fazer desinfecção das bancadas com álcool a 70% a cada turno e quando necessário;
 10. Receber todo o material contaminado conferindo rigorosamente;
 11. Observar a limpeza da sala e integridade dos equipamentos. Anotar em impresso próprio (livro de registro ou ocorrência) as alterações encontradas;
 12. Efetuar a limpeza e/ou desinfecção do material conforme rotina do setor;
 13. Preparar soluções e recipientes que serão usados para desinfecção de material;
 14. Encaminhar o material para a área de preparo;
 15. Manter a sala em ordem.

Observações: solicitar orientação do enfermeiro ou cirurgião – dentista sempre que houver dúvidas nos desenvolvimento das atividades acima.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

54. SALA DE ESTERILIZAÇÃO

Definição: É uma área destinada à esterilização de materiais utilizados nas Unidades Básicas de Saúde. Os materiais são encaminhados pela área técnica que os utilizam à área de preparo para serem inspecionados quanto à integridade, limpeza e funcionalidade, em seguida embalados, esterilizados, estocados e distribuídos.

Objetivo: Organizar e padronizar o trabalho dos profissionais envolvidos na execução da esterilização de materiais.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal.

Descrição do procedimento:

1. Organizar a sala diariamente;
2. Realizar limpeza concorrente com água e sabão nas superfícies, e após realizar desinfecção com álcool a 70%, no início do plantão;
3. Verificar o funcionamento dos equipamentos, como autoclave, incubadora e seladora. Solicitar manutenção e reparo, quando necessário e comunicar ao enfermeiro, registrando em planilha o motivo e o conserto realizado;
4. Prover a sala os materiais necessários;

5. Montar os Kits (curativo, DIU, sutura, biópsia, retirada de pontos, entre outros), conforme rotina das unidades básica de saúde;
6. Identificar todos os pacotes a serem esterilizados com data de esterilização/ nome de quem preparou e tipo de material que consta no pacote;
7. Realizar teste biológico conforme rotina da instituição, registrando em livro próprio e a etiqueta do tubo com indicador químico do teste deverá ser colada no mesmo. Este registro deverá ser checado diariamente pelo enfermeiro responsável pela esterilização;
8. Colocar os materiais para serem esterilizados na autoclave de acordo com suas especificidades;


Esterilizar:

9. A autoclave deve ser ligada conforme a especificação do fabricante;
10. Retirar o material da autoclave após resfriamento e colocá-los sobre superfície protegida por um campo limpo.
11. É de extrema importância observar a coloração da fita de autoclave que deverá estar com listras marrons;
10. Guardar o material esterilizado em armário/ local fechado;
11. Re-esterilizar todo o material que perder a integridade, como campo danificado, papel rasgado ou sete dias após a data de esterilização;
12. Realizar limpeza semanal na autoclave;
13. Registrar número de ciclos diários realizados;
14. Esgotar a água da autoclave 02 vezes por semana.
15. Realizar diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal, conforme sua escala.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

55. SALA DE CURATIVO

Definição: Local destinado à realização de curativos.

Objetivo: Garantir a organização, limpeza e assistência de enfermagem com qualidade e segurança.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de enfermagem

Descrição do procedimento:

1. Limpeza terminal após curativos infectados;
2. Limpeza concorrente e organização da sala e mobiliários diariamente;
3. Fluxo e acomodações dos usuários;
4. Avaliação do estoque e qualidade do material de consumo;
5. Checagem das condições dos equipamentos;
6. Checagem da rotina de desinfecção dos materiais;
7. Registro dos procedimentos realizados (produção, prontuário, identificação do profissional);
8. Técnica utilizada nos procedimentos;
9. Postura do profissional no setor;


10. Avaliação da qualidade da assistência;

11. Checagem do cumprimento da escala de limpeza terminal.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

56. SALA DE INALAÇÃO

Definição: Local destinado à realização do procedimento de inaloterapia.

Objetivo: Garantir a organização, limpeza e assistência de enfermagem com qualidade e segurança.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar /Técnico de enfermagem


Descrição do procedimento:

1. Limpeza concorrente e organização da sala e mobiliários diariamente;
1. Fluxo e acomodações dos usuários;
2. Avaliação do estoque e qualidade do material de consumo;
3. Checagem das condições dos equipamentos;
4. Checagem da rotina de desinfecção dos materiais;
5. Registro dos procedimentos realizados (produção, prontuário, identificação do profissional);
6. Técnica utilizada nos procedimentos;
7. Postura do profissional no setor;
8. Avaliação da qualidade da assistência;
11. Checagem do cumprimento da escala de limpeza terminal.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

57. SALA DE COLETA DE EXAMES

Definição: Local destinado à realização de exames laboratoriais.

Objetivo: Garantir a organização, limpeza e assistência de enfermagem com qualidade e segurança.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar /Técnico de enfermagem


Descrição do procedimento:

1. Organizar a sala de coleta, preferencialmente no dia anterior, quanto aos materiais: coletores a vácuo, agulhas, scalp, algodão, tubo, álcool, luvas, grade para os tubos e garrotes;
2. Realizar limpeza concorrente com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70% na pia e no suporte que colocará os materiais antes do início da coleta;
3. Realizar a coleta e recebimento de material conforme POP de Coleta de exames laboratoriais;
4. Encaminhar as caixas após a devolução do laboratório ao Expurgo para limpeza e desinfecção;
5. Realizar limpeza concorrente da sala ao término da coleta;
6. Realizar controle de estoque e validade dos materiais de coleta, reposição do setor semanalmente e conferência dos estoques mensalmente;
7. Checagem do cumprimento da escala de limpeza terminal.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

58. SALA DE VACINA

Definição: Local destinado à administração de vacinas. Determina a organização e o funcionário da sala de vacinação.

Objetivo: Garantir a adequada administração de imunobiológicos, com a máxima segurança, prevenindo infecções e contaminação do profissional.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro (a), Auxiliar /Técnico de enfermagem

Descrição do procedimento:


1. Fazer leitura da temperatura da câmara de vacina pelo menos duas vezes ao dia, no início e término da jornada de trabalho (manhã e tarde), anotando em impresso próprio (mapa de controle diário da temperatura da geladeira). Comunicar qualquer alteração de temperatura ao Enfermeiro e a VE;
2. Organizar a sala;
3. Realizar limpeza concorrente com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%, no início do plantão;
4. Repor e checar equipamentos e materiais. Manter o Sistema de Informação de controle do estoque de material atualizado;
5. Executar imunização, registrando o procedimento em sistema de informação vigente;
6. Realizar solicitação de vacina conforme calendário, com avaliação do Enfermeiro no devido sistema de informação;
7. Realizar convocação de faltosos;

8. Realizar limpeza da geladeira mensalmente;
9. Realizar diariamente limpeza concorrente e semanalmente terminal, conforme sua escala.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

59. PREPARO DE MATERIAL PARA ESTERILIZAÇÃO

Definição: É o processamento de materiais na CME que envolve uma série de etapas cuidadosamente controladas, que incluem a limpeza, a desinfecção e a esterilização dos produtos de saúde reutilizáveis.

Objetivo: Organizar o processo de trabalho do profissional na área de secagem, preparo de materiais e instrumentais. Garantindo a segurança do paciente e a eficácia do tratamento.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal.

Material necessário: Álcool a 70%, equipamentos de proteção individual (avental impermeável, máscara, touca, óculos e luvas de cano longo e de borracha); e sabão líquido.

Descrição do procedimento:


1. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
2. Paramentar-se com os EPIs;
3. Realizar desinfecção das mesas, bancadas, estantes, e armários com álcool a 70% antes de iniciar as atividades;
4. Verificar a quantidade de material necessário à execução das atividades e solicitar a reposição;

5. Receber o material proveniente do Expurgo selecionando as peças de acordo com o pacote a ser feito, conferindo a limpeza e integridade;
6. Identificar e confeccionar e os pacotes conforme a técnica do envelope;
7. Identificar os pacotes colocando no rótulo;
 - Sigla da unidade;
 - Nome do pacote de acordo com a padronização;
 - Data da esterilização (será preenchido quando for esterilizado);
 - Número do lote (será preenchido quando for esterilizado);
 - Validade (será preenchido quando for esterilizado);
 - Assinatura legível do funcionário que preparou o pacote;
8. Fixar o rótulo no pacote, em local visível e plano, observando para que a fita teste não cubra a identificação;
9. Manter a sala em ordem.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 04	Data Imp.: Data Rev.:	

60. ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL

Definição: A esterilização é um processo que visa destruir todas as formas de vida microbianas que possam contaminar produtos, materiais e objetos voltados para a saúde. Portanto, são eliminados durante a esterilização organismos como vírus, bactéria e fungos.

Objetivo: Preparar, esterilizar, revisar, acondicionar e distribuir os materiais esterilizados para os setores.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal.

Material necessário: Álcool 70%; sabão líquido, gel alcoólico, avental de mangas longas, luvas de procedimento e touca descartável, ampola de indicador biológico específico para o equipamento, jaleco, avental, sapato fechado, máscara descartável, touca descartável, luvas de proteção térmica, impressos específicos para registro, e pacote desafio.

Descrição do procedimento:

Checagens e testes

1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico e paramentar-se com equipamento de proteção individual: avental de mangas longas, luvas de procedimento e touca descartável;

2. Realizar limpeza concorrente diária e sempre que necessário de bancadas e superfícies com água e detergente e desinfecção com álcool 70%;
3. Checar o funcionamento da seladora, incubadora e autoclave;
4. Limpar a câmara interna e externa da autoclave com água e sabão, removendo o resíduo do sabão com pano de limpeza umedecido com água, seguindo recomendação específica do fabricante do equipamento;
5. Realizar o teste da autoclave na primeira carga do dia com indicador biológico e o funcionamento da incubadora. Em caso de alteração, comunicar o enfermeiro responsável;
6. Retirar as luvas de procedimento;
7. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico.

Preparo de materiais e esterilização

1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
2. Calçar luvas de procedimento;
3. Separar a quantidade de instrumental, material cirúrgico e/ou respiratório;
4. Checar limpeza, integridade e funcionalidade dos instrumentais;
5. Montar os kits de acordo com o tipo e número de instrumentais e peças.
6. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
7. Colocar os pacotes dentro da câmara da autoclave, sendo os mais pesados embaixo.

Teste com indicador biológico

1. Higienizar as mãos antes e após o procedimento;
2. Paramentar-se com os equipamentos de proteção individual;
3. Iniciar a limpeza antes da primeira carga do dia;
4. Colocar o indicador biológico no centro geométrico do pacote desafio da carga a ser processada identificando a data e o lote;
5. Posicionar o pacote desafio com indicador biológico alternando o local da autoclave a ser colocado entre o fundo e o meio e a frente;
6. Carregar a autoclave e iniciar o ciclo;

7. Após o término da carga, retirar o indicador biológico do pacote desafio, fechar a ampola que deve ser quebrada permitindo que o meio de cultura entre em contato com a fita do bacilo;
8. Incubar ampola processada junto com ampola teste por um período de 24h;
9. Após 24h, proceder à leitura das ampolas e etiquetas. Observar a coloração das ampolas lilás para negativo e amarelo para positivo. Anotar dados em impresso próprio colando etiqueta da ampola que deve estar com fita termos sensível 20 escurecida para ampola autoclavada e roda para ampola teste;
10. Desprezar ampolas em lixo específico para risco biológico.


Observações:

- O monitoramento com indicador biológico deve ser realizado 01 vez por dia ou após manutenção da autoclave;
- Em caso de manutenção, registrar o motivo do teste em impresso próprio. A cada teste deve ser o rodízio do local da autoclave em frente, meio e fundo;
- A Enfermagem é responsável pela limpeza concorrente diária, higienização diária sempre que necessário de bancadas e superfícies com água e detergente e desinfecção com álcool;
- O Serviço de Higiene é responsável pela limpeza terminal, que deve ter periodicidade semanal e sempre que necessário;
- Caso identifique instrumental, material cirúrgico e/ou respiratório faltante, comunicar o enfermeiro imediatamente.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde
	ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		
TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão			CODIFICAÇÃO 01
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP			Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:

61. ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL

Definição: O armazenamento correto dos produtos tem a finalidade de centralizar o material desinfetado e esterilizado, para posterior distribuição. As condições de armazenamento podem interferir na manutenção da desinfecção e esterilidade dos produtos.

Objetivo: Organizar o processo de trabalho do profissional da área de guarda e distribuição de materiais.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal.

Material necessário: Álcool a 70%, equipamentos de proteção individual (jaleco, touca e luvas de procedimento) e sabão líquido.

Descrição do procedimento:


1. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
2. Paramentar-se com os equipamentos de proteção individual;
3. Realizar a desinfecção dos armários, bancadas, das estantes e suportes livres, com álcool a 70% diariamente e sempre que necessário;
4. Guardar o material após o esfriamento, no local identificado;
5. Conferir e fornecer o material embalado em saco plástico aos setores nos horários padronizados;

6. Controlar a quantidade de material a ser distribuído conforme a demanda diária;
7. Verificar diariamente se os pacotes estocados estão dentro do prazo de validade da esterilização, colocando os pacotes com data de validade mais próxima do vencimento à frente;
8. Solicitar a orientação do enfermeiro ou cirurgião-dentista sempre que houver dúvidas no desenvolvimento das atividades;
9. Manter a sala em ordem.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

62. PREPARO DE MATERIAL APÓS LIMPEZA PARA ESTERILIZAÇÃO

Definição: É a preparação do material após ser devidamente higienizado e desinfetado, sendo embalado e lacrado corretamente para realizar a esterilização.

Objetivo: Padronizar a inspeção da limpeza e funcionalidade dos materiais.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de enfermagem e Auxiliar/Técnico de saúde bucal.

Materiais: Luvas de procedimento, gorro, avental, máscara, sapatos fechados, papel grau cirúrgico, papel crepado (plano de contingência para falta de papel cirúrgico), indicador químico externo, indicador químico interno, seladora, recipiente plástico com tampa.

Descrição do procedimento:

Papel Cirúrgico:

1. Utilizar o papel grau cirúrgico em tamanho adequado ao material, observando a data de validade;
2. Colocar o material a ser esterilizado dentro do papel grau cirúrgico;
3. Colocar integrador químico interno nos pacotes;
4. Realizar a selagem.

- 4.1. A selagem de embalagens tipo envelope ou rolo deve ser feita por termo selador.
- 4.2. O selamento terá uma borda livre de no mínimo 3 cm, com uma largura de 1cm de selagem, para facilitar a abertura, assim como deve ser íntegra, contínua, sem pregas e rugas.
5. Em caso de material que apresente risco de perfuração ou rasgo da embalagem, usar embalagem secundária, de grau cirúrgico, para proteção do material. Colocar a embalagem primária (menor) de forma que a face plástica esteja voltada para a face plástica da embalagem secundária, permitindo a visualização do produto. Manter, na dupla embalagem, ambos os invólucros com o mesmo sentido da indicação da seta de abertura para não comprometer abertura asséptica e ocasionar liberação de fibras no material estéril;
6. Identificar o material na borda livre (etiqueta ou carimbo com tinta atóxica) contendo as informações: nome do material, lote, data de esterilização, prazo de validade e nome do responsável;
7. A identificação poderá ser feita de duas maneiras:
- 7.1. Com etiqueta contendo o nome do material, lote, data da esterilização, prazo de validade e nome do responsável;
- 7.2. Com carimbo com tinta atóxica contendo o nome do material, lote, data da esterilização, prazo de validade e nome do responsável. A identificação com carimbo ou etiqueta deve ser feita na área livre do pacote (borda), de modo a não colocar em risco a integridade da embalagem onde o produto esterilizado está acondicionado.
8. Encaminhar os artigos para autoclavagem em recipiente plástico com tampa.

Observações:

- Prazo de validade de até 06 meses, em caso do uso de papel cirúrgico.
- A validade dos materiais esterilizados está diretamente ligada à integridade da embalagem, devendo-se acondicioná-los em local

limpo, seco, protegido de a luz solar direta e sem compactar os materiais;

- O lote deverá seguir a seguinte estrutura/ordem: Iniciais do nome da UBS, seguido pela data da esterilização, com seis dígitos, finalizando com o número do ciclo daquele dia, com dois dígitos.


Plano de Contingência – Falta de Papel Cirúrgico

1. Colocar o campo de papel crepado em posição diagonal sobre a bancada, colocando o material no centro do campo;
2. Colocar integrador químico interno nos pacotes;
3. Pegar a ponta voltada para o operador e cobrir o material, fazendo uma dobra externa na ponta;
4. Pegar uma das laterais do campo e trazer sobre o objeto a ser empacotado, fazendo uma dobra externa na ponta;
5. Repetir o procedimento com a outra lateral;
6. Completar o pacote trazendo a ponta restante sobre o objeto, finalizando o envelope, fazendo uma prega na ponta;
7. Fechar o pacote com Indicador químico externo;
8. Identificar a fita da embalagem com nome do produto, número do lote, data de esterilização, prazo de validade e assinatura;
9. Encaminhar os artigos para autoclavagem em recipiente plástico com tampa.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

63. TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO DE MATERIAIS E INSTRUMENTAIS LIMPOS, DESINFETADOS E ESTERILIZADOS

Definição: O armazenamento correto dos materiais e instrumentais, tem a finalidade de centralizar o material limpo, desinfetado e esterilizado, para posterior distribuição. As condições de armazenamento podem interferir na manutenção da desinfecção e esterilidade dos produtos.

Objetivo: Padronizar a guarda, armazenagem e transporte dos materiais.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de enfermagem e Auxiliar/Técnico em saúde bucal.

Materiais: Luva de procedimento, avental, máscara, caixas plásticas com tampa, álcool 70%, mesa auxiliar e compressas.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos;
2. Realizar desinfecção da caixa de transporte e mesa auxiliar com álcool 70% e aguardar secagem;
3. Acondicionar os materiais e instrumentais limpos, desinfetados e esterilizados na caixa de transporte de forma organizada e tampá-la;
4. Sempre que possível utilizar mesa auxiliar para realizar o transporte dos materiais processados na sala de esterilização até o local destinado ao uso;

5. Fazer a distribuição dos artigos aos setores de destino: sala de procedimentos, curativo, sala de inalação, odontologia etc.;
6. Realizar a transferência dos materiais para os armários de armazenamento, certificando as condições do armário, verificando as condições de integridade da embalagem dos produtos previamente estocados, removendo para reesterilização os que estiverem inadequados ou com data de validade vencida;
7. A limpeza terminal dos armários deverá ser realizada semanalmente no mesmo dia de limpeza terminal da sala e setor onde estão localizados.


Observações:

- Itens embalados e estocados adequadamente mantêm-se com a esterilidade preservada pelo período de validade, desde que nenhum evento afete a condição da integridade.
- A validade dos materiais esterilizados é de até 06 meses para embalagem papel grau cirúrgico.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

64. MONITORAMENTO QUÍMICO, FÍSICO E BIOLÓGICO DA AUTOCLAVE

Definição: Os indicadores de esterilização são produtos desenvolvidos para fazer parte dos procedimentos de boas práticas exigidos e protocolados pela Anvisa e pela RDC 15. A utilização dos indicadores é necessária para o monitoramento de esterilização, isto é, monitoramento do processo da esterilização.

Objetivo: Padronizar o monitoramento da funcionalidade plena da autoclave e da incubadora, validando biologicamente o processo de esterilização.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de enfermagem e Auxiliar/Técnico em saúde bucal.

Materiais: Luvas de procedimento, Gorro, Avental, Máscara, Sapatos fechados, incubadora, 01 ampola teste (ampola que será autoclavada) e 02 ampolas controles (ampolas que não serão autoclavadas), Papel grau cirúrgico ou papel crepado, Seladora, Indicador químico externo (fita zebra), Integrador químico, Fita crepe, Caderno de registro de monitoramento químico, físico e biológico.

Orientações:

- Procedimento diário;
- Deve ser realizado na primeira carga do dia;
- Monitoramento feito com um pacote de desafio, contendo integrador químico, indicador biológico e registro do pico de temperatura;
- Monitoramento biológico é feito através de indicador biológico.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos;
2. Paramentar-se com os EPIs;
3. Ligar a incubadora com antecedência mínima de 1 hora;
4. Identificar o indicador biológico (ampola teste), com data, hora do processamento e lote;
5. Montar o pacote desafio, ou seja, embalar a ampola teste com grau cirúrgico ou papel crepado e colocar o integrador químico no pacote. Lacrar com fita zebra se embalado com papel crepado ou selar se embalado em papel grau cirúrgico;
6. Colocar o pacote desafio entre a carga que será esterilizada;
7. Iniciar o ciclo de esterilização;
8. Ao final do ciclo, abrir a autoclave e esperar esfriar por 10 minutos. Retirar o pacote desafio e observar se a fita da etiqueta do indicador biológico (ampola teste) mudou da cor rosa para marrom;
9. Colocar o indicador biológico juntamente com a ampola não processada (ampola teste) autoclavado no compartimento específico da incubadora para quebrar a ampola interna. Aguardar o término do ciclo;
10. Abrir o pacote, retirar o integrador químico e grampear no livro de registro de controle de resultados do indicador biológico.


Atenção:

- As alterações devem ser comunicadas ao enfermeiro.
- Se o manual apresentar orientações distintas, siga à risca as instruções do fabricante.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enf ^a Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enf ^a Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

65. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DAS CAIXAS DA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Definição: Limpeza é a remoção de sujidades visíveis, a desinfecção é a redução de microorganismos patogênicos e a esterilização é a eliminação de todos os microorganismos dos instrumentais.

Objetivo: Padronizar a limpeza e desinfecção das caixas utilizadas na CME, para prevenir infecções e contaminações.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de enfermagem e Auxiliar/Técnico em saúde bucal.

Materiais: Luvas de procedimento, Jaleco, Máscara, Óculos de proteção, se necessário, Solução de Álcool 70%, Solução desinfetante disponível, Papel toalha, Sacos de lixo, Panos, Sabão Líquido.

Orientações: As caixas usadas no transporte de materiais sujos e contaminadas até o expurgo devem ser limpas após o uso. As caixas utilizadas para armazenamento dos materiais processados devem ser limpas semanalmente.

Descrição do procedimento:

1. Reunir todo o material necessário para o procedimento;

2. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
3. Calçar as luvas de procedimento;
4. Certifique-se de que a caixa esteja vazia;
5. Realizar a lavagem da caixa com água corrente e sabão ou detergente neutro. Use a escova para retirar as sujidades visíveis;
6. Seque a caixa com uso de papel toalha ou TNT.
7. Após a Lavagem, realizar a desinfecção com papel toalha, umedecido em álcool 70%, em toda a caixa, obedecendo a técnica do mais limpo para o mais sujo;
8. Realizar a fricção mecânica com álcool 70%, no mínimo três vezes, deixando secar entre uma fricção e outra, executando a técnica com movimentos firmes e em uma só direção;
9. Retirar as luvas e descartar no lixo infectante;
10. Higienizar as mãos;
11. Organizar o ambiente.


Observações:

- Repetir a operação até a remoção de toda a matéria orgânica, quando houver.
- Seguir as orientações do fabricante, em caso dos saneantes.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

66. LIMPEZA CONCORRENTE

Definição: Remoção das sujidades depositadas em superfícies diariamente.

Objetivo: Manutenção do asseio, abastecimento e a reposição dos materiais de consumo diário, proporcionando ambientes limpos, agradáveis e propícios às condições de trabalho e evitar o fluxo de microrganismos.

Executante: Todos os profissionais das Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Equipe de enfermagem:

À equipe de enfermagem, é incumbida a tarefa de higienizar os equipamentos técnicos de Saúde.

Equipe de limpeza terceirizada:

À equipe de limpeza terceirizada é atribuída a função de limpar e higienizar os demais equipamentos, bem como as áreas comuns e instalações das unidades de saúde, de acordo com o cronograma estabelecido ou necessidade imediata da unidade.

A limpeza concorrente da equipe de higiene deve incluir a limpeza das maçanetas da porta, interruptores de luz, piso, coleta de resíduos, reposição de materiais como sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha, entre outros, de acordo com o procedimento de limpeza concorrente específico da empresa ambiental contratada. A enfermagem e administração devem supervisionar a

execução e o registro da limpeza e, em caso de apontamentos, a empresa terceirizada deverá ser comunicada.

Recursos necessários:

Equipamentos de proteção individual (EPIs), se necessário;

Materiais para limpeza (baldes com água, detergente neutro, panos, álcool 70%).


Descrição do procedimento:

1. Iniciar pelo setor de menor risco de vinculação de micro-organismo;
2. Organizar o ambiente, repor materiais de uso diário e solicitar reposição de materiais (papel, sabonete, álcool) ao setor responsável;
3. Calçar luvas, se necessário;
4. Limpar toda a superfície com pano umedecido com água e detergente neutro;
5. Utilizar movimentos simples, amplos e em um só sentido;
6. Lavar o pano com água e repetir a operação até atingir toda a superfície desejada;
7. Após a higienização prévia, friccionar álcool à 70%, em sentido único, do ponto mais alto e mais distante para o mais baixo e próximo;
8. Deixar secar livremente;
9. A limpeza concorrente deverá ser realizada no início e término da jornada de trabalho, assim como todos os equipamentos/materiais que foram utilizados durante o atendimento.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

67. LIMPEZA TERMINAL

Definição: Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É um processo de limpeza e desinfecção semanal ou quinzenal, que tem a finalidade de reduzir a sujidade e reduzir a contaminação ambiental.

Objetivo: Manutenção do asseio, abastecimento e a reposição dos materiais de consumo diário, proporcionando ambientes limpos, agradáveis e propícios às condições de trabalho e evitar o fluxo de microrganismos.

Executante: Auxiliar de serviços gerais com o apoio e supervisão do profissional de Enfermagem e/ou gerente da unidade.

Recursos necessários:

1. Equipamentos de proteção individual (EPIs);
2. Materiais para limpeza (Hipoclorito de sódio a 1%, papel toalha, baldes com água, detergente neutro, panos, esfregões de limpeza, álcool 70% e placa de sinalização

Descrição do procedimento:

1. Comunicar aos profissionais sobre o horário de limpeza;
2. Prover início da área mais limpa para a mais suja;
3. Sinalizar o ambiente;
4. Organizar o setor, proteger papéis e objetos que não podem ser molhados;

5. Prover a remoção dos lixos;
6. Umedecer um pano limpo ou esfregão em solução de água e sabão e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo. Deve-se prover a limpeza do teto, luminárias, janela, paredes, grades de ar, portas, maçanetas, interruptores, lixos e superfícies e ao final, pisos;
7. Umedecer um pano limpo em água limpa e realizar a retirada do sabão respeitando as orientações acima;
8. Realizar a secagem com um pano limpo e seco;
9. Após higienização prévia, proceder à fricção com álcool à 70%;
10. O uso de hipoclorito de sódio a 1% é restrito para superfícies que contenham matéria orgânica (sangue ou fluidos corpóreos);
11. Colocar o hipoclorito de sódio 1% no local onde estava a secreção. Aguardar 10 minutos e proceder à limpeza conforme descrito acima;
12. Garantir reposição de materiais para uso do setor (papel, sabonete, álcool).

Observação:

Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. O procedimento inclui a limpeza de paredes, pisos, teto, equipamentos, janelas, vidros, portas, peitoris, luminárias, filtros e grades de ar-condicionado;

O procedimento deve ser realizado diariamente em áreas críticas (curativo etc.) a cada 07 dias em áreas semi-críticas (sala de imunização, medicação/observação etc.) e a cada 15 dias em áreas não críticas (consultórios médicos etc.), por profissional previamente treinado, com o apoio e supervisão dos profissionais de Enfermagem e/ou gerente da unidade;


Limpeza terminal em salas de vacina: Das 07:00h às 08:00h da manhã

O serviço deve ser realizado pelo serviço de higiene ambiental contratado, com periodicidade mínima a estabelecida em contrato ou de acordo com a necessidade da unidade. Ele deve ocorrer conforme procedimento consolidado pela contratada.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde
	ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		
TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão			CODIFICAÇÃO 01
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP			Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:

68. TÉCNICA DE LIMPEZA MANUAL DE INSTRUMENTAL

Definição: Higienização e desinfecção dos instrumentais, com a finalidade de remover sujidades e reduzir a carga microbiana.

Objetivo: Garantir as etapas do processo de esterilização, e manter a preservação dos instrumentais, a fim de promover uma assistência segura e eficaz ao paciente e condições de biossegurança ao profissional.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem, Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal

Material necessário:

1. Bacia, caixa plástica com tampa, balde ou cuba de plástico de tamanho compatível com a quantidade de material;
2. Compressas não estéreis ou pano limpo e macio;
3. Detergente enzimático;
4. Equipamento de proteção individual;
5. Escova de cerdas duras e finas;
6. Equipamentos de proteção individual: avental impermeável, máscara, touca, óculos, luvas de auto-proteção, e pia com torneira e água limpa.

Descrição do procedimento:


1. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento, de acordo com POP 04;

2. Paramentar-se com os EPIs;
3. Separar os artigos que serão processados, desmontar peças que apresentem articulações, encaixes ou conexões;
4. Manipular o material cuidadosamente evitando batidas ou quedas;
5. Separar as pinças de pontas traumáticas e lavar separadamente, evitando acidentes;
6. Imergir o instrumental aberto na solução de água e detergente (conforme orientação do fabricante, não excedendo esse tempo para a solução não se tornar um substrato para bactérias, propiciando um aumento da contaminação dos artigos), para remoção dos resíduos de matéria orgânica, em recipiente devidamente tampado e identificado com: nome do produto, data do preparo, validade da solução, nome do profissional e COREN;
7. Observar para que o instrumental mais pesado e maior fique sob os pequenos e leves;
8. Realizar limpeza manual com auxílio de escova e detergente, com movimentos de fricção. A presença de ferrugem, crostas, umidade, oxidações e ranhuras comprometem a qualidade do processo de esterilização;
9. Retirar os materiais e desprezar a solução com detergente enzimático, a qual deverá ser utilizada uma única vez;
10. Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações;
11. Enxugar as peças com compressa não estéril ou pano limpo e macio, em toda a sua extensão;
12. Inspeção os instrumentais assegurando que estejam visivelmente limpos, sem avarias, caso contrário realize a limpeza novamente ou encaminhe para a manutenção e/ou descarte;
13. Colocar os materiais sobre uma bancada forrada com pano limpo, para secagem do material;
14. Colocar os materiais secos em recipiente limpo e encaminhar para sala de preparo e esterilização de materiais. Manter a sala em ordem.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

69. TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS

Definição: Higienização e desinfecção semanal das almotolias, para evitar contaminação das soluções.

Objetivo: Reduzir a carga microbiana das almotolias e prevenir a contaminação das soluções fracionadas, promovendo uma assistência livre de danos.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem, Auxiliar/Técnico de saúde bucal.

Material necessário:

1. Balde ou bacia com tampa;
2. Fita adesiva para identificação dos recipientes com soluções;
3. EPI (avental impermeável, touca, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luvas e sapato fechado);
4. Hipoclorito de sódio a 1%;
5. Solução de água e detergente;
6. Esponja macia de limpeza;
7. Pia com torneira e água limpa.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
2. Paramentar-se com os equipamentos de proteção individual;
3. Levar as almotolias à pia do expurgo;
4. Retirar as etiquetas de identificação das embalagens;
5. Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia;
6. Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente, usando a esponja de limpeza;
7. Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira;
8. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
9. Colocar as almotolias e tampas para escorrer sobre o pano limpo e seco, retirando o excesso de água;
10. Para desinfecção química, imergir as almotolias em solução de hipoclorito a 1% ou 2% (20 ml de hipoclorito e 980 ml de água destilada) por 30 minutos;
11. Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco e aguardar até secar completamente;
12. Trocar as luvas para reabastecer, preencher as almotolias até, no máximo, 2/3 da sua capacidade;
13. Colar as etiquetas nas almotolias identificando o tipo de solução, concentração, data do envase e da validade e nome do responsável pelo fracionamento
14. Deixar o expurgo limpo e em ordem;
15. Retirar os equipamentos de proteção individual e realizar a Técnica de Higiene Simples das Mãos;
16. Registrar em livro próprio a data, a solução fracionada, a quantidade de almotolias processadas e assinar;
17. Distribuir as almotolias nos setores necessários;


18. As almotolias vazias deverão ser acondicionadas em local limpo e seco.

Observações: O procedimento deve ser realizado após o término da solução ou no máximo, a cada 07 (sete) dias e quando a almotolia estiver sem identificação. Nunca reabastecer as almotolias sem a sua limpeza e sua desinfecção prévia.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

70. TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES

Definição: Higienização e desinfecção dos nebulizadores, a fim de remover sujidades e reduzir a carga microbiana.

Objetivo: Reduzir a carga microbiana dos nebulizadores e prevenir a contaminação das soluções/medicações que serão utilizadas, promovendo uma assistência livre de danos e com segurança.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem, Auxiliar/Técnico de saúde bucal.

Material necessário:

1. Balde ou bacia plástica e com tampa;
2. Compressas não estéreis ou panos limpos e secos;
3. Embalagens individuais;
4. EPIs: Avental impermeável, máscara, touca, óculos e luvas de auto-proteção – cano longo e de borracha;
5. Hipoclorito de sódio a 1% ou 2%;
6. Recipiente com tampa;
7. Seringa de 20 ml sem rosca;
8. Solução de água e detergente neutro.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
2. Paramentar-se com os equipamentos de proteção individual. Atentar-se para tamanho das luvas, observando a adequada proteção dos membros;
3. Realizar a pré-lavagem do material quando houver resíduos;
4. Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente;
5. Injetar a solução de água e detergente na luz do tubo com ajuda de uma seringa de 20 ml;
6. Enxaguar o tubo com água corrente, usando o mesmo processo anterior para parte interna;
7. Colocar para escorrer ou secar;
8. Enxaguar as demais peças rigorosamente, internamente e externamente;
9. Deixar escorrer sobre um pano limpo e completar a secagem manualmente, se necessário;
10. Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos ou hipoclorito a 2% por 60 minutos (diluição – 20 ml de cloro a 1% + 980 ml de água destilada) no recipiente opaco e com tampa;
11. Retirar as peças da solução, com luvas de procedimento e/ou pinça longa;
12. Enxaguar as peças, rigorosamente, em água corrente;
13. Secar com pano limpo e seco;
14. Guardar as peças montadas em recipiente com tampa. As máscaras devem ser acondicionadas em embalagens individuais, devidamente identificadas com data de desinfecção e validade. A cada 07 dias deve ser realizada desinfecção do material, independentemente de seu uso;
15. Desprezar a solução de hipoclorito, no final do dia, e enxaguar e secar o recipiente;
16. Retirar os equipamentos de proteção individual e realizar a técnica de higiene simples das mãos;

17.Registrar em livro próprio a data, a solução fracionada, a quantidade de almotolias processadas e assinar;

18.Manter a sala em ordem.


Observações:

A desinfecção do material deverá ser realizada cada 7 dias, independentemente de seu uso, conforme recomendações da ANVISA.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

71. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE BOLSA VÁLVULA MÁSCARA COM HIPOCLORITO

Definição: Higienização e desinfecção, a fim de remover sujidades e reduzir a carga microbiana.

Objetivo: Garantir a limpeza e desinfecção da bolsa válvula máscara após o seu uso, promovendo uma assistência livre de danos e com segurança.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de Enfermagem.

Material necessário: Avental, compressa limpa e seca, detergente neutro ou enzimático, escova, luvas, óculos, recipiente próprio com tampa para o desinfetante e solução de hipoclorito 1%.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
2. Paramentar-se com os equipamentos de proteção individual (atentar para tamanho da luva para que os membros não fiquem desprotegidos e entrem em contato com sujidade e soluções);
3. Realizar a pré-lavagem do material quando houver resíduos;
4. Desmontar a bolsa válvula máscara;
5. Lavar com detergente neutro ou enzimático com auxílio da escova;
6. Enxaguar com água corrente;


7. Secar com compressa limpa e seca e, se necessário, utilizar o auxílio de ar comprimido;
8. Imergir máscara e conexões totalmente em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos em recipiente próprio com tampa para desinfetante;
9. Enxaguar abundantemente com água corrente interna e externamente;
10. Secar com compressas limpas e secas ou com ar comprimido;
11. Verificar a montagem da bolsa válvula máscara e funcionamento;
12. Armazenar protegido da poeira em sacos plásticos;
13. Rotular com data da limpeza e assinatura do funcionário;
14. Desprezar a solução de hipoclorito, lavar o recipiente, enxaguar e secar;
15. Retirar os equipamentos de proteção individual e realizar a técnica de higiene simples das mãos;
16. Registrar em livro próprio a data, a solução fracionada, a quantidade de almotolias processadas e assinar.

Observação: A desinfecção é válida por 30 dias.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

72. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO LARINGOSCÓPIO

Definição: Higienização e desinfecção do laringoscópio, com a finalidade de remover sujidades e reduzir a carga microbiana.

Objetivo: Garantir a limpeza e desinfecção de cabos e lâminas de laringoscópio após cada uso, promovendo uma assistência livre de danos e com segurança.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de Enfermagem.

Material necessário: Álcool a 70%, avental, compressa limpa e seca ou gaze não estéril, detergente neutro, equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, óculos e máscara), escova, luvas, óculos, recipiente próprio com tampa para o desinfetante, solução de hipoclorito 1%.

Descrição do procedimento:


1. Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
2. Paramentar-se com os equipamentos de proteção individual;
3. Desmontar todo o conjunto do laringoscópio e retirar as pilhas;
4. Limpar o cabo do laringoscópio com gaze umedecida em água e sabão;
5. Remover o sabão com gaze umedecida em água;
6. Seque o cabo com gaze seca;
7. Friccionar com álcool a 70% no cabo por 20 a 30 segundos;
8. Limpe a lâmina do laringoscópio com gaze umedecida em água e sabão;

9. Enxágue abundantemente com água corrente;
10. Seque a lâmina com gaze seca sem deixar umidade ao redor da lâmpada;
11. Umedeça uma gaze com álcool a 70% e friccione na lâmina por 20 a 30 segundos;
12. Monte o laringoscópio, teste o seu funcionamento e certifique-se que não há sujidade ou umidade;
13. Guarde o laringoscópio protegido em saco plástico ou recipiente com tampa;
14. Retirar os equipamentos de proteção individual e realizar a Técnica de Higiene Simples das Mãos;
15. Registrar em livro próprio a data, a solução fracionada, a quantidade de almotolias processadas e assinar.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 04	Data Imp.: Data Rev.:	

73. LIMPEZA DE ARTIGO MÉDICO HOSPITALAR

Definição: Higienização dos instrumentais, com a finalidade de remover sujidades e reduzir a carga microbiana, garantindo as etapas para o processo de esterilização.

Objetivo: Nortear e padronizar o procedimento a fim de garantir uma assistência segura e livre de danos.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de enfermagem

Material necessário:

1. Avental impermeável de manga longa;
2. Luva grossa de borracha antiderrapante de cano longo;
3. EPIs: Luva de procedimento, máscara, óculos protetor, gorro, sapatos fechados;
4. Esponja não abrasiva;
5. Escovas com cerdas macias de tamanhos diferentes;
6. Baldes;
7. Papel toalha;

8. Recipiente plástico resistente a solução de detergente enzimático;
9. Falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas;
10. Lixeira com tampa acionada por pedal;
11. Detergente enzimático ou detergente com PH neutro;
12. Álcool 70%;
13. Papel grau cirúrgico ou crepado;
14. Seringa de 20 ml;
15. Seladora;
16. Saco plástico de lixo branco e preto;
17. Caixa coletora de perfuro cortante.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos com água e sabão líquido ou gel alcoólico;
2. Paramentar-se com os EPIs;
3. Iniciar a primeira lavagem com água fria;
4. Separar os artigos por tipo de instrumental, material plástico e borracha;
5. Diluir o detergente enzimático em quantidade suficiente para o banho de imersão dos produtos, conforme orientação do fabricante. A solução deve ser utilizada imediatamente após o preparo e não deve ser reutilizada, pois pode perder eficiência.
6. Na falta de detergente enzimático, utilizar detergente com PH neutro;
7. Desmontar todos os artigos e proceder à sua imersão em recipiente plástico transparente com detergente enzimático para evitar incrustação de matéria orgânica;
8. Imergir todo instrumental e outros materiais na solução detergente e injetar essa solução dentro dos lúmens com seringa, mantendo a solução em contato com os materiais;

9. Após o tempo de imersão (recomendado pelo fabricante) realizar limpeza mecânica manual por meio de escovas de cerdas macias;
10. Realizar limpeza e desinfecção das escovas e trocá-las quando estiverem em más condições;
11. Enxaguar abundantemente com água potável corrente, inclusive o lúmen do extensor o inalador, “chicote”;
12. Enxugar com falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas, inclusive externamente o extensor do inalador. Secar o lúmen do extensor, com fluxo de ar;
13. Verificar a presença de sujidade, separando os que não estiverem em condições de uso;
14. Embalar individualmente em grau cirúrgico ou papel crepado e selar as embalagens;
15. Não utilizar elástico para segurar as embalagens;
16. Guardar o material não crítico em local fechado, limpo e seco;
17. Encaminhar o material semi-crítico para fazer desinfecção;
18. Encaminhar o material crítico para esterilização;
19. Descartar a solução de detergente enzimático, limpar as caixas e baldes de plástico com água e detergente e depois fazer desinfecção por fricção com álcool a 70%;
20. A bancada após a lavagem do material deve ser lavada com detergente e desinfetada por fricção com álcool a 70%;
21. Os resíduos devem ser segregados e acondicionados corretamente em sacos plásticos de acordo com os materiais, se infectante ou não, nunca ultrapassando 2/3 da capacidade, fechados com nó e levados ao local de guarda estipulado pela instituição;
22. Após realizar limpeza dos materiais, anotar em planilha e livro próprio o procedimento realizado, carimbar e assinar.

Observações:

- A ordem de limpeza deve ser feita do mais novo ao mais antigo;
- Os materiais sujos devem ser cobertos durante o transporte.


Artigos:

- **Críticos:** São aqueles que penetram em tecidos estéreis e possuem alto risco para infecção. Esses artigos devem ser esterilizados para uso. Nesta categoria estão incluídos os instrumentais cirúrgicos e odontológicos.
- **Semi-críticos:** São aqueles que entram em contato com membrana íntegra ou pele não íntegra, exigem desinfecção de alto nível. Exemplos: nebulizadores, umidificadores, inaladores, circuitos respiratórios e endoscópios.
- **Não críticos:** São artigos ou produtos destinados ao contato com pele íntegra e mesmo aqueles que não entram em contato com o paciente. Exigem processo de limpeza e/ou desinfecção de baixo nível entre um uso e outro. Exemplos: termômetro axilar, oxímetros, esfignomanômetro, garrotes e comadres.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

74. DESINFECÇÃO DE ARTIGO MÉDICO HOSPITALAR

Definição: Desinfecção dos instrumentais com substâncias químicas, a fim de reduzir a carga microbiana.

Objetivo: Padronizar o procedimento de desinfecção, garantindo o manuseio e utilização segura dos insumos para a saúde dos profissionais e pacientes, diminuindo o risco de contaminação.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro e Auxiliar/Técnico de enfermagem.

Material necessário:

1. EPIs: Avental impermeável de manga longa, luva grossa de borracha de cano longo, luva de procedimento, máscara, óculos protetor, sapatos fechados, recipiente plástico opaco resistente com tampa quando uso de hipoclorito a 1%;
2. Recipiente plástico resistente com tampa para cada tipo de solução;
3. Recipientes plásticos com tampa para armazenamento de materiais;
4. Seringa de 20 ml;
5. Solução química de ácido peracético 0,2%;
6. Solução química de Hipoclorito de sódio 1%;

7. Falso tecido descartável e/ou papel absorvente;
8. Fita reagente para controle da solução de ácido peracético;
9. Falso tecido descartável ou papel absorvente;
10. Caderno de controle do registro da fita reagente;
11. Fita adesiva para identificação dos recipientes com soluções;
12. Lixeira com tampa acionada por pedal.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos;
2. Paramentar-se com os EPI;
3. Utilizar recipiente plástico resistente, transparente e com tampa para as soluções. No caso de hipoclorito de sódio a 1% o recipiente deve ser opaco;
4. Identificar os recipientes com rótulo com nome da solução (hipoclorito de sódio 1% ou ácido peracético 0,2%), data e horário do preparo, prazo de validade e assinatura do responsável pela diluição do produto;
5. Após a limpeza mecânica, imergir o material na solução desinfetante (hipoclorito de sódio 1% ou ácido peracético 0,2%), acondicionando os materiais leves embaixo dos materiais mais pesados;
6. Quando houver lúmen nos materiais, este deve ser preenchido com a solução desinfetante; recomenda-se utilizar uma seringa para este fim;
7. Após a desinfecção, enxaguar abundantemente os artigos com água corrente;
8. Secar utilizando ar comprimido os materiais com lúmen, falso tecido descartável ou papel absorvente e encaminhar para área limpa;
9. Inspeccionar o material quanto à integridade, limpeza e funcionalidade separando os que não estiverem em condições de uso;
10. Transferir o material desinfetado para a área limpa (sala de preparo de materiais e esterilização), para ser embalado, rotulado e armazenado;
11. Limpar e desinfetar os baldes e caixas de plástico com água e sabão e depois fazer fricção com álcool a 70%;

12. Registrar o processo de desinfecção em documento específico, carimbar e assinar.

A DESINFECÇÃO PODE SER:

- **Físicos:** feito por meio do calor. Considerada de alto nível, pode ser usada em acessórios de assistência respiratória e outros utensílios.
- **Químico:** realizada em materiais termossensíveis.


CLASSIFICAÇÃO DOS ARTIGOS:

- **Críticos:** penetram em tecidos estéreis e possuem alto risco para a infecção. Devem ser esterilizados para o uso.
- **Semi-críticos:** avançam sobre a membrana íntegra ou pele não íntegra. Exige desinfecção de alto nível.
- **Não crítico:** destinados ao contato com pele íntegra ou aqueles que não entram em contato com o paciente. Exigem procedimento de limpeza de baixo nível.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal		DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde
	ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		
TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão			CODIFICAÇÃO 01
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP			Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP		Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:

75. USO DE DETERGENTE ENZIMÁTICO

Definição: É um detergente de uso hospitalar e odontológico, que tem como função a dissolução de material orgânico, como secreções, sangue, entre outros.

Objetivo: Nortear e padronizar o procedimento com a finalidade de prestar uma assistência segura e livre de danos.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem

Material necessário:

1. EPIs: Avental impermeável de mangas compridas, luvas grossas de borracha de cano longo, luvas de procedimento, máscara, óculos protetor, sapatos fechados;
2. Recipiente de plástico (preferencialmente transparente) com tampa;
3. Papel toalha;
4. Fita adesiva;
5. Detergente enzimático;
6. Escovas de acordo com o tipo de material.

Descrição do procedimento:


1. Higienizar as mãos;
2. Identificar o recipiente com fita adesiva com o nome do produto, data de validade, horário, nome e assinatura do profissional que fez o procedimento;
3. Paramentar-se com os EPIs;
4. Higienizar as mãos;
5. Colocar o detergente enzimático em recipiente de plástico;
6. Adicionar o detergente enzimático na quantidade orientada pelo fabricante para cada litro de água. A solução deve ser suficiente para cobrir o material a ser limpo;
7. O tempo de imersão varia conforme o fabricante para a remoção integral da carga orgânica;
8. Após a remoção da matéria orgânica de qualquer artigo com detergente enzimático, empregar o processo de limpeza mecânica e depois desinfecção ou esterilização conforme o artigo (crítico ou semi-crítico).

Observação: Atentar-se para as orientações do fabricante.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enf ^a Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enf ^a Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

76. USO DE HIPOCLORITO DE SÓDIO 1%

Definição: É uma substância com ação desinfetante indicado para limpeza e desinfecção dos materiais, reduzindo a carga microbiana.

Objetivo: Nortear e padronizar o procedimento, com a finalidade de prestar uma assistência segura e livre de danos.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro e Auxiliar/Técnico de Enfermagem.

Material:

- EPIs: Avental impermeável de mangas compridas, luvas grossas de borracha de cano longo, luvas de procedimento, máscara, óculos protetor, sapatos fechados;
- Recipiente de plástico opaco com tampa para a solução de hipoclorito de sódio 1%;
- Fita adesiva para identificação dos recipientes plásticos.

Descrição do procedimento:


1. Higienizar as mãos;
2. Paramentar-se com os EPIs;
3. Colocar a solução de hipoclorito de sódio a 1% em recipiente grande de plástico opaco;

4. Não diluir a solução quando for a 1%;
5. Identificar o recipiente com etiqueta contendo o nome do produto, data da validade, horário da diluição/ativação, nome, carimbo e assinatura do profissional que fez o procedimento;
6. A solução de hipoclorito de sódio a 1% deve ser descartada a cada 6 horas;
7. Ler sempre as instruções do fabricante antes do uso de cada solução.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 03	Data Imp.: Data Rev.:	

77. USO DE ÁCIDO PERACÉTICO 0,2%

Definição: É uma substância química utilizada especialmente para desinfecção, devido às suas propriedades esterilizantes, fungicidas, viricidas, bactericidas e esporicidas.

Objetivo: Proceder à desinfecção de materiais de saúde prevenindo infecções e garantindo uma assistência segura e livre de danos.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de enfermagem, Auxiliar/Técnico de saúde bucal

Material necessário:

1. EPIs: Avental impermeável longo de mangas compridas, luvas grossas de borracha de cano longo, luvas de procedimentos, máscara, óculos protetor, sapatos fechados.
2. Recipiente grande de plástico com tampa de uso exclusivo para essa solução química;
3. Solução de ácido peracético 0,2%;
4. Falso tecido descartável;
5. Fita reagente para controle da solução;

6. Fita adesiva para identificação dos recipientes plásticos;
7. Planilha de controle do registro da fita reagente.

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos;
2. Paramentação com os EPI;
3. Abrir o frasco do produto e adicione o sachê inibidor de corrosão, homogeneizar até que desapareçam todos os grumos, transferir a solução para o recipiente plástico transparente com tampa em quantidade suficiente para cobrir todo material a ser desinfetado;
4. O tempo de imersão dos artigos é de 10 a 30 minutos ou de acordo com a orientação do fabricante;
5. Identificar o recipiente com etiqueta com nome do produto, data do preparo, validade do produto ativo (conforme orientação do fabricante), identificação do profissional que fez o procedimento;
6. Monitorar e validar a concentração do ácido peracético diariamente, por meio da fita teste específica, conforme orientações do fabricante;
7. Imergir a fita teste na solução de ácido peracético, aguardar 30 segundos (ou conforme orientação do fabricante) e após fazer a validação com a legenda contida no frasco e anotar;
8. Trocar a solução ao término da validade informada pelo fabricante ou se o controle diário do ácido peracético der não conforme;
9. Caso ocorra essa necessidade de troca, comunicar ao enfermeiro;
10. Antes do uso leia atentamente as instruções no rótulo do produto;
11. Descartar a solução, conforme a indicação da fita reagente e a recomendação do fabricante.


Observações:

- Ação rápida, em artigos médico-hospitalares semi-críticos;
- Atentar-se para as orientações do fabricante.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 04	Data Imp.: Data Rev.:	

78. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE MATERIAL RESPIRATÓRIO

Definição: A limpeza de materiais consiste em reduzir a carga microbiana, remover a sujidade visível aderida à superfície dos materiais, fendas, lumens, dispositivos e equipamentos, por meio de processo manual ou mecânico utilizando água e detergente. A desinfecção é o processo de eliminação de microrganismos presentes em artigos e superfícies, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos, com menor poder letal que a esterilização, pois não destrói esporos.

Objetivo: Padronizar a limpeza e desinfecção dos materiais respiratórios, garantindo o manuseio e utilização segura dos insumos para a saúde dos profissionais e pacientes.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiro.

Materiais necessários:

1. Avental impermeável longo e de mangas compridas;
2. Luvas grossas de borracha de cano longo;
3. EPIs: Avental impermeável longo de mangas compridas, luvas grossas de borracha de cano longo, luvas de procedimentos, máscara, óculos protetor, sapatos fechados, gorros.

4. Recipiente plástico grande transparente com tampa para o material limpo;
5. Recipiente plástico grande transparente com tampa para o detergente enzimático;
6. Recipiente plástico grande transparente com tampa para ácido peracético a 0,2%;
7. Recipiente plástico grande opaco com tampa para o hipoclorito de sódio a 1%;
8. Álcool a 70%;
9. Solução de hipoclorito de sódio a 1%;
10. Solução de ácido peracético a 0,2%;
11. Detergente enzimático ou detergente com PH neutro;
12. Falso tecido descartável ou papel toalha absorvente que não solte partículas;
13. Esponja não abrasiva;
14. Escovas de tamanhos diferentes.

Descrição do procedimento:

Limpeza:

1. Separar todos os materiais a serem desinfectados em seu respectivo recipiente fechado e encaminhá-los à área suja (expurgo);
2. Higienizar as mãos;
3. Paramentar-se com os EPI;
4. Identificar o recipiente com o nome da solução que será utilizada, data de validade, carimbo e assinatura;
5. Imergir o material respiratório no detergente enzimático e deixar por tempo determinado, conforme orientação do fabricante;

6. Na falta do detergente enzimático, utilizar o detergente com PH neutro e realizar a lavagem minuciosa do equipamento;
7. Após o tempo de imersão, lavar o material com esponjas ou escovas macias;
8. Enxaguar os materiais respiratórios em água corrente;
9. Realizar secagem rigorosa com tecido absorvente ou papel toalha dos materiais para não diluir o desinfetante;
10. Encaminhar os materiais para a desinfecção.

Observações:

- Os materiais devem estar totalmente limpos e secos antes de serem imersos na solução desinfetante.

Desinfecção:


1. Identificar o recipiente com o nome da solução que será utilizada com data de validade, carimbo e assinatura;
2. Inspeccionar o material quanto à integridade, limpeza e funcionalidade;
3. Imergir o material na solução química:
 - 3.1. Hipoclorito de sódio 1% por 30 minutos. Não diluir a solução de hipoclorito de sódio a 1% e descartar a cada 6 horas;
 - 3.2. Ácido peracético, imergi-lo de 10 a 30 minutos, conforme recomendação do fabricante. A solução deve ser desprezada a cada 30 dias ou quando o teste de eficácia mostrar níveis de concentrações abaixo do indicado na fita teste;
4. Controlar os horários de início e término do processo;
5. Enxaguar abundantemente, inclusive o lúmen do extensor do inalador;
6. Imergir em água potável por 30 minutos com objetivo de amenizar a impregnação do odor característico do agente químico;
7. Enxugar com falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas;
8. Depois de limpo e seco, embalar em saco plástico e selar;

9. Identificar a embalagem com rótulo, contendo a data da desinfecção, nome do material, nome do profissional que realizou o processamento do material, data de validade (até 06 meses);
10. Encaminhar os materiais para os setores;
11. Descartar as soluções químicas, limpar e desinfetar os baldes ou recipientes de plástico após o término do período com água e detergente e depois fazer fricção com álcool 70%;
12. A bancada após lavagem e desinfecção do material deve ser lavada com detergente e desinfetada com álcool a 70%;
13. Registrar o processo de desinfecção em livro / planilha específica.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 05	Data Imp.: Data Rev.:	

79. LAVAGEM AURICULAR PRATICADA POR ENFERMEIROS

Definição: A Lavagem Otológica consiste na remoção do cerúmen impactado através da irrigação do pavilhão auditivo com Soro fisiológico 0.9% ou água, ambos mornos, visando á retirada do mesmo e melhorando as condições auditivas do paciente.

Objetivo: Instaurar o procedimento de lavagem auricular em pessoas acima de 18 anos. Conforme o parecer do Conselho Federal de Enfermagem n.05/2019, que estabeleceu a lavagem auricular como procedimento técnico de competência do enfermeiro mediante treinamento/capacitação e com procedimento operacional implantado. Sendo assim, o referido POP tem esse objetivo principal, além de ser uma ferramenta técnica a qual garanta uma prática segura para o profissional e o paciente indo ao encontro das diretrizes nacionais de segurança do paciente. (MS/2013)

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiros (as) treinados e médicos

Material:

- Campo, toalha limpa ou compressa;
- Otoscópio com otocone (calibre médio);
- Seringa de 20 ml ou maior (pode-se usar seringa comum de plástico);
- Cuba redonda;
- Cuba rim;

- Par de luvas de procedimento;
- Tesoura;
- Scalp (butterfly) calibroso (pelo menos calibre 19);
- Frasco estéril de solução salina isotônica a 0,9% (soro fisiológico) – sugere-se usar frascos de 100 ml. É possível a necessidade de uso de mais de um frasco (na ausência de soro fisiológico, a água potável pode ser utilizada).

Contra indicações:

- Otite aguda;
- História pregressa ou atual de perfuração Timpânica;
- História de cirurgia otológica;
- Paciente não cooperativo;
- Ausência de cerúmen impactado.

Avaliação clínica e indicação do procedimento:

É fundamental para o profissional enfermeiro e para o profissional médico identificar os quadros indicativos para a lavagem auricular, sendo que as contra indicações devem ser sempre respeitadas. A indicação do procedimento deve ser feita sempre mediante otoscopia, a qual é parte do exame físico da consulta de enfermagem para problemas otológicos, sendo parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem conforme resolução 358/2009, garantido a sua legalidade.

Técnica de Otoscopia

1. O otoscópio deve ser testado e o otocone, devidamente limpo, deve ser acoplado a ele. Prioriza-se um otocone com calibre intermediário;
2. O paciente deve estar preferencialmente sentado, em posição confortável;
3. Recomenda-se iniciar o exame no ouvido contralateral àquele afetado;

4. Realiza-se a inspeção e palpação cuidadosas do ouvido externo;
5. Com a mão não dominante do examinador, traciona-se a orelha pela hélice, no sentido posterior e superior, e a orelha deve ser mantida nessa posição até o final do exame. O objetivo da tração é a retificação do conduto auditivo externo;
6. Segurar o otoscópio pelo cabo, com a cabeça voltada para baixo. Sempre se deve apoiar levemente a região hipotênar da mão que segura o cabo do otoscópio na cabeça do paciente, para evitar trauma se houver movimentação brusca da cabeça;
7. Deve-se procurar visualizar a membrana timpânica integralmente. As figuras abaixo trazem a indicação adequada para a lavagem otológica (cerúmen impactado), bem como orientam a prática segura da através do esboço da anatomia do ouvido.

Técnica de realização de remoção de cerume por irrigação

1. Indicar emolientes ou solução salina, sempre que possível, previamente ao procedimento. ***prescrição médica (solicitar interconsulta);**
2. Preparar o material seguindo a lista de equipamentos recomendados para o procedimento;
3. Cortar o scalp (butterfly) com aproximadamente 04 cm a partir da extremidade de acoplamento da seringa. Descartar a extremidade da agulha em local apropriado;
4. Aquecer a solução fisiológica isotônica a 0,9% (soro fisiológico), ainda com o frasco fechado, até a temperatura corporal (37°C), para evitar nistagmos e desconforto. Pode-se utilizar “banho-maria” ou aquecimento em micro-ondas;
5. Examinar cuidadosamente o canal do ouvido externo por meio da inspeção e palpação;
6. Realizar sempre a otoscopia antes do procedimento;

7. Despejar o soro aquecido na cuba redonda. Sempre assegurar que a temperatura do soro não está excessivamente alta, podendo pedir também ao paciente para verificá-la;
8. Aspirar com a seringa diretamente na cuba com o soro aquecido até completar a seringa;
09. Posicionar a toalha, campo cirúrgico ou a compressa no ombro da paciente.
10. Sob leve pressão, posicionar a cuba rim bem justaposta à cabeça/pescoço do paciente, na altura logo abaixo da orelha. Verificar se está bem justaposta para não molhar o paciente durante o procedimento;
11. Usar luvas de procedimentos;
12. Introduzir a extremidade cortada do scalp com a concavidade voltada para frente e levemente para cima. Monitorar sempre queixa de dor durante o procedimento;
13. Sob leve pressão, instilar o soro fisiológico, deixando escoá-lo na cuba rim;
14. Uma vez esvaziada a seringa, removê-la com o cateter (scalp), desacoplá-la e repetir as seis etapas anteriores quantas vezes forem necessárias;
15. Uma vez que esvazie a cuba redonda com o soro, deve-se completar novamente com o soro aquecido. Depois de completa de soro com cerume, esvaziá-la;
16. Verificar esporadicamente por meio da otoscopia se há mais cerume a ser removido, de preferência a cada 02 instilações;
17. 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;
 - Desistência do paciente;
 - Dor ou outra intercorrência.


Orientações gerais:

- a) Antes de iniciar o procedimento verificar as contra-indicações ao procedimento;
- b) O exame físico com otoscópio deve ser realizado antes, durante e após o procedimento;
- c) Suspender o procedimento na presença de dor ou qualquer outra intercorrência, solicitando avaliação médica no período;
- d) Não utilizar muita pressão durante a instilação do soro aquecido no ouvido do paciente;
- e) Cuidado para não superaquecer o soro, nem tampouco utilizá-lo gelado. Verificar sempre a temperatura antes de instilar no ouvido.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Procedimento Operacional Padrão	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 05	Data Imp.: Data Rev.:	

80. INSERÇÃO E RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) DE COBRE

Definição: É um método contraceptivo de longa duração, que quando inserido dentro do útero, exerce ações locais que culminam por evitar, a gestação, apresentando-se como um método seguro para evitar em longo prazo uma gestação. Pode ser usado em qualquer idade do período reprodutivo, sem a necessidade da intervenção diária da mulher e sem prejudicar a fertilidade futura.

Objetivos:

Inserção e retirada de um dispositivo de cobre no fundo uterino pelo canal cervical pelo enfermeiro;

Realizar assistência em planejamento familiar a mulheres em idade fértil, inserindo o DIU no fundo uterino para atuar como método contraceptivo.

Responsável: Enfermeiro (a)

Executante: Enfermeiros (as) treinados e médicos

Materiais necessários: Histerômetro, Pinça Pozzi, Pinça Cheron, Espéculo, Tesoura, Pacote de gaze, luva de procedimento, luva estéril, foco de luz.

Orientações gerais:

- Observar critérios de elegibilidade do método contraceptivo;
- Solicitar para que a usuária leia e assine o Termo de Consentimento;
- Se possível, ir acompanhada;

- É recomendada a realização ou a avaliação do exame de rastreamento do câncer de colo de útero antes da inserção do DIU;
- A inserção do DIU poderá ser realizada em qualquer fase do ciclo menstrual, desde que haja certeza que a mulher não está grávida e ausência de sinais de infecções vaginais, cervicais e pélvicas. No período menstrual, as alterações cervicais facilitam o procedimento;
- A inserção em nulíparas não é contra-indicada;
- Não há evidências que suportem a consulta de rotina para pacientes assintomáticas. Sugere-se uma consulta de rotina entre 01 e 03 meses para checar satisfação com o método, preocupações, efeitos colaterais e posicionamento dos fios do DIU. A consulta de revisão da inserção do DIU deverá ser realizada preferencialmente após o primeiro ciclo menstrual posterior ao procedimento;
- Atenção especial no exame ginecológico de forma a afastar infecções vaginais, cervicais e pélvicas. Se houver sinais de infecção, informar o impedimento de prosseguir com o procedimento, tratar e orientar paciente a retornar ao término do tratamento;
- O DIU costuma ser eficaz se introduzido em menos de 48 horas do parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal; ou após 04 semanas do parto;
- Menstruação intensa ou dolorosa: geralmente melhora em 3-6 meses;
- Pode ser inserido a qualquer momento, se após 12º dia do ciclo, exclua gravidez antes;
- Trazer absorvente e informar que pode ocorrer pequeno sangramento após o procedimento;
- O DIU pode ser retirado a qualquer momento, quando a mulher desejar engravidar ou estiver insatisfeita com o método;
- O DIU deve ser retirado ao final do seu período de eficácia, descrito na embalagem do dispositivo, e outro DIU pode ser inserido no mesmo procedimento, se for do desejo da paciente;
- O DIU pode ser retirado em qualquer momento do ciclo menstrual, sendo necessário informar à mulher que ela é pode voltar a engravidar tão logo o DIU seja retirado;
- Ultrassonografia deverá ser solicitada se: Difícil inserção (estenose/tortuosidade de canal cervical, resistência na inserção, história de alterações anatômica uterina), dor intensa fora do período menstrual.

Descrição do procedimento (INSERÇÃO)

- Explicar para a paciente o procedimento a ser realizado;
- Separar material a ser utilizado;
- Observar a ambiência da sala para preservar a privacidade da usuária, certifique-se de trancar a porta;
- Posicione a paciente na maca em posição ginecológica e ligar o foco de luz;
- Calce as luvas de procedimento;
- Realize exame pélvico;
- Introduza o espéculo e expor a cérvix; (Se houver sinais de infecção, informar o impedimento de prosseguir com o procedimento, tratar e orientar paciente a retornar ao término do tratamento);
- Realize antisepsia do colo com gazes embebidas na solução indicada (Povidine) utilizando a pinça Cheron;
- Calce a luva estéril e mantenha cuidado para não contaminar;
- Utilize a pinça de Pozzi para pinçar a porção anterior do colo uterino e tracionar suavemente para corrigir ante ou retroflexão uterina;
- Insira o histerômetro para realizar a histerometria. Apenas prossiga com o procedimento se encontrar uma histerometria entre 6 e 9 cm;
- Abrir Kit estéril do DIU somente se exame físico sem alterações e histerometria adequada. - Regule o dispositivo de inserção na medida encontrada na histerometria;
- Coloque o DIU dentro do aplicador. Observe para que os ramos horizontais do DIU estejam no mesmo sentido do diâmetro lateral do útero;
- Insira o aplicador pelo canal cervical até sentir que atingiu o fundo uterino, conforme medição realizada com ajuda do histerômetro;
- Ao sentir a resistência no fundo do útero ou ao alcançar a profundidade da histerometria (medida nos passos anteriores), libere o DIU dentro do útero, mantendo o êmbolo fixo e tracionando o mandril (cerca de 1cm). Isso permitirá que os braços do DIU sejam liberados no fundo do útero. O DIU não deve ser empurrado com o êmbolo;
- Segurando o mandril, puxe o êmbolo para fora do mandril;
- Retire, delicadamente, o mandril de dentro do útero. Nesse momento, os fios do DIU devem ser vistos saindo de dentro do colo. Retirar o êmbolo e o mandril

de forma separada minimiza o risco de pinçar os fios do DIU e deslocá-lo para fora;

- Se o corpo do DIU ficar visível no colo do útero (saindo pelo orifício externo), pode ser removido, reposicionado no mandril (conforme passos anteriores) e tentada uma reinserção; desde que mantido estéril;
- Corte os fios que ficaram na vagina aproximadamente de 2 a 03 cm do colo. Prefira fazer um corte perpendicular invés de um corte transverso. Isso minimizará eventuais desconfortos ao parceiro;
- Despince a porção anterior do colo uterino;
- Retirar o espécuro e o excesso da solução antisséptica da região perineal;
- Oriente a usuária para que permaneça em repouso por cerca de 5 a 10 minutos após o procedimento e que levante cuidadosamente.


Descrição do procedimento (RETIRADA)

- Explicar para a paciente o procedimento a ser realizado;
- Separar material a ser utilizado: Luvas de procedimento, espécuro, pinça de Cheron, gaze, foco de luz, escova cervical;
- Observar a ambiência da sala para preservar a privacidade da usuária, certifique-se de trancar a porta;
- Posicione a paciente na maca em posição ginecológica e ligar o foco de luz;
- Calce as luvas de procedimento;
- Introduza o espécuro e exponha a cérvix;
- Identifique os fios do DIU saindo pelo orifício externo do colo uterino (se necessário, secar/limpar o colo uterino para melhor visualização dos fios);
- Se os fios não estiverem visíveis, utilize uma escova cervical no canal cervical para resgatar os fios (se mesmo assim não continuarem visíveis, discuta);
- Usando a pinça de Cheron, pince os fios visíveis;
- Tracione gentilmente os fios até a completa saída do DIU. É possível aplicar uma força moderada no momento da remoção. Cólica uterina e sangramento discreto são esperados nesse momento;
- Se houver dificuldade na remoção, sensação de que o dispositivo está quebrando ou quebra factual do DIU, suspenda o procedimento e discuta;
- O descarte adequado do DIU deve acontecer em lixo infectante.

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Plano de gerenciamento de resíduos	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 07	Data Imp.: Data Rev.:	

81. MANEJO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Introdução

O gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde tem como objetivo minimizar a produção de resíduos.

Objetivo

O objetivo principal é contribuir para a melhor segregação dos resíduos promovendo a redução do seu volume, diminuindo a incidência de acidentes ocupacionais, o impacto com meio ambiente e redução de custos.

Finalidade

Fortalecer a normatização e implementação das fases de classificação, segregação, manuseio, acondicionamento, coleta e armazenamento dos resíduos sólidos.

Também especifica os recipientes a serem utilizados por tipo e cor dos sacos plásticos.

Conceitos

Manejo: O manejo dos resíduos de serviços de saúde é o conjunto de ações voltadas ao gerenciamento dos resíduos gerados. Deve focar nos aspectos intra e extra estabelecimento, indo desde a geração até a destinação final, incluindo as seguintes etapas:

Identificação: Reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos, recipientes e salas, através de identificação de forma inalterável, utilizando-se símbolos, cores e frases determinadas em legislação vigente.

Segregação: Consiste na separação dos resíduos de acordo com as características físicas (gasoso, sólido, líquido), químicas (medicamentos) e

biológicas (sangue, secreção, animais mortos).

Acondicionamento: Consiste no ato de embalar os resíduos evitando vazamentos e ruptura do recipiente.



Transporte interno: Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário. (ex: sala de resíduo para lixo comum e sala de resíduo para lixo infectante).

Armazenamento temporário: Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados. (Sala de resíduo).

Armazenamento externo: Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. Neste local não é permitido o acondicionamento dos sacos de resíduos fora dos recipientes próprios destinados para tal finalidade.

Coleta e transporte externo: Consiste na remoção dos Resíduos do abrigo temporário até a unidade de tratamento ou destinação final.

Tratamento: O tratamento consiste na descontaminação dos resíduos (desinfecção ou esterilização) por meios físicos ou químicos, realizado em condições de segurança e eficácia comprovada, a fim de modificar as características químicas, físicas ou biológicas dos resíduos e promover a redução, a eliminação ou a neutralização dos agentes nocivos à saúde humana, animal e ao ambiente. Os sistemas de tratamento térmico por incineração devem obedecer ao estabelecido na Resolução CONAMA nº. 316/2002.

Destinação final: Consiste na disposição dos resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e

operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a **Resolução CONAMA nº 237/97**.

Resolução CONAMA nº 358/2005 dispõe sobre o tratamento e disposição final dos resíduos dos serviços de saúde.

Obs.: **Não manipule resíduos biológicos sem EPI's (Equipamentos de proteção individual).**

DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS RESÍDUOS

A classificação dos resíduos de serviços de saúde objetiva destacar a composição dos grupos de resíduos segundo as suas características biológicas, físicas e químicas e estado da matéria e origem, para seu manejo seguro e segurança do meio ambiente. A classificação adotada é baseada na Resolução CONAMA nº 358 de 29/04/2005, resolução RDC 222/2018 e NBR



12808 da ABNT de janeiro de 1993 e classifica-os em 5 grupos principais:

GRUPO A –Resíduos com a possível presença de agentes biológicos

Resíduos com possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção. São identificados com o **Grupos A1 , A2 e A3**(resíduos que necessitam de tratamento específico) e **Grupo A4**(resíduos que não necessitam de tratamento).

Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre. Acondicionamento para descarte sem necessidade de tratamento: lixeiras brancas identificadas com o símbolo de risco biológico revestidas com sacos brancos leitosos. Materiais do grupo E (perfurocortantes), contaminados com sangue (utilizados em aplicações), ex. seringas utilizadas devem ser descartadas em Descarpack.

GRUPO B –Resíduos Químicos

Resíduos contendo substâncias químicas que apresentam risco à saúde pública ou ao meio ambiente, independente de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Exemplos: medicamentos vencidos ou impróprios para consumo, objetos perfurocortantes contaminados com quimioterápico ou outro produto químico perigos e qualquer resíduos do Grupo D contaminados por agente químico. Os resíduos do grupo B devem ser acondicionados em embalagens rígidas na cor laranja, com tampa rosqueada, devidamente identificadas com o símbolo de substância química.

GRUPO C – Resíduos radioativos



São todos rejeitos considerados radioativos provenientes de qualquer atividade humana que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados na norma CNEN-NE-6.02.

GRUPO D – Resíduos comuns

São todos os resíduos comuns gerados que, por suas características, não necessitam de processos diferenciados ao acondicionamento, identificação e tratamento, devendo ser considerados resíduos sólidos urbanos. Não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente. Os resíduos do grupo D não recicláveis e/ou orgânicos devem ser acondicionados nas lixeiras devidamente identificadas, revestidas com sacos de lixo preto ou cinza. Os resíduos recicláveis devem ser acondicionados nas lixeiras coloridas, identificadas.

GRUPO E – Resíduos perfurocortantes



São todos os materiais perfurocortantes ou escarificantes, objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontas ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar, tais como: lâminas de barbear, agulhas,

escalpes,ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas,tubos capilares, micropipetas, lâminas e lamínulas, espátulas e todos os utensílios de vidro quebradose outros similares.**Devem ser descartados em recipientes rígidos**, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento.“As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente”.



O QUE É COLETA SELETIVA:

A coleta seletiva é uma alternativa para minimizar o impacto da produção maciça de lixo que é jogado na natureza, uma vez que alguns materiais levam muito tempo para se degradar.

Coleta seletiva é o recolhimento dos resíduos orgânicos e inorgânicos, secos ou úmidos, recicláveis e não recicláveis que são previamente separados na fonte geradora, recolhidos e levados para seu reaproveitamento.

As cores da coleta seletiva são uma importante ferramenta para a melhor destinação dos resíduos ou rejeitos.

- ➔ **Resíduo** é tudo o que pode ser reaproveitado, como itens **recicláveis** e alguns materiais orgânicos, que podem ser compostados.
- ➔ **Rejeito** é o material que não tem condições de ser reaproveitado e é destinado a aterros sanitários.




Segundo a Resolução do CONAMA (Conselho Nacional do Meio Ambiente) N.º 275/2001, foi estabelecido um código de cores para diferentes tipos de resíduos na coleta seletiva. Assim, no padrão das cores dos contentores os materiais que cada um deles recebe são:

- **Azul:** papéis e papelões;
- **Verde:** vidros;
- **Vermelho:** plásticos;
- **Amarelo:** metais;
- **Marrom:** resíduos orgânicos (restos de alimentos)
- **Preto:** madeiras;
- **Cinza:** materiais não reciclados (papel higiênico, guardanapo, fralda)
- **Branco:** lixos hospitalares;
- **Laranja:** resíduos perigosos (metais pesados inflamáveis, corrosivos reativos – resto de tinta, pilhas, baterias)
- **Roxo:** resíduos radioativos (urânio, plutônio, cézio, estrôncio, iodo e criptônio)

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Enfª Dir. Técnica de Saúde: Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Referências Bibliográficas	CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

82. Referências Bibliográficas

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Manual de Normas e Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica / SMS-SP- 2ª ed. São Paulo: SMS.2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS. Procedimento Operacional Padrão e Manual de Normas e Rotinas da Atenção Primária. São Paulo, 2019.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Código de Éticas e Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem. 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUARULHOS. Regimento Interno, Sistematização de Enfermagem, Normas e Rotinas para as Unidades Básicas de Saúde e Procedimento Operacional Padrão. São Paulo, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Manual de Normas de Rotina de Sala para a Enfermagem. São Paulo, 2022.

ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO PAULO. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Atenção Básica Unidade Básica de Saúde. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à Demanda Espontânea. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Domiciliar. v.2. Brasília, 2013.

SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Norma Técnica do Programa de Imunização. 75p. SES-SP: CVE, 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Orientações sobre a lavagem de mãos. 01 de junho de 2017; plataforma de vídeo youtube: acesso em 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Nota Técnica nº 01, de 01 de agosto de 2018. Orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acesso em 25 de Julho de 2024. [.https://sisaps.saude.gov.br/esus/upload/docs/CIAP2_sumario_correcao_W84.pdf](https://sisaps.saude.gov.br/esus/upload/docs/CIAP2_sumario_correcao_W84.pdf)


AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 529/2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente. Brasília-DF, 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica vol.30. Procedimentos. Brasília-DF, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd30.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnica para Profissionais de Saúde-DIU com Cobre TCu 380^a. Brasília - DF, 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Inserção e Retirada do Dispositivo Intra-uterino (DIU) de cobre. Florianópolis, 2018.

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
	TÍTULO: Apresentação e Ciência da Equipe	<small>CODIFICAÇÃO</small> 01	<small>VERSÃO</small> 1.0
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 - SP	Revisado: Dir. de Vigilância em Saúde: Enfª Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP		
Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de Oliveira Baier COREN: 218.256 - SP	Página: 02	Data Imp.: Data Rev.:	

83. Apresentação e ciência da equipe

DATA	NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA

DATA	NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA