

POP's
PROCEDIMENTOS
OPERACIONAIS
PADRÃO DA
ATENÇÃO
PRIMÁRIA À
SAÚDE



MUNICÍPIO DE

PRUDENTÓPOLIS

2025

EQUIPE GESTORA

Adelmo Luis Klosowski
Prefeito Municipal de Prudentópolis

Juarez Antônio
Vice – prefeito Municipal de Prudentópolis

Marcelo Holh Mazurechen
Secretário Municipal de saúde

EQUIPE TÉCNICA

Camila Szymanski Tluski Siqueira
Diretora da Atenção Primária à Saúde (APS)

Cassia Jaíne do Nascimento
Coordenação de Atenção Primária à Saúde (APS)

Elaboração:

Alloma Christine de Madureira Paula
Cassia Jaíne do Nascimento
Maria Adriane Krevei
Michelle dos Santos Silvestre
Paola Heil Plem

Criação do documento:

15/07/2025

Revisão:

Camila Szymanski Tluski Siqueira
Diretora da Atenção Primária à Saúde (APS)

Aprovação:

Comissão de Educação Permanente em Enfermagem (CEPEn)
nomeada pelo decreto ° 428/2025

Alloma Christine de Madureira Paula
Cassia Jaíne do Nascimento
Camila Szymanski Tluski Siqueira
Maria Ivone Michalczesczen
Paola Heil Plem
Michelle dos Santos Silvestre

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO POP – REVISÃO TÉCNICA EM 2025

PRUDENTÓPOLIS, 18 de agosto de 2025

1. Sumário

1. Sumário.....	3
2. Apresentação da Unidade.....	5
3. Objetivo.....	5
ÁREA 1.....	6
Higiene e antissepsia, apresentação pessoal / profissional.....	6
Orientações Básicas de Apresentação Pessoal do Trabalhador nos Serviços de Saúde.....	7
Precaução Padrão.....	9
Técnica de Lavagem das Mãos.....	12
Higienização das Mãos por Fricção.....	12
ÁREA 2.....	16
Higiene, Limpeza e Desinfecção da Unidade.....	16
Desinfecção de superfícies e equipamentos.....	17
ÁREA 3.....	19
Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Materiais.....	19
Indicador Biológico.....	20
Limpeza e desinfecção de artigos de saúde.....	24
Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos de saúde.....	28
Teste Químico (integrador químico).....	33
ÁREA 04.....	35
Assistência ao paciente.....	35
Administração de Medicamento Via Endovenosa.....	36
Administração de Medicamento Via Enteral.....	38
Administração de Medicamento Via Nasal.....	41
Administração de Medicamento Via Ocular.....	43
Administração de Medicamento Via Intramuscular.....	45
Administração de Medicação Via Oral.....	51
Administração de Medicamento Via Otológica.....	54
Administração de Medicamento Via Retal.....	56
Administração de Medicamento Via Subcutânea.....	59
Administração de Medicamento Via Tópica.....	62
Aferição da Frequência Cardíaca.....	64
Aferição da Frequência Respiratória.....	67
Aferição de Glicemia Capilar.....	69
Aferição da Oximetria de Pulso.....	71
Aferição da Pressão Arterial.....	73
Aferição de Temperatura.....	75
Cateterismo Vesical de Alívio.....	78

Cateterismo Vesical de Demora.....	78
Cateterismo Suprapúbico.....	78
Cuidados com Cânula de Traqueostomia.....	95
Cuidados com Estomas.....	98
Curativo Simples.....	100
Curativo Especial.....	103
Curativo Grau II C/ ou S/ Debridamento.....	113
Debridamento de Úlcera / Necrose.....	115
Identificação Segura do Paciente.....	118
Remoção de Cerumen do Conduto Auditivo Externo.....	120
Remoção / Retirada de Corpo Estranho.....	122
Retirada (Ordenha) do Leite Humano.....	128
Remoção de Molusco Contagioso.....	130
Retirada de Pontos.....	132
Sondagem Nasogástrica.....	134
Suturas de Lesões Superficiais de Pele.....	137
Terapia de Reidratação Oral em Crianças.....	139
Tratamento / Cuidado da Pessoa com Queimaduras.....	141
Tratamento / Cuidado dos Pés da Pessoa Com Doença Neuropática.....	143
Tratamento de Miíase Furunculoide.....	147
Verificação do Peso Corpóreo.....	149

2. Apresentação da Unidade

A Estratégia Saúde da Família (ESF) _____
está localizada na Rua _____,
n.º _____, Bairro _____ em Prudentópolis – PR.

Espaços físicos

1 sala de pré-consulta;
1 sala de enfermagem;
1 sala de recepção;
1 farmácia;
1 consultório médico;
1 sala de procedimentos/ curativo;
1 cozinha;
2 banheiros;
1 observação masculina e feminina;
1 expurgo e esterilização;

3. Objetivo

O objetivo da implantação de um Protocolo Operacional Padrão visa aos profissionais conhecerem as normas dos procedimentos operacionais padrão, com intuito de prevenir as doenças, garantir a uniformidade, eficiências e coordenação efetiva das atividades realizadas. Oferecer, aos usuários, uma assistência humanizada, segura e com qualidade.

Foram escritos de forma clara e objetiva, instruindo de forma sequencial a realização das ações rotineiras de todos os profissionais.

ÁREA 1

**Higiene e
antisepsia,
apresentação
pessoal /
profissional**

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 001 Orientações Básicas de Apresentação Pessoal do Trabalhador nos Serviços de Saúde		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde.				
EXECUTANTE Todos os profissionais de saúde.				
MATERIAL Não se aplica.				
INTRODUÇÃO A NR 32 tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.				
OBJETIVO Estabelecer diretrizes para a apresentação pessoal adequada dos trabalhadores da saúde, promovendo a segurança do paciente e controle de infecções.				
CRITÉRIOS Aplica-se durante o horário de trabalho dos profissionais de saúde.				
DESCRIÇÃO Quanto a apresentação pessoal, segundo a NR -32: • Utilizar roupas limpas, passadas, sem manchas; • O uso de calçados fechados; • Manter cabelos penteados e presos. • Manter unhas curtas, limpas, com esmaltação transparentes e íntegros; • Desprover-se de adornos, como pulseiras, anéis ou relógio que impeçam a correta higienização das mãos. • Vedado o ato de fumar no ambiente de trabalho; • Evitar o manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho;				

- Evitar o consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho;
- Não realizar a guarda de alimentos em locais não destinados para este fim.

Quanto ao Jaleco:

- De uso exclusivo dentro da unidade.
- Deve ser mantido limpo e fechado durante o uso.
- Proibido uso fora do ambiente de trabalho.

Conduta

- Manter postura ética e profissional.
- Não utilizar celular pessoal durante o atendimento.
- Cumprir normas de biossegurança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para fins de aplicação da NR -32 entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NR-32. Norma regulamentadora. NR-32: Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Portaria MTb n.º 485, de 11 de novembro de 2005, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/nr-32-atualizada-2023-1.pdf>

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-de-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies.pdf/view>

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 002 Precaução Padrão		Elaborado por: Cássia Jaine do Nascimento Finalizado e revisado por: Paola Heil Plínio Michele dos Santos Silvestre Aprovado por: CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as unidades de Saúde				
EXECUTANTE Técnico de enfermagem, Enfermeiro, Médico, e- multi				
MATERIAL • Pia para lavagem das mãos; • Sabonete; • Álcool 70%; • Avental ou capote; • Máscara cirúrgica; • Óculos ou protetor facial; • Luvas; • Calçado fechado;				
INTRODUÇÃO Precaução padrão são medidas que devem ser aplicadas no atendimento de todos os pacientes, e sempre que houver risco de infecção por sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, pele não íntegra e mucosa para impedir a transmissão de microorganismos. As PP deverão ser utilizadas sempre que houver risco de contaminação com sangue ou outro fluido corporal, mesmo que estes não sejam visivelmente perceptíveis, e se houver contato com pele não íntegra e mucosas. A utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), devem ser selecionados avaliando o risco de exposição do profissional de saúde, conforme o procedimento que será realizado. A Norma Regulamentadora nº32 estabelece as diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção de segurança à saúde dos trabalhadores em serviços de saúde.				
OBJETIVO Medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde, devendo ser adotada no cuidado de todos os pacientes, independentemente dos fatores de risco ou doença de base.				
CRITÉRIOS Serão utilizadas quando existir o risco de contato com: • Sangue; • Todos os fluidos corpóreos, secreções e excreções com exceção do suor, sem considerar a presença ou não de sangue visível; • Pele com solução de continuidade;				

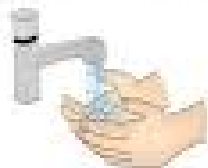
DESCRIÇÃO

- Higienizar as mãos antes e após contato com o paciente, antes da realização de procedimentos assépticos, após risco de exposição a fluidos corporais e após contato com as áreas próximas ao paciente;
- Higienizar as mãos com água e sabão quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais;
- Usar preparação alcoólica para as mãos (70%) quando as mesmas não estiverem visivelmente sujas;
- O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos. A higiene das mãos deverá ser realizada antes e após a inserção, remoção, manipulação ou troca de curativo;
- Não utilizar adornos como anéis, pulseiras e relógios;
- Higienizar as mãos conforme protocolo institucional (POP nº).
- Utilizar luvas sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa, com o objetivo de proteger as mãos do profissional;
- Retirar as luvas imediatamente após o uso, antes de tocar em superfícies ou contato com outro paciente, descartando-as e higienizando as mãos em seguida;
- Trocar as luvas entre os pacientes e/ou procedimentos em diferentes sítios corporais;
- Utilizar avental sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção;
- Retirar o avental após o procedimento e lavar as mãos.
- Não utilizar jaleco como substituto do avental com finalidade de proteção contra agentes infecciosos.
- Utilizar máscara sempre que houver risco de respingos de sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa, com o objetivo de proteger a face do profissional. A máscara cirúrgica deve ser individual;
- Utilizar óculos de proteção sempre que houver risco de respingos de sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa, com o objetivo de proteger os olhos do profissional. O óculos de proteção deve ser individual.
- Utilizar luvas ao remover equipamentos e materiais utilizados na assistência ao paciente e transportá-los em sacos impermeáveis/recipientes próprios fechados ou carrinhos fechados para evitar contaminação ambiental;
- Manter atenção para o uso inadequado de luvas. Evitar tocá-las nas superfícies.
- Realizar rotina de limpeza concorrente e desinfecção das superfícies e equipamentos conforme protocolo institucional. (POP nº)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Precaução Padrão

Devem ser seguidas para TODOS OS PACIENTES,
independentemente da suspeita ou risco de infecções.



Higienização das mãos:



Luvas e Avental



Óculos e Máscara



Canos perfuro-cortante

- Higienização das mãos: Use sabão líquido e água ou álcool gel 70% ou 75% de concentração imediatamente após antes e após o contato com qualquer paciente, após a remoção das luvas e após o contato com sangue ou secreções.
- Use luvas apenas quando houver risco de contato com sangue, secreções ou membranas mucosas. Coloque imediatamente antes do contato com o paciente e remova logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.

- Use óculos, máscara e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção das mucosas de olhos, boca, nariz, tosse e espirros, tosse.
- Descarte em recipientes apropriados, seringas e agulhas, sem desconectar da embalagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/08423574911/Downloads/Caderno%201%20-%20Assist%C3%Aancia%20Segura%20-%20Uma%20Reflex%C3%A3o%20Te%C3%B3rica%20Aplicada%20%C3%A0%20Pr%C3%A1tica.pdf>. Acesso em 20 de fevereiro de 2025.

<https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-32-nr-32>

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 003 Técnica de Lavagem das Mãos Higienização das Mãos por Fricção		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as Unidades de Saúde				
EXECUTANTE Técnicos/ auxiliares de enfermagem, enfermeiro, medico, equipe e-multi				
MATERIAL • Pia para lavagem das mãos; • Água livre de contaminantes químicos e biológicos. • Sabão: Sabonete líquido, tipo refil, armazenado em dispensador de parede. • Agentes antissépticos: Clorexidina degermante 2%; Polvidine degermante 10%; Álcool gel a 70%. • Papel toalha: Não reciclável, de boa qualidade, armazenado em dispensador de parede; • Lixeira;				
INTRODUÇÃO A base para a prevenção e o controle de infecções é construída sobre uma série de precauções simples, bem estabelecidas e comprovadamente eficazes e amplamente valorizadas. As “Precauções Padrão” abrangem os princípios básicos de prevenção e controle de infecções, cujas medidas devem ser aplicadas a todos os pacientes (independentemente do seu diagnóstico infeccioso ou fator de risco) em todos os serviços de saúde, reduzindo o risco dos pacientes e profissionais de saúde adquirirem infecção. A higiene das mãos é o item principal das Precauções Padrão e é indiscutivelmente a medida mais eficaz de prevenir e controlar as infecções. A importância de incorporar uma higiene das mãos eficaz e eficiente em todos os processos de prestação de cuidados deve ser destacada no âmbito da assistência ao paciente.				
OBJETIVO Interromper a transmissão de microrganismos pelas mãos:				

- Entre o ambiente assistencial e o ambiente do paciente;
- Entre o ambiente do paciente e o ambiente assistencial;
- Para um local crítico com risco infeccioso para o paciente (por exemplo, membrana mucosa, pele não intacta, dispositivo médico invasivo);
- A partir de sangue e fluidos corporais.

Evitar:

- A colonização do paciente por patógenos potenciais (inclusive multirresistentes);
- A disseminação de doenças no ambiente assistencial;
- Infecções causadas principalmente por micro-organismos endógenos;
- A colonização e infecção dos profissionais de saúde.

CRITÉRIOS

Indicação para Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica:

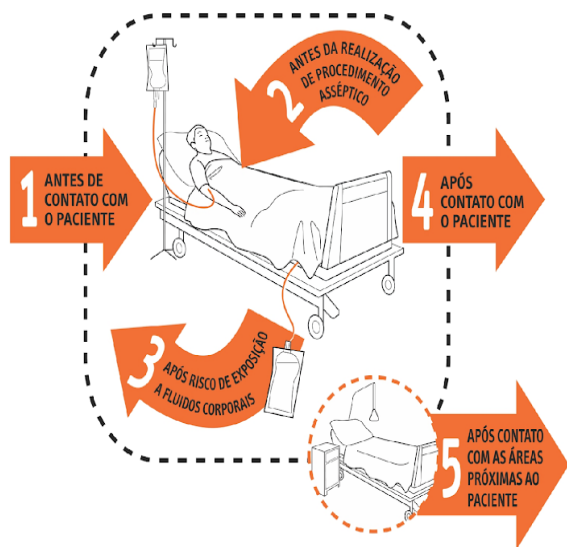
- Mãos não visivelmente sujas;
- Antes de entrar em contato com os pacientes;
- Após contato com pele íntegra de pacientes;
- Após o contato com objetos inanimados próximos ao paciente.

Indicações para Higiene Simples das Mãos:

- Antes e após o contato com cada paciente, artigo ou superfície contaminada.
- Após contato com sangue, fluidos corpóreos, secreções, excreções.
- Após contato, entre um paciente e outro, entre cada procedimento ou em ocasiões em que exista risco de transferência de patógenos para pacientes ou ambientes.
- Entre procedimentos no mesmo paciente quando houver risco de infecção cruzada de diferentes sítios anatômicos.
- Antes e após o uso de luvas.

De acordo com a abordagem da OMS “Meus cinco momentos para a higiene das mãos”, as indicações de higiene das mãos recomendadas pelas Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde se fundem em cinco momentos essenciais quando a higiene das mãos é necessária dentro do fluxo de cuidados assistenciais.

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.
5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente - mesmo sem ter tido contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

DESCRIÇÃO

O processo de higienizar as mãos de maneira efetiva, friccionando com preparação alcoólica :

- Aplique uma quantidade suficiente do produto em uma mão em concha, cobrindo toda a superfície;
- Friccione as palmas das mãos entre si;
- Friccionar a palma direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice versa;
- Friccione as palmas entre si com os dedos entrelaçados;
- Friccionar o dorso dos dedos de uma mão na palma da mão oposta;
- Friccione em movimento circular o polegar esquerdo com auxílio da palma da mão direita e vice-versa;
- Friccione em movimento circular as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, e vice versa;
- Quando estiverem secas, suas mãos estão seguras.

Duração de todo o procedimento: 20-30 segundos

O processo de lavagem das mãos com água e sabão:

- Molhe as mãos com Água;
- Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido ou espuma para cobrir todas as superfícies das mãos;
- Friccione as palmas das mãos entre si;

- Friccionar a palma direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice versa;
- Friccione as palmas entre si com os dedos entrelaçados;
- Friccionar o dorso dos dedos de uma mão na palma da mão oposta;
- Friccione em movimento circular o polegar esquerdo com auxílio da palma da mão direita e vice-versa;
- Friccione em movimento circular as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma esquerda, e vice versa;
- Enxague bem as mãos com Água;
- Seque rigorosamente as mãos com papel toalha descartável;
- No caso de torneira com fechamento manual, use o papel toalha para fechar a torneira;
- Agora, suas mãos estão seguras.

Duração de todo o procedimento: 40-60 segundos

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!

Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



Como higienizar as mãos com Água e Sabonete?

Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Semão, fricção as mãos com preparações alcoólicas!

Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Hand wash – standards. 2.Hygiene. 3.Cross infection – prevention and control. 4.Patient care – standards. 5.Manuals. I.World Health Organization. II.WHO Patient Safety.

ANVISA Manual de Referência Técnica para a Higiene das Mãos. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/ManualdeReferenciaTcnica.pdf>. Acesso em : 24/03/25.

ÁREA 2

**Higiene,
Limpeza e
Desinfecção
da Unidade**

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 004 Desinfecção de superfícies e equipamentos		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde				
EXECUTANTE Técnico de enfermagem, enfermeiro				
MATERIAL • Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); • Balde com água e detergente neutro. • Panos de limpeza (microfibra ou TNT descartável). • Recipiente para descarte de resíduos. • Toalha de papel descartável.				
INTRODUÇÃO A limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos em unidades de saúde são medidas fundamentais para a prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Em ambientes onde há constante circulação de pacientes, profissionais e materiais biológicos, como nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a correta higienização de bancadas e equipamentos contribui significativamente para a segurança do cuidado e a quebra da cadeia de transmissão de microrganismos patogênicos.				
OBJETIVO Estabelecer o procedimento padrão para limpeza e desinfecção de bancadas e equipamentos em ambientes assistenciais da Unidade de Saúde, visando à prevenção de infecções, segurança dos pacientes e profissionais, e conservação dos materiais e superfícies.				
CRITÉRIOS Aplica-se a todas as salas de atendimento (consultórios, salas de procedimento, imunização, curativos, etc.)				
DESCRIÇÃO Definições • Limpeza: remoção de sujidades visíveis (poeira, sangue, secreções) com uso de detergente e água.				

- Desinfecção: processo de eliminação de microrganismos patogênicos com uso de desinfetantes químicos.

Limpeza de Bancadas:

- Colocar os EPIs.
- Remover objetos da bancada.
- Realizar a limpeza com pano embebido em água e detergente neutro;
- Enxaguar com pano limpo umedecido com água.
- Secar com papel toalha descartável.

Frequência:

- Após cada atendimento (se houver sujidade ou contato com material orgânico).
- Imediatamente após derramamento de fluidos corporais.

Desinfecção de Bancadas:

- Aplicar solução desinfetante (álcool 70% ou hipoclorito 0,5%) com pano limpo.
- Deixar secar naturalmente ou com papel toalha limpo.

Frequência:

- Ao início e final de cada turno.

Equipamentos (estetoscópio, termômetro, tensiômetro, etc.):

- Aplicar álcool 70% com pano limpo ou borrifador.
- Deixar secar ao ar.

Frequência:

- Após cada atendimento.
- Imediatamente após derramamento de fluidos corporais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Boas práticas:

- Sentido da limpeza: do mais limpo para o mais sujo
- Frascos rotulados e dentro da validade;
- Treinamentos periódicos;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2010.

RESOLUÇÃO 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. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/rdc-222-de-marco-de-2018-comentada.pdf>

ÁREA 3
Limpeza,
Desinfecção e
Esterilização
de Materiais

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis I PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 005 Indicador Biológico		<i>Elaborado por:</i> Maria Adriane Krevei <i>Finalizado e revisado por:</i> Cássia Jaine do nascimento <i>Aprovado por:</i> Camila Szymanski Tluski Mendes CEPEN
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01
APLICAÇÃO Unidades de saúde (Central de Materiais e esterilização CME).			
EXECUTANTE Enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e técnico/auxiliar de saúde bucal.			
MATERIAL • Epi's (luvas, gorro, óculos protetor e avental); • 01 incubadora biológica; • 01 pacote grande (desafio para esterilização), utilizar o pacote com a maior densidade; • 02 ampola de indicador biológico;			
OBJETIVO Padronizar testes biológicos do Município de Prudentópolis com a função de certificar a eficácia do processo de esterilização, demonstrando a destruição dos microrganismos frente aos processos de esterilização.			
CRITÉRIOS Periodicidade: • Semanal; • Após manutenção preventiva ou corretiva; • Após a instalação no primeiro uso; • Após manutenção ou transferência de local (prédio, cidade, estado).			
INTRODUÇÃO A esterilização é fundamental no controle de infecção nos serviços de saúde. Os indicadores biológicos fazem parte da importante tarefa de monitoramento da esterilização, oferecendo maior confiabilidade ao processo.			

DESCRIÇÃO

- Realizar higienização das mãos conforme POP nº02;
 - Utilizar EPI's;
 - Separe dois indicadores biológicos do mesmo lote. Evite derrubar as ampolas. Identifique uma como ampola teste e outra como controle. Identificar a ampola com número da autoclave caso tenha mais que uma e rubrica do responsável que realizou o teste;
 - Ligue sua mini-incubadora na tomada, o aparelho deve permanecer ligado durante toda incubação;
 - Coloque um indicador biológico (ampola teste) e um indicador químico tipo 5 em um envelope dentro da autoclave já abastecida com um ciclo padrão;
 - Feche a autoclave e realize o ciclo de esterilização;
 - Realize um ciclo completo;
 - Terminado o ciclo de esterilização aguarde 15 minutos para o resfriamento. Abra o envelope e recupere a ampola teste autoclavada. Verifique o resultado do indicador químico tipo 5. Se aprovado prossiga, se reprovado identifique o motivo da reprovação e se não encontrar ligue para o responsável ou assistência técnica autorizada. Interdite o equipamento até resolver a situação e só utilize após aprovação do teste químico tipo 5 e do indicador biológico;
 - Introduza 1 /3 da ampola teste dentro da incubadora. Para ativá-lá dobre a parte superior da ampola plástica que é flexível. Isso resultará na quebra da ampola interna de vidro, liberando o meio de cultura para contato com os esporos. Cuidado para não romper a parte plástica;
 - Segure a ampola conforme demonstrado. Dê um peteleco na parte inferior do tubo. Certifique-se de que o meio de cultura roxo embebeu totalmente o disco com esporos. A parte superior da ampola possui um filtro hidrofóbico que não deve ser molhado, por esse motivo não agite a ampola de cima para baixo;
 - Repita essa mesma operação na ampola controle, que não foi autoclavada;
 - Coloque as duas ampolas para incubar, em até duas horas depois do fim da esterilização, na mini incubadora por 24 ou 48 horas, dependendo do indicador do fabricantes;
 - Para indicadores de 24 horas, faça a leitura inicial com 8 horas, depois com 12 horas e a final com 24 horas.
 - Para indicadores de 48 horas, faça leituras intermediárias com 24, 36 e a final com 48 horas.
- Atenção:** CASO A AMPOLA TESTE APRESENTE A COR AMARELA EM ALGUM MOMENTO, INTERDITE A AUTOCLAVE e recolha todos os pacotes esterilizados desde o último teste biológico aprovado. Só volte a utilizá-la após solucionar o motivo da reprovação.
- Realize a interpretação dos resultados conforme descrição abaixo.

Análises dos Resultados:



Observe que o indicador químico de processo da ampola teste muda de rosa para marrom depois da esterilização.

I - Resultado aprovado

Teste	Controle	Resultado
Roxo	Amarelo	Aprovado

O resultado esperado é que a cor do meio de cultura da ampola teste permaneça roxo e que o meio de cultura da ampola controle mude para amarelo. Isso indica que na ampola teste os microrganismos foram incapazes de se reproduzir, enquanto que na ampola controle foram capazes de se reproduzir. **Deduz-se que a esterilização foi efetiva.**

II - Resultado reprovado

Teste	Controle	Resultado
Amarelo	Amarelo	Reprovado

Se o meio de cultura presente nas ampolas teste e controle ficar amarelo após a incubação, isso indica que houve crescimento bacteriano em ambas, o que pode ocorrer devido à necessidade de manutenção da autoclave ou excesso de material, que impede a circulação do vapor, comprometendo a esterilização. **Conclui-se que a esterilização não foi efetiva.**

III - Resultado reprovado

Teste	Controle	Resultado
Roxo	Roxo	Reprovado

Caso o meio de cultura das ampolas teste e controle permaneça roxo após a incubação, isso indica que não houve crescimento bacteriano. Verifique se as ampolas teste e controle foram devidamente ativadas, conforme os passos 7 e 8. Se ainda assim as duas estiverem roxas, é possível que a sua incubadora necessite manutenção. Outra possibilidade é ter havido alguma falha no transporte, armazenamento ou produção dos indicadores biológicos. Isso evidencia a importância da ampola controle, sem a qual não é possível validar o teste. **Neste caso, não se pode afirmar se a esterilização ocorreu ou não.**



- Registre corretamente no livro ata o resultado do teste. Retire as etiquetas das ampolas teste e controle. Cole as no livro de registro e anote o resultado referente a cada ampola no espaço correspondente, logo abaixo de cada etiqueta.
- Arquive toda a documentação do monitoramento da esterilização. Anexe também cópias das notas e/ou certificado de manutenção do equipamento e guarde esses documentos por pelo menos 5 anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Descarte adequado das ampolas.



- Para descartar as ampolas controle (ou teste com crescimento bacteriano positivo) esterilize antes. Envolver em algodão, fita crepe e coloque as no papel grau cirúrgico. Caso o resultado da ampola teste tenha sido positivo (crescimento bacteriano), o motivo deve ser investigado e solucionado antes de esterilizar as ampolas.
- Descarte o conjunto esterilizado (ampola controle) junto com a ampola teste e lixo infectante, com saco branco leitoso.
- A falta de calibração da incubadora dos indicadores pode propiciar uma leitura errada dos resultados do teste realizado
- A falta da quebra das ampolas na incubadora pode gerar resultados falsos e não condizentes com a situação real do desempenho da autoclave.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada n. 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 19 mar. 2012.
- Association for the Advancement of Medical Instrumentation. Comprehensive guide to steam sterilization and sterility assurance in health care facilities. ANSI/AAMI ST79:2006, A1:2008 and A2:2009.
- DONATELLI, Liliana. Monitorização química e biológica em autoclaves: como fazer. Blog Biossegurança | Cristófoli, 20 jun. 2017. Disponível em: <https://www.cristofoli.com/biosseguranca/monitorizacao-quimica-e-biologica-indicadores-em-autoclaves-como-faze-la/>. Acesso em: 14 abr. 2025.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão – POP 006 Limpeza e desinfecção de artigos de saúde		<i>Elaborado por: Maria Adriane Krevei</i> <i>Finalizado e revisado por: Cassia Jaine do Nascimento</i> <i>Aprovado por: Camila Szymanski Tluski Mendes CEPEN</i>	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Unidades de saúde				
EXECUTANTE Enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e auxiliar de saúde bucal.				
MATERIAL • EPI's: (Luvas de borracha, óculos de proteção, máscara e avental de manga longa impermeável, gorro e sapato fechado); • Recipiente opaco de plástico com tampa; • Detergente neutro; • Escova não abrasiva; • Hipoclorito de sódio a 1%; • Seringa 20ml.				
INTRODUÇÃO Limpeza é o processo manual ou mecânico de remoção de sujidade, mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado limpo os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana. A limpeza é o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes. A desinfecção é um processo que pode ser hierarquizado de acordo com o espectro de ação que possui (alto/intermediário/baixo nível) • Alto nível: elimina todos os microrganismos em forma vegetativa e alguns esporos. • Nível intermediário: elimina bactérias vegetativas, bacilo da tuberculose, fungos, vírus lipídicos e alguns não lipídicos, mas não elimina as bactérias esporuladas. • Baixo nível: elimina a maioria das bactérias vegetativas, alguns vírus e fungos. O processo não é indicado para microrganismos resistentes como o bacilo da tuberculose ou os esporos bacterianos.				
OBJETIVO • Padronizar o procedimento de Desinfecção dos Artigos de Saúde nos serviços de saúde da cidade de Prudentópolis, a fim de, melhorar todo o processo de limpeza e diminuir a propagação de infecções no contexto dos cuidados de saúde.				

- Realizar a limpeza do instrumental após a sua utilização, para reduzir a carga microbiana presente nos artigos e impedir que a matéria orgânica fique aderida, formando biofilme.

CRITÉRIOS

- A limpeza e desinfecção almotolias deve ser realizada após o término da solução e no mínimo a cada 7 dias;
- Não preencher sem realizar a desinfecção.

DESCRIÇÃO

- Realizar higienização das mãos conforme POP nº02;
- Utilizar EPI's;
- Desconectar todas as extensões, máscaras, inaladores, conexões, tampas e umidificadores;
- Realizar a lavagem com água e detergente neutro, utilizando escova apropriada.
- Enxaguar todos os artigos;
- Secar os artigos com toalhas limpas;
- Preparar em recipiente opaco de plástico (com tampa) solução de Hipoclorito de sódio a 1% (diluir a solução conforme prescrito no rótulo da embalagem);
- Identificar o recipiente com tipo de produto, data, horário e o nome do profissional que preparou; E lembrar de realizar a troca diariamente.

SOLUÇÃO: _____ Preparo <u>data:</u> _____ <u>Horário</u> _____ Validade data: _____ Horário _____

- Colocar os artigos secos imersos dentro da solução;
- Deixar agir por 30 minutos;
- Retirar os artigos da solução, deixando escorrer o excesso da solução;
- Enxaguar os artigos com água corrente, tomando cuidado para que as extremidades dos artigos não encoste em locais contaminados;
- Colocar os materiais para secar em superfície limpa e seca (preferencialmente sobre pano limpo);
- Secar os artigos com pano limpo;
- Embalar em saco plástico (identificar data, nome do responsável pela desinfecção);
- Guardar os artigos em local seco e limpo.

ALMOTOLIA

- Realizar higienização das mãos conforme POP nº 02;
- Utilizar EPI's;
- Esvaziar as almotolias;
- Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando escova de limpeza;
- Enxaguar abundantemente por dentro e por fora com água corrente;
- Colocar as almotolias e tampas para escorrer sobre a toalha ou pano limpo e seco, até secarem completamente;
- Imergir as almotolias em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos;
- Retirar o material da solução e enxaguar abundantemente com água corrente;
- Colocar os materiais para secar em superfície limpa e seca (sobre pano limpo);
- Nunca reabastecer as almotolias sem limpeza e desinfecção prévia.

AMBU (máscara, bolsa ventilatória, bolsa reservatório de O₂, extensão para oxigênio):

- Realizar higienização das mãos conforme POP nº 02;
- Utilizar EPI's;
- Desmontar o ambu (retirar a máscara e conexões);
- Lavar cada peça com água e detergente;
- Enxaguar em água corrente e secar;
- Imergir a máscara e conexões em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;
- Retirar da solução de hipoclorito e enxaguar abundantemente;
- Secar cada uma das peças com pano limpo;
- Embalar em saco plástico (identificar data, nome do responsável pela desinfecção).

EXTENSÃO DE SILICONE

- Realizar higienização das mãos conforme POP nº 02;
- Utilizar EPI's;
- Lavar o material com água e detergente;
- Conectar uma das extremidades da extensão no bico da seringa e injetar 20ml de solução de água e detergente na extensão;
- Elevar a extremidade da extensão permitindo que o detergente passe por toda sua extensão interna;
- Enxaguar a superfície externa e interna da extensão com água corrente abundante;
- Imergir as extensões na solução de hipoclorito de sódio a 1%, tampar e deixar 30 minutos;
- Anotar em impresso apropriado o horário de início e fim do processo e nome do responsável;
- Retirar da solução de hipoclorito e enxaguar na parte interna e externa;
- Secar cada uma das peças com pano limpo;
- Realizar uso de ar comprimido na extensão para a secagem interna;
- Guardar as extensões em recipiente tampado e embalado em saco plástico (colocar data, nome do responsável pela desinfecção).

CABOS DE EQUIPAMENTOS (eletrocardiograma, monitor cardíaco, oxímetro, estetoscópio, cardioversor e outros)

- Realizar higienização das mãos conforme POP nº 01;
- Utilizar EPI's;
- Desinfetar com álcool a 70% a cada paciente.
- Na presença de matéria orgânica: Limpar com pano umedecido em água e detergente;
- Remover a solução detergente com pano umedecido em água e secar;
- Friccionar álcool a 70% no cabo por 30 segundos.

NEBULIZADORES (máscara, copinhos, cachimbo, extensão e traqueia)

- Realizar higienização das mãos conforme POP nº 01;
- Utilizar EPI's;
- Realizar limpeza e desinfecção após cada uso;
- Desconectar todas as peças, imergir em água e detergente e realizar fricção com escova;
- Enxaguar as peças rigorosamente interna e externamente;
- Deixar escorrer sobre um pano limpo, completar a secagem manualmente;
- Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos em recipiente opaco e tampar.
- Anotar em impresso apropriado o horário de início e fim do processo e nome do responsável;
- Retirar as peças do recipiente e enxaguar individualmente e rigorosamente em água corrente, para eliminar totalmente o resíduo do hipoclorito;
- Secar com a toalha ou pano limpo e seco;
- Guardar as peças montadas em recipiente tampado e embalado individualmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o processo de limpeza, o profissional deve estar atento ao risco de acidente de trabalho promovido pela presença de instrumentais pontiagudos ou perfuro-cortantes. A utilização do óculo de proteção pode provocar embaçamento do campo de visão, facilitando esta ocorrência; Deve se atentar para a diluição correta do detergente enzimático, respeitando o estabelecido pelo fabricante;

- Quanto a qualidade da água deve-se atentar para que seja potável (baixa carga microbiana), mole (baixas concentrações de cátions cálcio e magnésio) e deionizada nos pontos de enxágue de artigos críticos;

- Deve se atentar também para a troca da solução preparada a cada plantão (ou a cada 6 horas), observando sua saturação e presença de sujidade visível, respeitando as orientações do fabricante;

- Contraindicada a utilização de escovas ou ferramentas para a limpeza feitas de aço ou abrasivos.

- Deve haver divisão técnica (se não for possível divisão física) entre área de limpeza e área de secagem e inspeção. Altamente recomendável que a área de secagem e inspeção seja junto da área de preparo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. 2ª. Edição. Brasília, 2004.

Campinas. Secretaria da Saúde. Manual de Normas e Rotinas para o Processamento de materiais de enfermagem, médico, odontológico. 1.ed. – Campinas: SMS, 2014.

Manual de Normas e Rotinas Técnicas. Central Distrital de Material Esterilizado. SMSA / PBH. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Série Saúde & Tecnologia – Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – Arquitetura na Prevenção de Infecção Hospitalar. Brasília, 1995. 76 páginas.

Procedimento Operacional Padrão Desinfecção e Esterilização para os Serviços da Saúde. Disponível em: https://saude.londrina.pr.gov.br/images/protocolos-clinicos-saude/pop_esterilizacao2.pdf. Acesso em: 07/04/2025.

Procedimento Operacional Padrão nº 7 – Preparo e acondicionamento de materiais estéreis da Prefeitura de Sorocaba revisado em Dezembro de 2021.

RESOLUÇÃO ANVISA – RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão – POP 007 Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos de saúde		<i>Elaborado por: Maria Adriane Krevei</i> <i>Finalizado e revisado por: Cassia Jaine Nascimento</i> <i>Aprovado por: Camila Szymanski Tluski Mendes CEPEn</i>	
Data Emissão 15/07/2025:	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Unidades de saúde e Central de Materiais e esterilização (CME)				
EXECUTANTE Enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e técnico/auxiliar de saúde bucal.				
MATERIAL • EPI's: (Luvas de borracha, óculos de proteção, máscara e avental de manga longa impermeável, gorro e sapato fechado); • Recipiente opaco de plástico com tampa; • Detergente neutro, • Escova não abrasiva; • Detergente enzimático; • Caneta permanente;				
INTRODUÇÃO Limpeza é o processo manual ou mecânico de remoção de sujidade, mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado limpo os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana. A limpeza é o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes. A desinfecção é um processo que pode ser hierarquizado de acordo com o espectro de ação que possui (alto/intermediário/baixo nível) • Alto nível: elimina todos os microrganismos em forma vegetativa e alguns esporos. • Nível intermediário: elimina bactérias vegetativas, bacilo da tuberculose, fungos, vírus lipídicos e alguns não lipídicos, mas não elimina as bactérias esporuladas. • Baixo nível: elimina a maioria das bactérias vegetativas, alguns vírus e fungos. O processo não é indicado para microrganismos resistentes como o bacilo da tuberculose ou os esporos bacterianos. Esterilização é o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A probabilidade de sobrevivência do microrganismo no item submetido ao processo de esterilização é menor que um em um milhão (10/6). A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.				

OBJETIVO

- Padronizar o procedimento de esterilização dos Artigos de Saúde nos serviços de saúde da cidade de Prudentópolis, a fim de, melhorar todo o processo de limpeza, desinfecção e esterilização e diminuir a propagação de infecções no contexto dos cuidados de saúde.

CRITÉRIOS

- SE POSSÍVEL LEVAR O MATERIAL IMEDIATAMENTE NO EXPURGO acondicionado no recipiente com tampa para ser processado, caso não seja possível colocá-lo em molho em água potável, evitando o ressecamento de sujidade aderido em reentrâncias, para posteriormente ser transportado em caixa plástica tampada para o expurgo, onde será realizado todo o processo de limpeza.

DESCRIÇÃO

Limpeza de materiais

- Realizar higienização das mãos conforme POP nº02;
- Utilizar EPI's (Luvas de borracha, óculos de proteção, máscara e avental de manga longa impermeável, gorro e sapato fechado);
- Manipular o material cuidadosamente.
- Separar material perfuro-cortante e lavar separadamente, evitando acidentes.
- Realizar a lavagem com água e detergente neutro, utilizando escova não abrasiva, com movimento unilateral, sempre em único sentido em direção a cuba.
- Enxaguar todos os artigos;
- Colocar os artigos sobre panos limpos e secos.
- Diluir o detergente enzimático nos containers plásticos, observando as orientações do fabricante quanto ao modo e porcentagem de diluição.
- Identificar o recipiente com tipo de produto, data, horário e o nome do profissional que preparou;
- Colocar os artigos secos imersos dentro da solução;
- Deixar agir por 5 minutos ou conforme a orientação do fabricante; Se atentar para não deixar muito tempo exposto a solução;
- Lavar o material peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimento no sentido das serrilhas e dar atenção especial também para as articulações. Sempre em sentido unidirecional em direção a cuba;
- Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações;
- Enxugar as peças em toda a sua extensão com toalha ou pano macio e limpo, de preferência na cor clara de uso exclusivo;
- Colocar o instrumental sobre um pano branco e avaliar a limpeza feita, revisando-o cuidadosamente. Reprocessar aqueles em que persistiu sujidade visível;
- Separar artigos que apresentam alterações, ferrugem ou estejam danificados, encaminhando-os para manutenção ou descarte;
- Encaminhar os instrumentais que estiverem em boas condições de uso para a área de preparo e esterilização;
- Separar o material por tipo de procedimento e prepará-lo;
- Lavar as luvas de borracha antes de retirá-las;
- Higienizar as mãos.

Acondicionamento dos materiais;

- Realizar higienização das mãos conforme POP nº02
- Embalar em papel grau cirúrgico os kits e instrumentos. Respeitando a rotina de uso.
- Colocar o indicador multiparamétrico ou integrador no interior do pacote teste mais críticos.
- Remover o ar do interior dos pacotes antes da selagem e selar o papel grau cirúrgico, deixando uma borda de 2 a 3 cm em um dos lados da embalagem, de modo a facilitar a abertura asséptica do pacote e para identificar. Se atentar para selar corretamente e não deixar fissuras na embalagens.

- Tesoura e outros materiais articulados devem ser colocados abertos na embalagem para que o agente esterilizante atinja as áreas críticas do artigo.

- Identificar as embalagens com nome do artigo, data de esterilização, data limite para uso número do lote e nome do funcionário com caneta permanente.

Esterilização

- Realizar higienização das mãos conforme POP nº02
- Coloque água destilada na câmara de acordo com o modelo da autoclave (ml)
- Colocar os produtos na autoclave;
- Realizar controle dos materiais colocados na autoclave a cada carga como forma de permitir a rastreabilidade dos mesmos (Anexo 16);
- Dispor os pacotes dentro da câmara, deixando espaço entre eles para facilitar a circulação do vapor e drenagem do ar e do vapor;
- Os pacotes devem ser acondicionados preferencialmente na posição vertical (em pé), com distanciamento entre eles, permitindo a livre circulação do vapor por toda a superfície.
- Utilizar até 70% da capacidade da câmara da autoclave, deixando as paredes da câmara livres sem apoiar os pacotes;
- O monitoramento do processo de esterilização deve ser realizado em cada carga em pacote teste desafio com integradores químicos (classes 5 ou 6). Observar também desde o início do processo de aquecimento até o início do processo de esterilização o tempo (não interrompendo o ciclo), temperatura e pressão.
- Registrar a cada ciclo de esterilização em impresso próprio;
- Realizar Teste químico diariamente, na primeira carga do dia de acordo com **POP Nº ?** Registrar no livro de controle da unidade;
- Ligar o aparelho conforme instruções do fabricante, fixadas em local de fácil acesso (Pressione a tecla "início")
- A autoclave irá realizar o ciclo automaticamente.
- Aguardar o ciclo de esterilização, observando se a temperatura e pressão corretas foram atingidas;
- Ao término do ciclo, quando a autoclave despressurizar, aguarde o sinal sonoro e entreabre a porta para secar os materiais, por 10 a 15 minutos para a saída do vapor;
- Higienizar as mãos novamente;
- Verificar a integridade;
- Verificar a ausência de umidade e manchas nos pacotes;
- Não colocar os pacotes quentes em superfícies frias, para evitar a condensação do vapor que ainda resta dentro deles.

De acordo com o preconizado pela ANVISA (2012), a data de limite de uso é definida como: “prazo estabelecido em cada instituição, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado”

- Quanto à instituição, a Secretaria de Saúde orienta a data limite de uso dos produtos esterilizados:
a) Materiais odontológicos – 01 mês (30 dias); b) Demais materiais – 03 meses (90 dias).

Armazenamento dos materiais esterilizados

- Higienizar as mãos conforme POP nº 02;
- Estocar os materiais esterilizados em local arejado, sem presença de umidade e de fácil limpeza;
- Armazenar somente materiais corretamente identificados;
- Armazenar os pacotes de modo a assegurar as condições que preservem a esterilidade do conteúdo;
- A prateleira onde serão armazenados os produtos deve estar limpa;

- O local de armazenagem não deve apresentar umidade;
- O local de armazenagem deve ser específico para guarda de itens estéreis ou, desinfetados (não misturar com outros itens);
- As embalagens utilizadas para materiais esterilizados devem ser claramente distintas daquelas utilizadas para materiais apenas desinfetados, para não haver uso equivocado; Os produtos devem ser estocados somente após serem resfriados;
- Os produtos não devem ser compactados ou, agrupados por meio de elásticos ou presilhas;
- Caso seja necessário organizá-los por tipo de produto, utilizar recipiente que permita a acomodação cuidadosa, sem compressão (recipiente de plástico rígido);
- Não estocar produtos pesados sobre mais leves;
- Os produtos devem apresentar a embalagem íntegra: não apresentar umidade, manchas, sujeidade, selagem inadequada ou rompida, fissuras, rasgos, perfurações, dobras ou amassados;
- Produtos com embalagem comprometida devem ser considerados contaminados e devem ser encaminhados para realização de nova embalagem e esterilizar novamente;
- Registrar as saídas dos materiais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o processo de limpeza, o profissional deve estar atento ao risco de acidente de trabalho promovido pela presença de instrumentos pontiagudos ou perfuro-cortantes. A utilização do óculos de proteção pode provocar embaçamento do campo de visão, facilitando esta ocorrência; Deve se atentar para a diluição correta do detergente enzimático, respeitando o estabelecido pelo fabricante;

- Quanto a qualidade da água deve-se atentar para que seja potável (baixa carga microbiana), mole (baixas concentrações de cátions cálcio e magnésio) e deionizada nos pontos de enxágue de artigos críticos;
- Deve se atentar também para a troca da solução preparada a cada plantão (ou a cada 6 horas), observando sua saturação e presença de sujeidade visível, respeitando as orientações do fabricante;
- Não deixar tempo excessivo imerso em solução com detergente enzimático devido a maior risco de formação de biofilme;
- Contraindicada a utilização de escovas ou ferramentas para a limpeza feitas de aço ou abrasivos.
- Deve haver divisão técnica (se não for possível divisão física) entre área de limpeza e área de secagem e inspeção. Altamente recomendável que a área de secagem e inspeção seja junto da área de preparo;

Para garantir a eficiência da esterilização, é importante:

- Utilizar água destilada;
- Não sobrepor os pacotes;
- Utilizar o suporte para envelopes que acompanha o equipamento;
- Limpar a câmara, o suporte para envelopes e o fecho da autoclave.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. 2ª. Edição. Brasília, 2004.

Campinas. Secretaria da Saúde. Manual de Normas e Rotinas para o Processamento de materiais de enfermagem, médico, odontológico. 1.ed. – Campinas: SMS, 2014.

Manual de Normas e Rotinas Técnicas. Central Distrital de Material Esterilizado. SMSA / PBH. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Série Saúde & Tecnologia – Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – Arquitetura na Prevenção de Infecção Hospitalar. Brasília, 1995. 76 páginas.

Procedimento Operacional Padrão Desinfecção e Esterilização para os Serviços da Saúde. Disponível em: https://saude.londrina.pr.gov.br/images/protocolos-clinicos-saude/pop_esterilizacao2.pdf. Acesso em: 07/04/2025.

Procedimento Operacional Padrão nº 7 – Preparo e acondicionamento de materiais estéreis da Prefeitura de Sorocaba revisado em Dezembro de 2021.

RESOLUÇÃO ANVISA – RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. – São Paulo: SMS, 2014.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis I PR	Procedimento Operacional Padrão – POP 008 Teste Químico (integrador químico)		<i>Elaborado por:</i> Maria Adriane Krevei <i>Finalizado e revisado por:</i> Cassia Jaine do Nascimento <i>Aprovado por:</i> Camila Szymanski Tliski Mendes CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2025	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Unidades de saúde (Central de materiais e esterilização).				
EXECUTANTE Enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e técnico/auxiliar de saúde bucal.				
MATERIAL • Epi's; • Indicadores químicos (classe 5); • 01 pacote grande (desafio para esterilização), utilizar o pacote com a maior densidade; • Caderno ATA; •				
INTRODUÇÃO Verificar a eficácia do processo de esterilização através do uso de indicadores químicos, garantindo que os parâmetros críticos (tempo, temperatura e vapor) foram atingidos.				
OBJETIVO Padronizar testes químicos do Município de Prudentópolis com a função de certificar a eficácia do processo de esterilização e a efetividade das autoclaves.				
CRITÉRIOS Diariamente, em todos os ciclos de esterilização.				
DESCRIÇÃO • Realizar higienização das mãos conforme POP nº02; • Utilizar EPI's; • Monte a carga normalmente, respeitando a distribuição adequada de peso e volume. • Insira o indicador químico dentro de uma embalagem representativa. • Execute o ciclo de esterilização conforme os parâmetros recomendados pelo fabricante da autoclave. • Após o término do ciclo, aguarde 15 minutos, retire o indicador e verifique a mudança de cor ou marcação, conforme especificado pelo fabricante do teste. • Um resultado satisfatório indica que os parâmetros necessários foram atingidos.				

- Registre o resultado no **formulário de controle de esterilização**, incluindo data, hora, operador responsável, resultado (positivo/negativo), e lote.
- Caso o teste indique falha (mudança de cor incompleta ou inexistente), o material **não deve ser liberado** para uso.
- Investigar possíveis causas da falha (sobrecarga, falha de vedação, problemas no equipamento, etc.).
- Repetir o processo de esterilização com nova carga e novo teste.
- Os resultados devem ser arquivados por no mínimo 5 anos ou conforme norma institucional/local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A possível presença de ar residual (falha na remoção do vapor); pontos de difícil acesso do vapor na câmara interna; erro na montagem da carga e/ou dos pacotes não será detectado caso não seja realizado o teste químico diário para controle do ciclo de esterilização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada n. 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 19 mar. 2012.
- Association for the Advancement of Medical Instrumentation. Comprehensive guide to steam sterilization and sterility assurance in health care facilities. ANSI/AAMI ST79:2006, A1:2008 and A2:2009.
- DONATELLI, Liliana. Monitorização química e biológica em autoclaves: como fazer. Blog Biossegurança | Cristófoli, 20 jun. 2017. Disponível em: <https://www.cristofoli.com/biosseguranca/monitorizacao-quimica-e-biologica-indicadores-em-autoclaves-como-faze-la/>. Acesso em: 14 abr. 2025.

ÁREA 04

Assistência ao paciente

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 009 Administração de Medicamento Via Endovenosa		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15_07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde				
EXECUTANTE Enfermeiro e técnico de enfermagem				
MATERIAL • Prescrição de enfermagem; • Prescrição médica; • Par de luvas de procedimento (descartáveis); • Cateter venoso periférico: cateter sobre agulha (calibre 14 a 24 gauge) ou cateter agulhado tipo borboleta/scalp (calibre 19 a 27 gauge); • Curativo primário de película transparente estéril ,fita adesiva microporosa ou esparadrapo; • Garrote; • Algodão; • Álcool 70%; • Seringa de 10ml; • Solução fisiológica 0,9%; • Agulha 40 x 10;				
INTRODUÇÃO Consiste na administração de medicamentos ou soluções estéreis diretamente na corrente sanguínea por meio de um cateter inserido em uma veia.				
OBJETIVO Introdução de medicação na corrente sanguínea.				
CRITÉRIOS Pacientes com prescrição médica de medicamentos por via endovenosa.				
DESCRIÇÃO • Higienize as mãos; • Confira o nome do paciente; • Apresente-se ao paciente;				

- Oriente-o sobre o medicamento que será administrado (nome do medicamento e via de administração);
- Posicionar o paciente de forma confortável;
- Avaliar os possíveis locais para realizar a inserção do cateter venoso periférico;
- Avaliar as preferências do paciente para selecionar o local de inserção do cateter e considerar a não utilização do membro dominante;
- Ler e conferir com atenção o rótulo da medicação com a prescrição do medicamento e observar a data de validade e o estado de conservação do produto;
- Escolher seringa de acordo com a quantidade de líquido a ser administrado;
- Abrir a embalagem da seringa e da agulha conforme orientação do fabricante;
- Conectar a agulha na seringa, sem contaminá-las;
- Realizar a antisepsia da parte superior do frasco/ampola com algodão embebido em álcool 70%;
- Aspirar a solução do frasco/ampola para a seringa, sem contaminá-la, e trocar a agulha (Se necessidade de diluente, introduzi-lo no frasco e homogeneizar o pó com o líquido em movimentos circulares);
- Retirar o ar da seringa;
- Proteger a agulha com o protetor próprio;
- Explicar ao usuário o procedimento a ser realizado;
- Garrotear quatro centímetros acima do local escolhido;
- Realizar a desinfecção do local com algodão embebido em álcool 70%, realizando movimentos no sentido do retorno venoso;
- Inserir o dispositivo com o bisel da agulha voltado para cima;
- Observar o refluxo venoso no dispositivo e em seguida retirar o garrote;
- Fixar o dispositivo com o fita adesiva e identificar a punção venosa com nome do profissional e data;
- Posicionar o conjunto de extensão no sentido proximal do braço e fixar com fita adesiva microporosa ou esparadrapo na pele do paciente, de forma a não ocluir o local de inserção e a ponta do cateter;
- Conferir a permeabilidade do cateter venoso periférico
- Deixe o paciente confortável, de acordo com sua necessidade
- Recolha o material e coloque-o na bandeja;
- Descarte os resíduos no lixo infectante (com saco branco leitoso);
- Retire as luvas de procedimento;
- Higienize as mãos;
- Realizar checagem da prescrição;
- Registrar no sistema, informando o horário, o medicamento, a dose, a via e o local em que foi realizada a aplicação, assim como qualquer intercorrência;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Contraindicações para punção venosa relacionadas ao local de punção: mastectomia; fístula arteriovenosa, linfedema, déficit motor ou sensitivo e locais com lesões cutâneas;
- Não reencapar agulhas e/ou cateteres;
- Caso haja dificuldade de visualização da veia, é indicado retirar o garrote e pedir ao usuário para abrir e fechar a mão várias vezes com o braço em posição pendente (para baixo) para aumentar o fluxo venoso;
- Utilizar sempre EPI e calçado fechado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Guia prático – técnicas de enfermagem / Organizadores Júlio César Batista Santana, Bianca Santana Dutra, Karla Rona da Silva, et al. – Ponta Grossa – PR: Atena, 2022.
BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S.. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 13a ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2015.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 010 Administração de Medicamento Via Enteral		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.				
EXECUTANTE Enfermeiro e técnico de enfermagem				
MATERIAL • Bandeja, • Gaze, • Luvas de procedimento, • Etiqueta ou fita adesiva. • Medicamento prescrito (comprimido/ suspensão líquida); • Copo descartável (comprimido/ suspensão líquida); • Instrumento para cortar ou triturar comprimidos (quando necessário); • Seringas de 10ml ou 20ml, sendo uma seringa para o medicamento e uma para lavar a sonda após a administração do mesmo; • Estetoscópio; • Água filtrada ou mineral; • Álcool a 70%; • Algodão				
INTRODUÇÃO Administração de medicamentos no trato intestinal através de uma sonda, dispositivo utilizado para suprir necessidades nutricionais do paciente que tem a impossibilidade do uso da via oral, todavia, sendo utilizada também para a administração medicamentosa. Sua utilização requer cuidados específicos desde a escolha da apresentação do fármaco, até seu preparo e administração. O termo “via enteral” é utilizado de modo geral para definir acesso ao sistema digestório por sonda orogástrica, nasogástrica, nasoentérica e ostomias de nutrição (gastrostomia e jejunostomia).				
OBJETIVO Administrar medicamentos por sonda enteral (sonda nasogástrica (SNG) ou nasoentérica (SNE)), pré ou pós-pilórica, ou por gastrostomia, em pacientes com impossibilidade, dificuldade ou contraindicação de deglutição.				
CRITÉRIOS				

Pacientes com prescrição médica de medicamentos por via enteral;

DESCRIÇÃO

- Higienize as mãos;
- Confira o nome do paciente;
- Apresente-se ao paciente;
- Oriente-o sobre o medicamento que será administrado (nome do medicamento e via de administração);
- Coloque o paciente na posição sentado (entre 30 e 45°);
- Calce as luvas de procedimento;
- Teste posicionamento e permeabilidade:
Sonda enteral: abra a sonda, conecte a seringa vazia, aspire e observe se há retorno de resíduo gástrico (em sondas enterais pós-pilóricas, não ocorre ao aspirar). Não havendo retorno, injete 10 mL de ar, auscultando o quadrante superior esquerdo do abdome (confirmando o posicionamento da extremidade da sonda);
Gastrostomia: abra o cateter, conecte a seringa vazia, aspire e observe se há retorno de resíduo gástrico. Em caso de dúvida, interrompa o procedimento e consulte o enfermeiro ou o médico;
- Adapte a seringa que contém o medicamento à sonda. Injete lentamente toda a medicação (durante aproximadamente 1 min);
- Lave a sonda, administrando 20 a 30 mL de água (utilize a própria seringa que continha o medicamento e aplique pressão moderada, a fim de remover resíduos de medicamento do interior da sonda).
- Esse procedimento deve ser repetido entre cada medicamento a ser administrado;
- Deixe a sonda fechada (em caso de SNG em drenagem, mantenha-a fechada por 30 min);
- Deixe o paciente confortável (mantendo o decúbito elevado por aproximadamente 30 min, a fim de facilitar o esvaziamento gástrico);
- Recolha o material e coloque-o na bandeja;
- Descarte os resíduos no lixo infectante (com saco branco leitoso);
- Retire as luvas de procedimento;
- Higienize as mãos;
- Realizar checagem da prescrição;
- Registrar no sistema, informando o horário, o medicamento, a dose, a via e o local em que foi realizada a aplicação, assim como qualquer intercorrência;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Sempre que possível, utilize medicamentos com apresentação em solução ou suspensão a fim de prevenir obstrução e facilitar a infusão;
- Antes de triturar os comprimidos, confirme com o farmacêutico se eles podem ser triturados;
- Medicamentos bucais, sublinguais, com revestimento entérico ou de liberação lenta não podem ser triturados;
- As cápsulas não devem ser rompidas nem diluídas;
- Dissolva e administre cada medicamento separadamente, lavando a sonda com água filtrada entre cada um dos medicamentos e após a administração do último ;
- O volume de água utilizado para dissolver o medicamento e para lavar a sonda deve ser previamente definido, levando-se em consideração a idade e a condição clínica do paciente (p. ex., risco de restrição hídrica etc.);
- Sempre que possível, evite horários de medicação que interrompam a infusão da dieta enteral;
- Considere a necessidade de jejum (prévio ou posterior) e a interação entre o medicamento e a dieta em uso ou com outros medicamentos, no mesmo horário;
- Não faça misturas entre medicamentos ou entre medicamentos e dietas ;
- Atente para os locais de absorção de certos fármacos, a fim de evitar que sejam administradas em porção do sistema digestório onde não serão absorvidos (principalmente em paciente com

jejunostomia);

- A lavagem da sonda após a administração da dieta ou de medicamento é importante a fim de se prevenir obstruções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Procedimentos de enfermagem : guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani ... [et. al.]. -- 2. ed. -- Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis I PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 011 Administração de Medicamento Via Nasal		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.				
EXECUTANTE Auxiliar/ Técnico de enfermagem, Médico;				
MATERIAL • Bandeja; • Lenço de papel ou gaze; • Medicamento; • Álcool a 70%; • Soro fisiológico 0,9% • Luva de procedimento.				
INTRODUÇÃO É a administração de medicamentos de forma líquida no orifício nasal para absorção pela mucosa nasal. São usados geralmente para produzir efeitos locais.				
OBJETIVO • Facilitar a drenagem de secreções; • Aliviar a congestão nasal; • Estancar hemorragias; • Umidificar a mucosa nasal; • Prevenir e tratar infecção; • Auxiliar no tratamento hormonal.				
CRITÉRIOS • Pacientes com afecções inflamatória e infecciosa das vias respiratórias; • Pacientes que se submeterão a exames por essa via; • Período perioperatório.				
DESCRIÇÃO • Ler com atenção a prescrição médica;				

- Avaliar a compatibilidade do medicamento com a via de administração;
- Garantir os nove certos (paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação correta, forma certa e resposta certa);
- Verificar se existem informações a respeito de alergia do paciente aos medicamentos prescritos;
- Preencher as etiquetas de identificação com informações do paciente e do medicamento;
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Separar o medicamento, conferir nome, apresentação, dose necessária e data de validade;
- Colar a etiqueta de identificação na embalagem do medicamento correspondente;
- Higienizar as mãos;
- Reunir todos os materiais e levá-los até o paciente, devidamente identificados;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado;
- Calçar luvas de procedimento;
- Solicitar ao paciente que se sente e incline cabeça para trás;
- Caso o paciente não consiga sentar-se, posicioná-lo em decúbito dorsal e colocar o travesseiro sob o ombro de modo que a cabeça fique inclinada para trás;
- Realizar a limpeza das narinas anteriormente à administração do medicamento, com gaze umedecida com SF 0,9%, caso necessário;
- Pingar a medicação nas narinas evitando que o frasco da medicação encoste nelas;
- Instruir o paciente a permanecer nesta posição por 2 a 3 minutos;
- Oferecer lenço de papel ou gaze para o paciente colocar debaixo do nariz, mas solicitar para não assoar durante alguns minutos;
- Auxiliar o paciente a retornar a uma posição confortável após o medicamento ser absorvido;
- Retirar o material usado próximo ao leito e colocar na bandeja;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Fazer as anotações no prontuário do paciente.
- Dar baixa da medicação no sistema;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Prescrições por ordem verbal somente em emergência;
- Administrar medicamento somente com prescrição médica;
- Não administrar medicamento sem rótulo ou sem identificação;
- Verificar data de validade antes da administração;
- Não administrar medicamento preparado por outro profissional;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Guia prático – técnicas de enfermagem / Organizadores Júlio César Batista Santana, Bianca Santana Dutra, Karla Rona da Silva, et al. – Ponta Grossa – PR: Atena, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis I PR	Procedimento Operacional Padrão – POP 012 Administração de Medicamento Via Ocular		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO				
Todas as unidades de saúde.				
EXECUTANTE				
Auxiliar/ Técnico de enfermagem, enfermeiro, médico				
MATERIAL • Prescrição médica; • Luvas de procedimento; • Medicamento a ser administrado; • Bandeja ou cuba; • Álcool a 70%; • Algodão para desinfecção da bancada de preparo de medicamentos e bandeja ou cuba. • Compressa de gaze;				
INTRODUÇÃO Consiste na aplicação de um medicamento sobre a conjuntiva e/ou globo ocular como recurso terapêutico ou diagnóstico. As formas farmacêuticas administradas nesta via se apresentam sob a forma de colírio e pomada.				
OBJETIVO • Corrigir disfunções do músculo do olho. • Aplicar anestésico, antibiótico, anti-inflamatório, antifúngico ou lubrificantes;				
CRITÉRIOS • Evitar o contato do material com as conjuntivas do cliente. Em caso de contato, descartar o produto; • Verificar e respeitar validade do medicamento; • Anotar qualquer reação medicamentosa que possa ocorrer.				
DESCRIÇÃO • Ler a prescrição médica; • Lavar as mãos de acordo com o POP nº; • Explicar o procedimento ao paciente;				

- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Preparar o material para o procedimento, colocando em uma bandeja;
- Selecionar corretamente o medicamento;
- Calçar as luvas de procedimento.
- Solicitar que o paciente fique em decúbito dorsal ou sente-se em uma cadeira com a cabeça ligeiramente hiperestendida, olhando para cima.
- Caso haja drenagem ou crostas ao longo das margens da pálpebra ou no canto interno, lavar delicadamente;
- **Instilação de colírio:**
- Segurar uma compressa de gaze limpa com a mão não dominante no osso malar do paciente, logo abaixo da pálpebra inferior;
- Com a compressa de gaze sob a pálpebra inferior, pressionar suavemente o polegar ou o dedo indicador para baixo contra a órbita óssea, expondo o saco conjuntival. Jamais pressionar diretamente o globo ocular do paciente;
- Solicitar que o paciente olhe na direção do teto. Repousar a mão dominante na testa do paciente; segurar o conta-gotas contendo a medicação a aproximadamente 1 a 2 cm acima do saco conjuntival;
- Pingar o número prescrito de gotas do colírio no saco conjuntival;
- Se o paciente piscar ou fechar os olhos, fazendo com que as gotas caiam para fora das margens externas da pálpebra, repetir o procedimento;
- Após instilar as gotas, pedir ao paciente para fechar os olhos delicadamente.
- **Instilação de pomada ocular :**
- Segurando o aplicador acima da margem da pálpebra inferior, aplique uniformemente uma faixa estreita de pomada ao longo da borda interna da pálpebra inferior sobre a conjuntiva, do canto interno para o externo.
- Pedir que o paciente feche o olho e esfregue a pálpebra levemente em movimentos circulares com um chumaço de algodão, caso não haja contraindicação. Evitar pressionar diretamente o globo ocular do paciente.
- Se houver excesso de medicação na pálpebra, removê-lo cuidadosamente do canto interno para o externo.
- Se o paciente precisar de um tampão ocular, aplicar um limpo sobre o olho afetado, de modo a cobrir o olho completamente. Fixar bem o tampão com fita adesiva sem pressionar o olho.
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Deixar a unidade organizada;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante todo no lixo apropriado;
- Lavar as mãos de acordo com o POP nº ;
- Checar a prescrição médica;
- Fazer as anotações no prontuário do paciente.
- Dar baixa da medicação no sistema;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Quando o paciente for receber mais de um medicamento ocular no mesmo olho, esperar pelo menos 5 minutos antes de administrar o próximo medicamento;
- Quando administrar medicamentos que causam efeitos sistêmicos, aplicar pressão suave com o dedo e o lenço limpo sobre o ducto nasolacrimal do paciente durante 30 a 60 segundos;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem. Florianópolis-SC, 2013.

Guia prático – técnicas de enfermagem / Organizadores Júlio César Batista Santana, Bianca Santana Dutra, Karla Rona da Silva, et al. – Ponta Grossa – PR: Atena, 2022.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão – POP 013 Administração de Medicamento Via Intramuscular		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde.				
EXECUTANTE Auxiliar/ Técnico de enfermagem, Enfermeiro, médico.				
MATERIAL • Prescrição médica legível; • Luvas de procedimentos; • Bandeja ou cuba rim; • Algodão embebido em álcool a 70%; • Seringas descartáveis de 1, 3 ou 5 ml (dependendo do volume a ser injetado); • Agulha 40X12 (diluição); • Agulha para aplicação com comprimento e calibre adequados (a escolha dependerá da solução, local de aplicação e idade); • Medicação e/ou medicações prescritas a serem preparadas. • Diluente para o Medicamento (se necessário); • Algodão Seco.				
INTRODUÇÃO É a aplicação de medicamento no tecido muscular, devendo-se levar em conta: massa muscular suficientemente grande para absorver o medicamento, espessura do tecido adiposo, idade do paciente, irritabilidade da droga e distância em relação a vasos e nervos importantes, na escolha do local para a aplicação.				
OBJETIVO ■ Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via intramuscular; ■ Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos; ■ Promover a absorção sistêmica de medicamentos por via parenteral; ■ Obter uma absorção mais rápida do que pelas vias enterais e subcutânea; ■ Aplicar os medicamentos contraindicados por outra via.				
CRITÉRIOS ■ Injetar ou infundir medicamentos que não podem ser administrados por outras vias; ■ Pacientes com indicação ou necessidade de aplicação de medicamentos pela via				

intramuscular;

■ Administrar medicações irritantes e viscosas que não sejam bem absorvidas no tubo digestivo e tecido subcutâneo.

DESCRIÇÃO

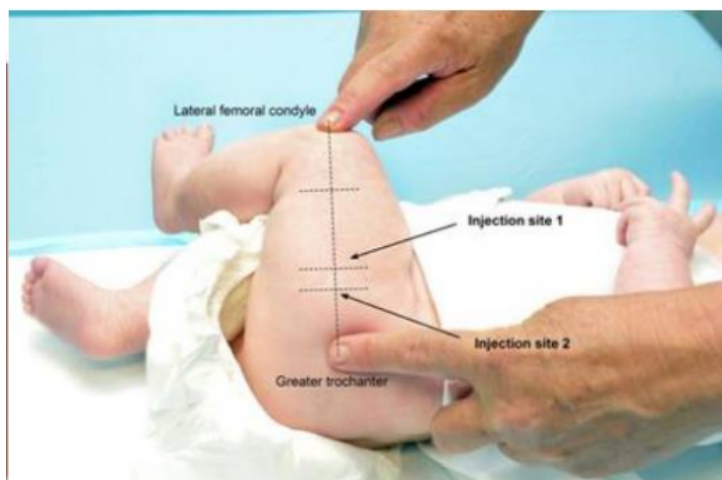
- Ler a prescrição médica que deve conter o nome do paciente, nome do medicamento, dose, via de administração, horário, frequência da administração;
- Avaliar possíveis alergias ao medicamento a ser administrado;
- Realizar higienização das mãos conforme POP N° ;
- Fazer a desinfecção do balcão de preparo de medicamentos e da bandeja com álcool 70%;
- Separar o material necessário, colocando-o na bandeja;
- Conferir o nome do medicamento, dose, via e prazo de validade;
- Fazer a desinfecção do frasco/ampola;
- Nos casos de frasco retirar a proteção metálica com o auxílio, de maneira a evitar contaminação;
- Realizar a desinfecção do frasco/ampola com algodão e álcool 70%, realizando movimentos de fricção;
- Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la à agulha para aspiração do medicamento (40x12), mantendo a técnica asséptica, protegendo-a em sua embalagem original;
- Quebrar a ampola, pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante;
- Apoie o frasco/ampola na bancada, segurando-o com a mão não dominante, utilizando a mão dominante para a introduzir a agulha 40x12.



- Aspirar o medicamento segurando a ampola com os dedos indicador e médio da mão não dominante, segurar a seringa com os dedos polegar e anular da mão não dominante. Com a mão dominante, utilizando os dedos polegar, indicador e médio, tracionar a extremidade do êmbolo sem contaminar sua extensão, aspirando o medicamento;

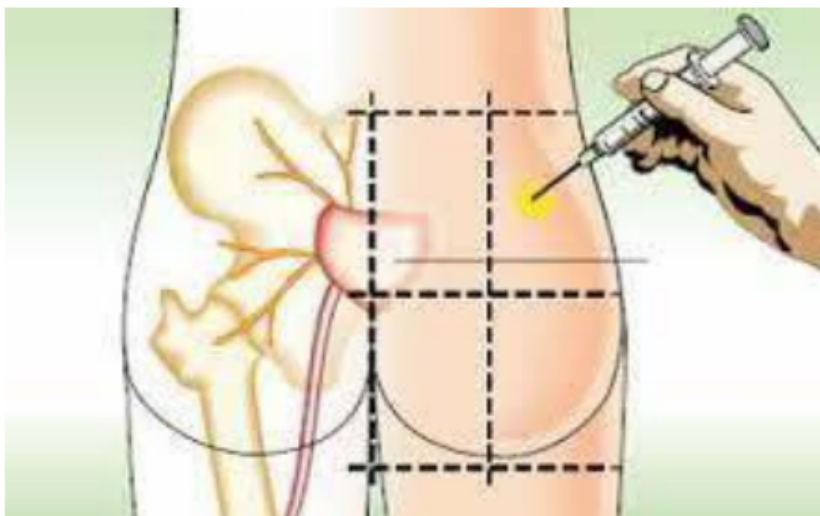


- Se necessário, dilua o medicamento para obter a dose prescrita;
- Trocar agulha de diluição por agulha de aplicação com calibre adequado ao paciente;
- Colocar a seringa na posição vertical e retirar o ar;
- Levar a bandeja próximo ao leito do paciente;
- Manter a privacidade do usuário;
- Conferir os “9 certos”: Devem ser verificados: 1 medicação certa, 2 paciente certo, 3 dose certa, 4 via certa, 5 horário certo, 6 registro certo, 7 ação certa, 8 forma farmacêutica certa, 9 monitoramento certo.
- Explicar ao paciente e ao acompanhante o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
- Posicionar o paciente de maneira confortável e adequada para a realização do procedimento, de acordo com o local de aplicação:
 - Vasto lateral da coxa – Deitado em decúbito dorsal;
 - Dorso glúteo ou ventroglúteo – Deitado em decúbito ventral ou lateral ou em pé;
- Calçar luvas de procedimento;
- Selecionar a região apropriada para injeção, excluindo a existência de equimose, inflamação ou edema;
- Expor a área e delimitar o local para aplicação de acordo com o músculo:
 - Vasto lateral da coxa: Dividir a coxa lateralmente em três partes, tomando como referência o trocânter maior e a articulação do joelho. Aplicar no centro do terço médio;

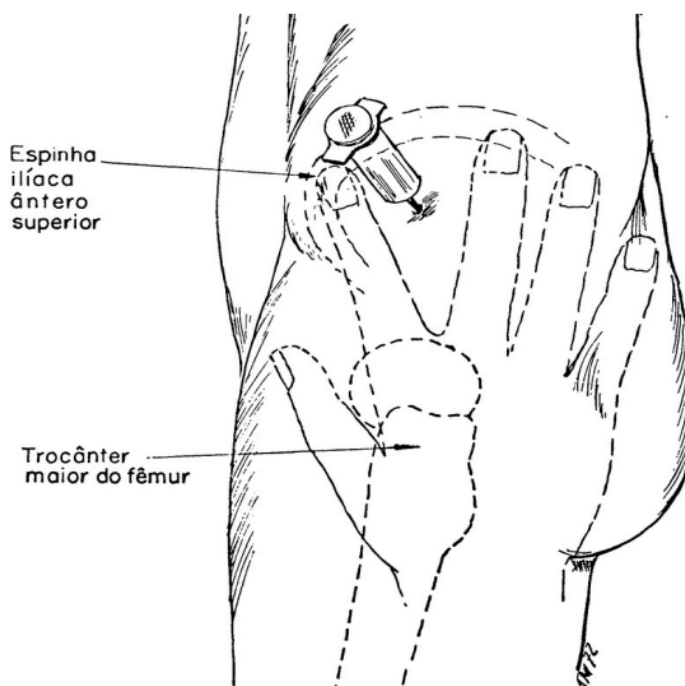


Dorso glúteo: Traçar uma linha imaginária da espinha ilíaca póstero superior até o grande trocânter do fêmur e fazer a aplicação intramuscular acima dessa linha. Ou dividir a nádega

em quadrantes traçando uma linha horizontal do trocâter do fêmur até as vértebras sacrais, e uma linha vertical da crista ilíaca até a parte central do sulco infraglúteo. Aplicar no quadrante supralateral;



Ventroglútea: Colocar a mão não dominante no quadril contralateral do cliente (mão esquerda no quadril direito) apoiando a extremidade do dedo indicador sobre a espinha ilíaca anterossuperior e o dedo médio acima da crista ilíaca, espalmar a mão sobre a base do grande trocâter do fêmur, formando um triângulo invertido em “V”. Aplicar no triângulo formado, ou seja, entre os dedos;



- Realizar antisepsia local com algodão embebido em álcool a 70%, com movimentos em um único sentido;
- Segurar a bola de algodão seco entre o terceiro e quarto dedo da mão não dominante;
- Remover a capa ou bainha da agulha, puxando-a em linha reta para trás;
- Segurar a seringa entre o polegar e o dedo indicador da mão dominante;
- Introduzir a agulha em um ângulo de 90° em relação ao músculo, com o bisel acompanhando o sentido da fibra muscular. Exemplo: dorso glúteo com o bisel lateralizado;
- Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento no músculo, para certificar-se que nenhum vaso sanguíneo foi atingido. Com a mão não dominante, puxe o êmbolo

discretamente até o retorno de bolhas de ar.

- Depois que a agulha perfurar a pele, mantenha o polegar e o dedo indicador da mão dominante firme para segurar o canhão e o corpo da seringa (sem que haja troca de mão);
- Caso ocorra o refluxo de sangue, não faça a aplicação. Retire a agulha e reinicie o processo;
- Injetar o líquido empurrando lentamente o êmbolo com a mão oposta à que segura a seringa;
- Retirar a agulha em movimento único, rápido e firme;
- Realizar, com algodão seco, suave pressão local (sem massagear) até que se conclua a hemostasia;
- Ocluir com curativo próprio se disponível;
- Descartar a agulha sem capa ou a agulha envolta em bainha de segurança presa à seringa dentro do recipiente para materiais cortantes e perfurantes (não desconectar nem reencapar a agulha da seringa);
- Observar possíveis reações que o paciente possa apresentar durante a administração;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Limpar a bandeja com álcool a 70%;
- Checar a prescrição médica conforme normativa;
- Realizar a anotação de enfermagem, constando: local de aplicação, medicamento realizado, ocorrências adversas e as medidas tomadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Modelo e indicação de agulhas para injeção

Modelos Disponíveis	Comprimento (cm) X Calibre Agulha (mm)	Via de Administração	Região de Aplicação	Cor do Canhão	Características do Usuário
20 x 0,55	2,0 X 0,55	IM	Vasto lateral coxa		• Crianças
25 X 0,6	2,5 X 0,6	IM	Vasto lateral coxa		• Crianças (a avaliação clínica da musculatura é imprescindível)
			Deltóide		• Adultos magros
25 X 0,7	2,5 X 0,7	IM	Vasto lateral coxa Deltóide EV		• Homens • Mulheres peso menor 90 Kg
30 x 0,7	3,0 X 0,7	IM	Ventroglúteo Dorsoglúteo		• Homens com peso corpóreo entre 60- 118Kg; • Mulheres com peso corpóreo entre 60- 90 Kg)
25 X 0,8	2,5 X 0,8	IM (em adultos)	Vasto lateral coxa Deltóide EV		• Homens com peso corpóreo entre 60- 118Kg; • Mulheres com peso corpóreo entre 60- 90 Kg)
30 x 0,8	3,0 X 0,8	IM (em adultos)	Ventroglúteo Dorsoglúteo		• Homens com peso maior 118 kg • Mulheres com peso até 90 Kg
40 x 0,8	4,0 X 0,8	IM adultas obesos	Deltóide; Vasto lateral coxa		• Mulheres com peso maior de 90 Kg • Homens com peso maior 118 kg
40 X 1,2	4,0 X 1,2	—	Aspiração; Preparação de medicamentos / . Uso veterinário		—

VOLUME ACONSELHÁVEL

Depende das características do paciente e do músculo. Em adultos eutróficos:

Região dorso glúteo e ventroglúteo: até 5 ml;
Vasto lateral da coxa: até 4 ml;
Crianças, idosos e hipotróficos:
Evitar fazer mais do que 2 ml em cada local.

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Quando as administrações intramusculares forem frequentes, alterne os locais. Use a região ventro-glútea se possível;
- Injeções intramusculares não devem ser administradas em locais inflamados, edemaciados ou irritados, nem em locais que contenham verrugas, sinais congênitos, cicatrizes ou outras lesões;
- Registre qualquer tipo de reação que o paciente apresentar após a aplicação do medicamento;
- Utilize os “9 certos” para a administração de medicamentos, a fim de minimizar possíveis erros;
- Se o volume a ser administrado ultrapassar a capacidade do músculo, a dose deverá ser fracionada e aplicada em mais de um local;
- A prega para injeção IM, embora muito utilizada, pode aumentar o risco de administração do fármaco no tecido subcutâneo, especialmente se estiver sendo utilizado uma agulha de menor comprimento. Assim, deve ser reservado apenas para pacientes idosos, edemaciados ou que tenham pouca massa muscular, de forma a auxiliar na exposição do músculo para a injeção;
- Em crianças, escolher os locais de aplicação, de acordo com a idade, o peso, o desenvolvimento muscular, a quantidade do tecido subcutâneo e o tipo do medicamento. Em crianças menores de 2 anos utilizar o músculo vasto lateral da coxa e nos maiores de 3 anos, que andam no mínimo há um ano, escolher o dorso glúteo e o ventroglútea, preferencialmente;

É recomendável o uso preferencial da região ventroglútea do que a região dorsoglútea para administração de medicação intramuscular por possuir menor risco de complicações, desde que o profissional de enfermagem esteja capacitado respeitando a quantidade e locais de aplicação recomendados para faixa etária, conforme descritos na fundamentação deste parecer. Concomitantemente, é responsabilidade da equipe de enfermagem avaliar se as condições do paciente e as recomendações do fabricante quanto ao preparo, dosagens e vias de administração são favoráveis para o uso da região ventroglútea.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Orientações quanto à aplicação de vacina intramuscular e a não indicação de aspiração. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio. [et al.]. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. – [Reimp.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PARECER TÉCNICO COREN/PR N° 028/2024. Disponível em:
<https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren-pr/transparencia/107930/download/PDF>. Acesso em 26/03/2025

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis I PR	Procedimento Operacional Padrão – POP 014 Administração de Medicação Via Oral		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.				
EXECUTANTE Auxiliar/ Técnico de enfermagem, enfermeiro, Médico				
MATERIAL • Prescrição médica • Medicação Prescrita; • Bandeja; • Fita adesiva; • Copo descartável de 150ml; • Saco de lixo				
INTRODUÇÃO É a administração de medicamentos, por via oral, que passam pelo tubo digestivo e são absorvidas através da mucosa gástrica e, sobretudo, do intestino, de modo a chegarem à circulação sanguínea e serem distribuídos pelo organismo. Como esta forma de administração apresenta inúmeras vantagens, devido à sua simplicidade e ao fato de não necessitar de qualquer equipamento ou assistência especial, é a mais utilizada nos tratamentos ambulatoriais em que a terapêutica depende do próprio paciente ou das pessoas que cuidam dele.				
OBJETIVO • Fornecer subsídios para implementação e acompanhamento da terapêutica medicamentosa; • Melhorar a segurança do paciente mitigando erros na administração de medicamentos; • Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via oral.				
CRITÉRIOS A administração por via oral é o método mais seguro, conveniente e barato. Medicamentos para administração oral encontram-se disponíveis em várias apresentações: comprimidos, comprimidos com revestimento entérico, cápsulas, xarope, elixir, óleo, suspensão, pó e grânulos. Sua indicação é para todos os pacientes em que o tratamento por via oral seja considerado seguro e eficiente e que possam ingerir medicamentos pela boca, sem nenhum prejuízo para o paciente e nem para o tratamento. Pacientes que não possuam dificuldades para engolir, orientados, lúcidos e crianças pequenas.				

DESCRIÇÃO

- Ler a prescrição médica;
- Lavar as mãos de acordo com o POP nº;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Preparar o material para o procedimento, colocando em uma bandeja;
- Selecionar corretamente o medicamento;
- Fazer o rótulo de identificação do medicamento;
- Colocar em uma bandeja o copo descartável de 150 ml com água e o copo de 50ml com a medicação dentro contendo o medicamento com a identificação;
- Deixar para retirar o invólucro do medicamento (no caso de comprimidos, cápsulas, drágeas, pó) diante do paciente, antes de administrá-lo;
- Levar o medicamento próximo ao leito do paciente, colocando a bandeja na mesa de cabeceira;
- Conferir a identificação do rótulo com o paciente;
- Posicionar o paciente em uma posição favorável à deglutição;
- Abrir o invólucro da medicação dentro do copo descartável de 50 ml;
- Oferecer a medicação ao paciente;
- Oferecer água ao paciente até a completa deglutição do medicamento;
- Certificar-se que o paciente ingeriu a medicação;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Deixar a unidade organizada;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante todo no lixo apropriado;
- Lavar as mãos de acordo com o POP nº;
- Checar a prescrição médica;
- Fazer as anotações no prontuário do paciente.
- Dar baixa da medicação no sistema;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A administração de medicamentos correta garante segurança do paciente, sendo assim, realizar os 9 certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro correto da administração do medicamento, orientação correta, forma certa, resposta certa;
- Pacientes capazes de deglutir que apresente dificuldade motora, colocar a medicação na boca do paciente e oferecer água com canudo;
- Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não foi dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo no espaço reservado para anotação de Enfermagem e comunicar o enfermeiro e o médico responsável;
- Deve-se observar e anotar qualquer tipo de reação por um paciente após receber determinado medicamento;
- Caso o paciente se mostre confuso ou desorientado, é necessário verificar o interior de sua boca para certificar-se de que ele engoliu a medicação;
- Se o cliente recusar alguma medicação, registre a recusa e notifique o enfermeiro;
- Caso não haja possibilidade de o paciente deglutir cápsulas, não se deve abri-las e administrar seu conteúdo diluído. Nesse caso, recomenda-se verificar com o médico a possibilidade de alteração da terapêutica medicamentosa;
- Registrar dificuldade de deglutição e presença de vômitos;
- Certificar se o cliente é alérgico ao medicamento prescrito e descartar interações medicamentosas;
- Caso o paciente apresente vômito até 30 minutos após administração, o médico deverá ser comunicado, para confirmar se a prescrição deverá ser repetida ou não;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

POTTER, P. A, PERRY, A. G. Fundamentos da enfermagem. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017

Virgínio, Nereide de Andrade Procedimento operacional padrão: guia para a enfermagem / Nereide de Andrade Virgínio. – João Pessoa, 2020. 316f.

IBSP. Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. Administração segura de medicamentos depende dos 9 certos, 2016. Disponível em: . Acesso em: 27/03/2025

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis I PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 015 Administração de Medicamento Via Otológica		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Michelle dos Santos Silvestre Paola Heil Plem <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.				
EXECUTANTE Enfermeiro e técnico de enfermagem				
MATERIAL • Bandeja, • Gaze, • Luvas de procedimento, • Etiqueta ou fita adesiva. • Medicamento prescrito; • Álcool a 70%; • Algodão • Solução fisiológica (10 ml);				
INTRODUÇÃO A administração de medicamentos pela via otológica consiste no uso de medicamentos para fins terapêuticos como inflamação/infecção, produzir anestesia local, facilitar a retirada de um corpo estranho, amolecer cerume para remoção posterior, e irrigação do ouvido para alívio da dor.				
OBJETIVO Administrar medicamentos por via otológica para auxílio no tratamento de doenças inflamatórias/infecciosas do ouvido.				
CRITÉRIOS Pacientes com prescrição médica de medicamentos por via otológica.				
DESCRIÇÃO • Higienize as mãos; • Confira o nome do paciente; • Apresente-se ao paciente; • Oriente-o sobre o medicamento que será administrado (nome do medicamento e via de				

administração);

- Coloque o paciente sentado ou deitado, com a cabeça inclinada lateralmente;
- Na presença de sujidade ou secreção no ouvido, higienize-o com gaze embebida em solução fisiológica;
- Abra a tampa do frasco, sem tocar o bico dosador;
- Em adultos: segure a porção superior do pavilhão auricular e puxe-a suavemente para cima e para trás;
- Em crianças: segure a porção superior do pavilhão auricular e puxe-a suavemente para baixo e para trás;
- Instile a quantidade de gotas prescritas, mantendo o bico dosador do frasco a 1 cm, no mínimo, acima do canal auditivo, sem tocá-lo no paciente;
- Solicite ao paciente que permaneça em decúbito lateral, ou com a cabeça lateralizada por 2 a 3 minutos;
- Repita o procedimento no lado oposto, se estiver prescrito;
- Deixe o paciente confortável, de acordo com sua necessidade
- Recolha o material e coloque-o na bandeja;
- Descarte os resíduos no lixo infectante (com saco branco leitoso);
- Retire as luvas de procedimento;
- Higienize as mãos;
- Realizar checagem da prescrição;
- Registrar no sistema, informando o horário, o medicamento, a dose, a via e o local em que foi realizada a aplicação, assim como qualquer intercorrência;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Recomenda-se que o frasco ou o tubo do medicamento seja de uso individual;
- Para aplicação de cremes, faça um fuso de gaze, coloque o creme na extremidade e introduza-o no ouvido com o auxílio de uma pinça;
- Quando for utilizado conta-gotas, não devolva o excedente de medicamento aspirado ao frasco.
- O uso de conta-gotas é individual e ele deve ser higienizado a cada reuso;
- Aqueça o frasco do medicamento com as mãos antes de instilar a medicação;
- Atente para a lateralidade do ouvido (se direito, esquerdo ou ambos) em que se deve fazer a administração do medicamento, conforme a prescrição médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Procedimentos de enfermagem : guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani ... [et. al.]. -- 2. ed. -- Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis I PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 016 Administração de Medicamento Via Retal		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.				
EXECUTANTE Enfermeiro e técnico de enfermagem				
MATERIAL • Bandeja, • Medicamento prescrito (supositório, creme, pomada ou solução); • Luvas de procedimento; • Gaze; • Aplicador retal (para cremes e pomadas); • Etiqueta ou fita adesiva. • Nos casos de administração de soluções (enema), acrescentar: frasco da solução prescrita, • Forro impermeável, lençol ou toalha de banho; • Papel higiênico; • Comadre; • Gel hidrossolúvel ou vaselina líquida; • Máscara, óculos de proteção e avental.				
INTRODUÇÃO É a introdução de medicamentos no reto, indicada quando não há possibilidade ou tolerância de se utilizar a via oral e ainda quando a medicação está disponível em forma de supositório, clister medicamentoso ou pomada/creme. É uma via de escolha para administração de drogas que sofrem elevado metabolismo hepático de primeira passagem ou provocam excessiva irritação gastrointestinal.				
OBJETIVO Administrar medicamentos por via retal (VR) para o auxílio no tratamento utilizando a VR para a absorção local do medicamento ou para provocar a evacuação do conteúdo intestinal.				
CRITÉRIOS Pacientes com prescrição médica de medicamentos por via retal.				

DESCRIÇÃO

- Higienize as mãos;
- Confira o nome do paciente;
- Apresente-se ao paciente;
- Oriente-o sobre o medicamento que será administrado (nome do medicamento e via de administração);
- Feche a porta e isole o ambiente com o biombo (se necessário), de modo a preservar a intimidade do paciente;
- Oriente o paciente a tirar a roupa íntima;

Na aplicação de supositórios:

- Solicite ao paciente que faça a higiene da região anal, ou realize-a quando ele estiver impossibilitado;
- Coloque o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo) ou na posição genupeitoral e cubra-o com um lençol;
- Solicite ao paciente que respire lenta e profundamente e que relaxe o esfíncter anal durante a aplicação do medicamento;
- Afaste as nádegas com uma das mãos e, com a outra mão, introduza a extremidade afilada do supositório no ânus do paciente;
- Use o dedo indicador para direcionar o supositório até que ele ultrapasse o esfíncter anal interno;
- Oriente o paciente a permanecer deitado e aguardar por, no mínimo, 5 min, para que ocorra o efeito do medicamento antes de eliminar o conteúdo intestinal;
- Ajude o paciente a ir ao banheiro ou posicione a comadre;
- Observe o efeito do procedimento após a eliminação intestinal.

Na aplicação de cremes e pomadas:

- Solicite ao paciente que faça o esvaziamento intestinal (se possível ou necessário) e que realize a higiene da região anal, ou realize-a quando ele estiver impossibilitado;
- Preencha o aplicador retal com a quantidade prescrita do medicamento;
- Coloque o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo) ou na posição genupeitoral e cubra-o com um lençol;
- Solicite ao paciente que respire lenta e profundamente e que relaxe o esfíncter anal durante a aplicação do medicamento;
- Lubrifique a ponta do aplicador retal com gel hidrossolúvel ou vaselina líquida;
- Afaste as nádegas com uma das mãos e, com a outra, introduza o aplicador no ânus do paciente, até que ele ultrapasse o esfíncter anal interno;
- Oriente o paciente a permanecer deitado e a aguardar por, no mínimo, 5 min para que ocorra o efeito do medicamento; oriente-o a evitar evacuar na sequência;

Na aplicação de enema (clíster):

- Coloque o avental, os óculos de proteção e a máscara;
- Solicite ao paciente que faça a higiene da região anal, ou realize-a quando ele estiver impossibilitado;
- Coloque o forro impermeável e a toalha sob o paciente;
- Coloque o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo) ou na posição genupeitoral;
- Solicite ao paciente que respire lenta e profundamente e que relaxe o esfíncter anal durante a aplicação do medicamento Lubrifique o bico do frasco do enema com gel hidrossolúvel ou vaselina líquida;
- Afaste as nádegas com uma das mãos e, com a outra, introduza o bico do frasco do clíster;
- Aperte o frasco até esvaziá-lo completamente;
- Retire o frasco e solicite ao paciente que tente reter a solução por 5 a 15 min;
- Encaminhe o paciente ao banheiro (ou ofereça-lhe a comadre), para eliminação intestinal;
- Observe o efeito do procedimento após a eliminação intestinal;

- Auxilie o paciente a vestir-se;
- Deixe o paciente confortável, de acordo com sua necessidade
- Recolha o material e coloque-o na bandeja;
- Descarte os resíduos no lixo infectante (com saco branco leitoso);
- Retire as luvas de procedimento;
- Higienize as mãos;
- Realizar checagem da prescrição;
- Registrar no sistema, informando o horário, o medicamento, a dose, a via e o local em que foi realizada a aplicação, assim como qualquer intercorrência;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Verifique as características das eliminações (presença de sangue, muco e secreções) e das fezes (cor, consistência, odor e quantidade);
- Quando houver resistência à passagem pelo esfíncter anal interno ou o paciente sentir dor no local, interrompa o procedimento e avise ao médico;
- A introdução de pequena quantidade de líquidos chama-se clíster (até 150 ml). Acima dessa quantidade, é chamada enteroclisma ou lavagem intestinal;
- O aplicador retal é de uso individual e descartável;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Procedimentos de enfermagem : guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani ... [et. al.]. -- 2. ed. -- Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 017 Administração de Medicamento Via Subcutânea		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.			
EXECUTANTE Enfermeiro e técnico de enfermagem			
MATERIAL • Luvas de procedimento; • Bandeja ou cuba-rim; • Etiquetas de identificação; • Medicamento de acordo com prescrição; • Usar preferencialmente seringas com agulha acoplada ; • Álcool a 70%; • Algodão.			
INTRODUÇÃO A injeção subcutânea envolve o depósito de medicamento no tecido subcutâneo frouxo sob a derme. Como o tecido subcutâneo não contém tantos vasos sanguíneos quanto os músculos, os medicamentos são absorvidos com mais lentidão do que as injeções intramusculares (IM). O exercício físico ou a aplicação de compressas quentes ou frias influencia a taxa de absorção do medicamento, afetando o fluxo sanguíneo local para os tecidos. Qualquer condição que prejudique o fluxo sanguíneo é uma contraindicação para injeções subcutâneas.			
OBJETIVO Os medicamentos subcutâneos são administrados em doses de soluções, que sejam isotônicas, não irritantes, não viscosas e hidrossolúveis. Os melhores locais de injeção subcutânea incluem a face externa da parte superior dos braços, o abdômen abaixo dos bordos costais para as cristas ilíacas e as faces anteriores das coxas			
CRITÉRIOS O uso da via é indicado quando se almeja absorção gradual e sistêmica do medicamento. Não deve ser administrado sobre cicatrizes, locais com edema, hematomas, rubor, calor, dor, locais com alterações como hipotrofia ou hipertrofia do tecido SC. O volume máximo a ser aplicado nessa via é de 2 ml. A via SC é muito utilizada para a administração de anticoagulantes e de insulinas.			

DESCRIÇÃO

- Ler a prescrição médica;
- Lavar as mãos de acordo com o POP n°;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Preparar o material para o procedimento, colocando em uma bandeja;
- Selecionar corretamente o medicamento;
- Fazer o rótulo de identificação do medicamento;
- Garantir os nove certos (paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação correta, forma certa e resposta certa);
- Verificar se existem informações a respeito de alergia do paciente aos medicamentos prescritos;
- Preparar o medicamento de forma asséptica;
- Colar a etiqueta de identificação na embalagem da medicação a ser administrada;
- Calçar luvas de procedimento;
- Expor a região na qual será administrado o medicamento e realizar a desinfecção do local com álcool 70%, e esperar secar;
- Após secar, segurar o algodão entre os dedos mínimos e anelar da mão não dominante;
- Com o uso dos dedos polegar e indicador, fazer uma pinça/prega a fim de elevar o tecido subcutâneo;
- Segurar a seringa com os dedos polegar, indicador e médio e inserir a agulha com a angulação de 90° graus em um único movimento;
- Se for utilizada a agulha 13 x 4,5mm, a angulação deve ser a 45° graus;
- Em crianças, adolescentes e pessoas com escassez de tecido subcutâneo, mesmo com as agulhas ultrafinas a angulação deve ser a 45° graus a fim de evitar a administração no tecido intramuscular;
- Desfazer a prega cutânea;
- Injetar a medicação lentamente e aguardar 5 segundos;
- Remover a agulha delicadamente (mas de forma rápida) respeitando a mesma angulação utilizada para a inserção;
- Acionar o dispositivo de segurança da agulha;
- Exercer leve compressão local, com algodão, sem massagear;
- Retirar o material usado próximo ao leito e colocar na bandeja;
- Retirar as luvas;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Deixar a unidade organizada;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante todo no lixo apropriado;
- Lavar as mãos de acordo com o POP n° ;
- Checar a prescrição médica;
- Fazer as anotações no prontuário do paciente.
- Dar baixa da medicação no sistema;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aplicar gelo no local de injeção por 1 minuto antes da injeção pode diminuir a percepção de dor do paciente.

A aspiração após injetar medicamento subcutâneo não é necessária. A perfuração de um vaso sanguíneo em uma injeção subcutânea é muito rara. A aspiração após a injeção de heparina e insulina não é recomendada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem. Florianópolis-SC, 2013.

Guia prático – técnicas de enfermagem / Organizadores Júlio César Batista Santana, Bianca Santana Dutra, Karla Rona da Silva, et al. – Ponta Grossa – PR: Atena, 2022.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis I PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 018 Administração de Medicamento Via Tópica		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde				
EXECUTANTE Enfermeiro e técnico de enfermagem				
MATERIAL • Bandeja, • Medicamento prescrito, • Gaze, • Luvas de procedimento, • Espátula; • Etiqueta ou fita adesiva.				
INTRODUÇÃO A administração de medicamentos por via tópica envolve a aplicação direta de substâncias no corpo, geralmente sobre a pele, visando tratamento local. Essa via é indicada para condições dermatológicas, com menor risco de efeitos sistêmicos.				
OBJETIVO Administrar medicamentos por via dermatológica para auxílio no tratamento de doenças inflamatórias, infecciosas, parasitárias, alérgicas e dermatológicas, por ação local ou sistêmica.				
CRITÉRIOS Pacientes com prescrição médica de medicamentos por via tópica.				
DESCRIÇÃO • Higienize as mãos; • Confira o nome do paciente; • Apresente-se ao paciente; • Oriente-o sobre o medicamento que será administrado (nome do medicamento e via de administração); • Calce as luvas de procedimento;				

- Coloque o paciente na posição mais adequada ao procedimento, exponha a área de aplicação e faça higiene local com gaze embebida em solução fisiológica, se necessário (para a remoção de sujidade, secreção ou resíduos de aplicações anteriores);
- Abra a tampa do frasco ou tubo Coloque o medicamento em uma gaze, na quantidade suficiente para cobrir a área indicada (se necessário, utilize uma espátula);
- Aplique o medicamento na área indicada e espalhe-o delicadamente até sua absorção (se necessário, enfaixe o local);
- Deixe o paciente confortável, de acordo com sua necessidade;
- Recolha o material e coloque-o na bandeja;
- Descarte os resíduos no lixo infectante (com saco branco leitoso);
- Retire as luvas de procedimento;
- Higienize as mãos;
- Realizar checagem da prescrição;
- Registrar no sistema, informando o horário, o medicamento, a dose, a via e o local em que foi realizada a aplicação, assim como qualquer intercorrência;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Procedimentos de enfermagem : guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani ... [et. al.]. -- 2. ed. -- Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis I PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 019 Aferição da Frequência Cardíaca		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.				
EXECUTANTE Auxiliares/ Técnicos de enfermagem, enfermeiros;				
MATERIAL • Relógio ou cronômetro digital; • Estetoscópio (se for o caso verificação Pulso apical); • Caneta e papel.				
INTRODUÇÃO A FC pode ser aferida sobre artéria periférica, geralmente pulso radial, ou auscultada com estetoscópio acima do ápice cardíaco, também chamado de pulso apical ou a pulsação no ápice do coração. Esta pulsação é percebida como uma onda de sangue sendo bombeado na circulação arterial, pela contração do ventrículo esquerdo. Características das pulsações como frequência, qualidade, ritmo, e volume dão informações sobre a eficácia do coração como uma bomba e a adequação do fluxo sanguíneo periférico. A frequência das pulsações aumenta ou diminui em reação a uma variedade de mecanismos fisiológicos. Pode ainda alterar-se devido a atividade, medicamentos, emoções, dor, calor, frio e doenças em curso				
OBJETIVO Avaliar e monitorar as condições hemodinâmicas do paciente; detectar e monitorar arritmias cardíacas; avaliar efeitos de medicamentos que alterem a frequência cardíaca e verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso				
CRITÉRIOS Locais de Verificação do pulso Artérias: Temporal, Carotídeo, Apical, Braquial, Radial, Ulnar, femoral, poplíteia, tibial posterior, dorsal do pé. OBS: em bebês, não aferir pulso em artéria carótida (interrupção do fluxo). Neste POP será abordado o mais comum (verificação pulso apical e radial).				
DESCRIÇÃO				

Aferição da frequência cardíaca no pulso apical

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao usuário;
- Colocar o paciente em posição confortável preferencialmente sentado;
- Realizar a desinfecção das olivas do estetoscópio com algodão ou gaze embebida de álcool 70%;
- Identificar o pulso que será utilizado, imediatamente à esquerda da linha hemiclavicular no quarto espaço intercostal esquerdo;
- Coloque o estetoscópio no quinto espaço intercostal, na linha clavicular média, ou seja, acima do ápice cardíaco, (no adulto abaixo da linha mamária, na criança na linha mamilar)
- Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o local;
- Aproximar o cronômetro ou relógio do local;
- Realizar a contagem dos batimentos cardíacos por 1 minuto;
- Observar o ritmo e a qualidade do som;
- Comunicar ao usuário ou acompanhante sobre o resultado;
- Realizar a higienização das mãos;
- Realizar os registros necessários;

Aferição da frequência cardíaca no pulso radial:

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante;
- Colocar o paciente em posição confortável (Se o paciente estiver em posição supina, colocar o antebraço ao lado da região inferior do tórax com o punho estendido e a palma da mão para baixo. Se o paciente estiver sentado, dobrar seu cotovelo a 90°, apoiar seu antebraço, estender suavemente o punho com a palma da mão voltada para baixo);
- Aquecer as mãos, se necessário, friccionando-as;
- Palpar a artéria radial;
- Colocar as polpas digitais dos dedos, médio e indicador, sobre uma artéria superficial comprimindo-a suavemente;
- Aproximar o cronômetro ou relógio do local;
- Realizar a contagem dos batimentos cardíacos por 1 minuto;
- Observar o ritmo e a qualidade do som;
- Realizar os registros necessários

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Terminologia básica relacionado a frequência cardíaca:

- Normocárdico: Frequência cardíaca dentro da normalidade;
- Taquicardia Aumento da frequência cardíaca acima do normal;
- Bradicardia ou bradisfigmia Pulso abaixo da faixa normal (frequência cardíaca baixa);
- Pulso cheio: Indica volume normal do pulso periférico, isto é, enchimento arterial adequado;
- Pulso filiforme, fraco, débil: Termos que indicam redução da força ou volume do pulso periférico;
- Pulso irregular: Os intervalos entre os batimentos são desiguais;
- Pulso dicrótico: "Impressão" de 2 batimentos;

Os valores de referência para a frequência do pulso periférico são, em batimentos por minuto (bpm):

- Menores de 7 anos: 80 a 120 bpm (normosfigmia);
- Maiores de 7 anos: 70 a 90 bpm (normosfigmia);
- Adolescentes: 80 a 95 bpm (normosfigmia);
- Adultos: 60 a 100 bpm (normosfigmia);
- < 60 bpm (bradisfigmia) > 100 bpm (taquisfigmia);

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Procedimentos de enfermagem : guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani ... [et. al.]. -- 2. ed. --
Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis I PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 020 Aferição da Frequência Respiratória		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão:	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão:	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.				
EXECUTANTE Auxiliares/ Técnicos de enfermagem, enfermeiros;				
MATERIAL • Relógio de pulso ou de parede que tenham demonstrador de segundos. • Caneta e papel.				
INTRODUÇÃO Os sinais vitais são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatória, respiratória, neural e endócrina do corpo. Para mensuração da FR, deve-se contar o número de incursões respiratórias em um minuto (rpm).				
OBJETIVO Verificar alteração na frequência respiratória e monitorar a frequência das vias aéreas superiores e inferiores.				
CRITÉRIOS Aos pacientes ambulatoriais e de pronto-atendimento com prescrição médica e/ou de enfermagem de verificação de frequência respiratória.				
DESCRIÇÃO • Realizar a higienização das mãos; • Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; • Posicionar o paciente de forma confortável; • Colocar a mão no pulso radial do paciente como se fosse controlar o pulso e disfarçar, observando os movimentos respiratórios durante um minuto; • Realizar a higienização das mãos; • Comunicar ao Enfermeiro alterações no padrão; • Registrar o procedimento realizado e anotar o valor encontrado no prontuário do paciente.				

CONSIDERAÇÕES FINAIS

NOMENCLATURA E VALORES DE REFERÊNCIA

Adultos:

- Bradipneico: <12 rpm;
- Eupneico: 12 a 22 rpm;
- Taquipneico: >22 rpm;

Crianças:

- Bradipneico: <20 rpm;
- Eupneico: 20 a 25 rpm;
- Taquipneico: >25 rpm;

Recém Nascidos:

- Bradipneico: <30 rpm;
- Eupneico: 30 a 60 rpm;
- Taquipneico: >60 rpm;

- Para que a verificação da frequência respiratória seja feita de maneira correta, é necessário que o paciente esteja tranquilo e em silêncio;
- Se as respirações forem superficiais e de difícil detecção, observe o apêndice xifoide, local em que a respiração é mais aparente;
- Em bebês ou crianças, deve-se avaliar a respiração sem que estejam chorando, pois isso pode alterar a condição respiratória;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Procedimentos de enfermagem : guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani ... [et. al.]. -- 2. ed. -- Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 021 Aferição de Glicemia Capilar		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.			
EXECUTANTE Auxiliares/ Técnicos de enfermagem, enfermeiros;			
MATERIAL • Luvas de procedimento; • Algodão; • Bandeja retangular; • Glicosímetro; • Fitas reagentes para glicose, específica ao aparelho utilizado no momento; • Lancetas estéreis; • Caneta e papel; • Caixa para descarte de material contaminado;			
INTRODUÇÃO A glicemia capilar é um exame sanguíneo que oferece resultado imediato acerca da concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital, através do glicosímetro, com fitas que fazem captação elétrica da gota de hemoglobina.			
OBJETIVO Controlar a glicemia de portadores de diabetes, usuários de insulino terapia e de nutrição parenteral ou outras terapêuticas que interfiram no metabolismo da glicose no organismo; avaliar possíveis causas de hipotímia, desmaios e convulsões.			
CRITÉRIOS Indicado para pessoas que fazem uso de insulina como adjuvante para manter os níveis de glicemia adequados, visto a maior possibilidade de ocorrer hipoglicemia. De maneira geral, indica-se a verificação da glicemia capilar antes das refeições, ocasionalmente após as refeições e ao deitar, antes de se exercitar e antes de qualquer tarefa durante a qual a hipoglicemia possa causar danos à pessoa ou outrem.			
DESCRIÇÃO • Explicar o procedimento ao paciente;] • Higienizar as mãos;			

- Organizar material a ser utilizado;
- Verificar se o aparelho de leitura está calibrado e pronto para o procedimento;
- Colocar luvas de procedimento;
- Limpar a polpa digital do dedo escolhido pelo paciente com algodão embebido no álcool a 70% e aguardar secar;
- Introduzir a tira teste no aparelho, evitando tocar na parte reagente;
- Realizar a punção lateralmente na polpa digital para minimizar desconforto e evitar áreas centrais;
- Coletar uma gota de sangue na fita reagente em porção indicada pelo fabricante;
- Descartar imediatamente a lanceta em caixa de perfuro cortante;
- Aguardar o tempo necessário para que o aparelho realize a leitura;
- Orientar o paciente a pressionar com algodão seco o local da punção por tempo suficiente para suspender o sangramento;
- Realizar a leitura do índice glicêmico;
- Certificar-se de que não há prolongamento do período de sangramento;
- Desprezar fita e algodão sujo de sangue utilizado em lixeira com saco branco;
- Retirar luva de procedimentos e desprezá-la na lixeira com saco branco;
- Informar o paciente dos valores encontrados;

CONSIDERAÇÕES

Valores preconizados para normoglicemia, pré-diabetes e Diabetes Mellitus (DM) adotados pela Sociedade Brasileira de Diabetes:

- Glicemia normal em jejum: <100;
- Glicemia alterada em jejum: ≥ 100 e <200 mg/dL, solicitar exame laboratorial em jejum de 8 horas;
- Glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dL, realizar novo HGT em jejum;
- Glicemia alterada em jejum > 200 mg/dl, observar sinais e sintomas, encaminhar para avaliação médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Pititto B, Dias M, Moura F, Lamounier R, Calliari S, Bertoluci M. Metas no tratamento do diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). DOI: 10.29327/557753.2022-3, ISBN: 978-65-5941-622-6. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/metas-no-tratamento-do-diabetes/#introducao-15b56884-a2d9-4ca4-ac a4-32fa35 72b15a>

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 022 Aferição da Oximetria de Pulso		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde			
EXECUTANTE Auxiliares/ Técnicos de enfermagem, enfermeiros;			
MATERIAL • Oxímetro de pulso; • Algodão; • Álcool a 70%. • Caneta e papel;			
INTRODUÇÃO A oximetria de pulso é um método não invasivo, rápido e eficaz utilizado para monitorar a saturação periférica de oxigênio (SpO₂) e a frequência cardíaca, fornecendo informações essenciais sobre a ventilação e a oxigenação do paciente. Trata-se de uma prática amplamente empregada na Atenção Primária à Saúde, em atendimentos domiciliares, serviços de urgência e em diversos contextos clínicos, permitindo a identificação precoce de hipóxia e outras alterações respiratórias.			
OBJETIVO Verificar a saturação parcial de oxigênio nos tecidos através de uma monitorização não invasiva (níveis de SpO₂ no sangue), auxiliando, assim, na avaliação clínica e tomada de condutas direcionadas ao paciente.			
CRITÉRIOS Indicada em situações de alterações de sinais vitais ou piora do quadro clínico; relato de sintomas inespecíficos e/ou desconforto respiratório ou físico; na rotina de avaliação de pacientes pneumopatas, cardiopatas ou com outras patologias que necessitem dessa avaliação.			
DESCRIÇÃO • Explicar o procedimento ao paciente; • Higienizar as mãos; • Organizar material a ser utilizado; • Posicionar confortavelmente o paciente sentado ou em decúbito dorsal;			

- Realizar a desinfecção do sensor do pulso oxímetro com algodão umedecido em álcool a 70%;
- Ligar o oxímetro e aguardar o tempo de calibração interna e verificações;
- Instalar pulso oxímetro preferencialmente no dedo indicador;
- Aguardar para que o aparelho detecte o pulso e calcule a saturação de oxigênio;
- Realizar a leitura dos dados exibidos no visor;
- Retirar o oxímetro do paciente e esperar o desligamento do mesmo;
- Realizar a desinfecção do sensor do pulso oxímetro com algodão umedecido em álcool a 70%;
- Guardar o aparelho em seu devido local;
- Registrar o valor encontrado em prontuários físico ou eletrônico do paciente.

CONSIDERAÇÕES

- Considerar como valores de referência normais de 95% a 100%, e menor que 90% como hipoxemia. Vale ressaltar que valores abaixo de 90% devem estar associados com a avaliação clínica do paciente, pois podem ser aceitáveis para portadores de determinadas doenças crônicas;
- Em pacientes portadores de Parkinson ou que apresentem tremores constantes por outras causas, o uso do pulso oxímetro pode ser dificultado, pois os movimentos gerados dificultam a captação do sinal pelo sensor;
- A presença de esmaltes ou unhas postiças interferem a leitura do sensor e, conseqüentemente, no resultado da medida, sendo necessária a remoção;
- Em casos de extremidades frias, promover o aquecimento das mesmas antes de verificar a saturação de oxigênio;
- Caso for identificada alguma anormalidade durante a realização do procedimento, como queda de saturação, saturação menor que 90%, cianose ou alteração de temperatura de extremidades, comunicar imediatamente ao enfermeiro ou médico;
- Estabelecer periodicidade de teste dos oxímetros utilizados e previsão de troca das pilhas dos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PARANÁ. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Monitorização da oximetria de pulso na APS. Nota orientativa 45/ 2020. Saúde. PR informa. Paraná: 2020. Disponível em: [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-08/NO_45_MONIT](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-08/NO_45_MONITORIZACAO_DA_OXIMETRIA_DE_PULSO_NA_APS_V1.pdf) ORIZACAO_DA_OXIMETRIA_DE_PULSO_NA_APS_V1.pdf Acesso em: 07 de nov. 2025.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis I PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 023 Aferição da Pressão Arterial		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.				
EXECUTANTE Auxiliares/ Técnicos de enfermagem, enfermeiros;				
MATERIAL • Bandeja; • Esfigmomanômetro e estetoscópio previamente higienizados; • Algodão; • álcool a 70%; • Caneta e papel.				
INTRODUÇÃO Os sinais vitais são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatória, respiratória, neural e endócrina do corpo. A mensuração da PA é a medida da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias quando o sangue é ejetado na corrente sanguínea pelo ventrículo esquerdo.				
OBJETIVO A aferição e o monitoramento da pressão arterial são essenciais para avaliar a saúde cardiovascular. O monitoramento regular, permite o diagnóstico precoce e o acompanhamento do tratamento, garantindo a saúde do paciente e prevenindo complicações cardiovasculares.				
DESCRIÇÃO • Realizar a higienização das mãos; • Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; • Selecione o manguito de tamanho adequado ao braço; • Realize assepsia com algodão embebido em álcool a 70% nas olivas e no diafragma do estetoscópio; • Posicione o paciente confortavelmente; • Remova a manga da blusa do braço do paciente no qual será colocado o manguito; • Posicione o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4 o espaço intercostal), apoiado com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido; • Coloque o manguito, sem deixar folgas, acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm;				

- Centralize o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
- Coloque o visor do manômetro aneróide de modo que fique fácil de visualizar;
- Solicite ao paciente que não fale durante a mensuração;
- Palpar a artéria braquial e coloque o estetoscópio sobre a região;
- Insufle o manguito até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica (ponto de desaparecimento do pulso radial);
- Proceda à deflação lentamente;
- Determine a pressão sistólica na ausculta do primeiro som, que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, em seguida, aumente ligeiramente a velocidade de deflação;
- Determine a pressão diastólica ao desaparecimento do som;
- Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceda à deflação rápida e completa;
- Se os batimentos persistirem até o nível zero, determine a pressão diastólica ao abafamento dos sons;
- Retire delicadamente o manguito e deixe o paciente confortável;
- Espere 1 a 2 min antes de novas mensurações;
- Informe o valor de pressão arterial medido ao paciente;
- Realize assepsia com álcool a 70% no manguito, nas olivas e no diafragma do estetoscópio;
- Higienize as mãos;
- Registrar o procedimento realizado e anotar o valor encontrado no prontuário do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não aferir a pressão arterial em membros que tiveram;

- Fístula endovenosa;
- Cateterismo;
- Plegias;
- Punção venosa;
- Infusão de líquidos;
- Membro que for do lado mastectomizado do paciente;
- Mantenha o paciente em repouso de pelo menos 5 min em ambiente calmo antes de medir a pressão arterial.
- Evite que ele esteja com a bexiga cheia.
- Certifique-se de que o paciente não praticou exercícios físicos 60 a 90 min antes e não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumou 30 min antes da medição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Procedimentos de enfermagem : guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani ... [et. al.]. -- 2. ed. -- Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 024 Aferição de Temperatura		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.				
EXECUTANTE Auxiliares/ Técnicos de enfermagem, enfermeiros;				
MATERIAL • 1 Termômetro digital / infravermelho; • Bolinhas de algodão embebidas em álcool 70%; • Caneta e papel.				
INTRODUÇÃO A temperatura corporal diz respeito à produção de calor e aos mecanismos de regulação e manutenção da temperatura interna do corpo (termorregulação), que são essenciais para manter a estabilidade fisiológica sistêmica. A alteração de temperatura pode ser ocasionada por diversos fatores, como causas infecciosas (mais comuns), neoplásicas, processos inflamatórios, exposição ao frio intenso (hipotermia) entre outros. Hipotermia: temperatura abaixo do valor normal. Caracteriza-se por pele e extremidades frias, cianose e tremores. Febre: aumento da temperatura corporal acima do normal. Verifica-se pele quente e seca, sede, secura na boca, calafrios, dores musculares generalizada, sensação de fraqueza, taquicardia, taquipnéia, cefaléia, delírios e até convulsões.				
OBJETIVO Avaliação do estado geral do paciente; determinar a temperatura corporal do usuário; avaliar a resposta da temperatura às terapias médicas e aos cuidados de enfermagem e auxiliar no diagnóstico médico e de enfermagem, rastreamento de pessoas com aumento de temperatura que possa ser indicativo de infecção.				
DESCRIÇÃO Verificação da temperatura na região axilar, oral e anal: • Higienize as mãos; • Reúna os materiais necessários; • Identifique-se e em seguida confira o nome completo do paciente; • Oriente-o de que verificará sua temperatura; • Posicione o paciente confortavelmente;				

- Realize a assepsia do termômetro utilizando algodão embebido em álcool a 70%;

Temperatura axilar:

- Coloque o termômetro digital na região axilar com o sensor em contato direto com a pele do paciente, pedindo para que comprima o braço (caso seja necessário, enxugar a axila);
- Aguarde o termômetro digital apitar.
- Retire o termômetro e realize a leitura;
- Repita o procedimento, se necessário;

Verificação da temperatura oral:

- Coloque o termômetro sob a língua do paciente, recomendando que o conserve na posição, mantendo a boca fechada.
- Não utilize essa técnica em pacientes com delírio, inconscientes, com lesões na boca, problemas nas vias respiratórias, em crianças, após ingestão de alimentos gelados e quentes ou em pacientes taquipneicos;
- Aguarde o termômetro digital apitar.
- Retire o termômetro e realize a leitura;

Verificação da temperatura retal:

- Calce as luvas de procedimento e coloque o paciente em decúbito lateral esquerdo com a perna direita flexionada (posição de Sims).
- Lubrifique a ponta do termômetro (utilizando vaselina ou lidocaína) e introduza-o no ânus na direção do umbigo (cerca de 1,5 cm no lactente, 2 cm na criança e 4 cm no adulto).
- Essa técnica é mais utilizada na pediatria e na maternidade, e é contraindicada em casos de inflamação, obstrução e cirurgia do reto e em pacientes pós infarto agudo do miocárdio;
- Aguarde o termômetro digital apitar.
- Retire o termômetro e realize a leitura;
- Realize a assepsia do termômetro utilizando algodão embebido em álcool a 70% e guarde-o em local apropriado;
- Higienize as mãos;
- Cheque e registre o horário e o valor em impresso próprio.

Verificação da temperatura na região temporal

- Higienizar as mãos;
- Reúna os materiais necessários;
- Identifique-se e em seguida confira o nome completo do paciente;
- Oriente-o de que verificará sua temperatura;
- Posicione o paciente confortavelmente;
- Ligue o termômetro pressionando o botão Liga/Desliga,(um sinal sonoro será emitido);
- Verifique no visor se o ícone está piscando. Se sim, o termômetro estará pronto para mensuração
- Posicione o sensor a cerca de 1 cm da testa deslocando gradativamente para região temporal;
- Pressione o botão START uma vez e depois solte-o;
- Decorridos 3 segundos, será emitido um sinal sonoro longo a indicar que a medição está concluída;
- Efetuar a leitura da temperatura no visor;
- Desligue o termômetro pressionando ligeiramente o botão liga/desliga;
- Aguarde por pelo menos dois minutos para nova mensuração, pois obrigatoriamente o termômetro deve ser desligado e ligado novamente entre medições consecutivas;
- Higienize as mãos;
- Cheque e registre o horário e o valor em impresso próprio.

Observação: as orientações de como proceder ao manipular o termômetro variam conforme o fabricante do produto, portanto consulte sempre o seu manual de instruções.

As médias das temperaturas encontradas na literatura são, em graus Celsius (°C):

- Oral: 33,2 a 38,2
- Retal: 34,4 a 37,8 ;
- Axilar: 35,5 a 37;

Interpretações das temperaturas:

- Hipotermia: temperatura central < 35°C;
- Febre: é um aumento na temperatura de > 38°C e uma resposta normal para infecções, inflamações ou terapias com drogas;
- Hipertermia: temperatura central > 40°C. Está associada a danos que resultam em falência do hipotálamo;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Procedimentos de enfermagem : guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani ... [et. al.]. -- 2. ed. -- Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017.

Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 025 Cateterismo Vesical de Alívio Cateterismo Vesical de Demora Cateterismo Suprapúbico		<i>Elaborado por:</i> Paola Heil Plem <i>Finalizado e revisado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.			
EXECUTANTE Enfermeiro, Médico			
MATERIAL • Kit estéril para cateterismo vesical (1 cuba rim, 1 campo estéril e 1 pinça); • Sonda Foley 2 lumens ou uretral, se cateterismo de alívio; • Seringa de 5ml com bico Luer Slip; • Agulha 40 x 12; • Xilocaína gel; • Gaze estéril; • Luva estéril; • Campo estéril; • Bolsa coletora de urina estéril em sistema fechado (urokit) para cateterismo de demora ou supra púbica; • Flaconete de 10ml de Água Destilada • Solução de PVPI tópico; • Biombo, se disponível; • Fita adesiva hipoalergênica; • Saco de lixo; • Frasco de coleta de urina para exames, se necessário. • Luvas de procedimento • Bacia com água morna, pano de limpeza, toalha e sabão;			
INTRODUÇÃO O procedimento de cateterismo pode ser: De alívio: quando há a retirada do cateter após o esvaziamento vesical. Frequência sugerida: um plano de necessidades deve ser traçado de forma individual, conforme quantidade			

de líquido ingerida e capacidade da bexiga, mas de uma forma geral orienta-se evitar acúmulo de volume > 500mL.

De demora: o cateterismo vesical intermitente pode ser indicado como modalidade de esvaziamento vesical assistido em diferentes patologias que cursam com prejuízo da contração do detrusor ou dificuldade de relaxamento do esfíncter uretral de forma temporária ou definitiva. Envolve a inserção de um cateter, ou sonda vesical, pela uretra até a bexiga para permitir a drenagem da urina em pessoas que não conseguem esvaziá-las sozinhas e necessitam de um cateter intermitente.

Supra-púbica: a derivação vesical suprapúbica, denominada cistostomia, onde se cria um trajeto alternativo para saída da urina da bexiga é indicada em diversas situações clínicas, como retenção urinária aguda secundária à obstrução do colo vesical ou estenose da uretra. Pode ser indicada ainda em certos tipos de trauma vesical ou uretral e após uretroplastia. As estomias urinárias ou Urostomia, é uma abertura na pele que permite a saída de urina proveniente dos rins, ureteres ou bexiga.

OBJETIVO

O cateterismo urinário consiste na inserção de um cateter através da uretra até a bexiga com o objetivo de drenar a urina. Possui diversas indicações para o procedimento: obtenção de urina asséptica para exame; esvaziar bexiga em usuários com retenção urinária; monitorizar o débito urinário; auxiliar no diagnóstico das lesões traumáticas do trato urinário; em preparo cirúrgico e mesmo no pós-operatório; em pessoa inconsciente; para instilar medicação no interior da bexiga; para a determinação da urina residual, nos casos de bexiga neurogênica e por falta de controle esfíncteriano adequado.

CRITÉRIOS

Recomenda-se que a troca dos cateteres de demora ocorra entre 4 a 6 semanas ou em virtude da clínica do paciente, como em casos de obstrução, drenagem insatisfatória, mau funcionamento ou incrustações.

Deve-se elaborar um projeto terapêutico para o paciente, levando em consideração a história clínica, os achados do exame físico, a pactuação de metas entre paciente, família e equipe e o contexto onde o cuidado será realizado.

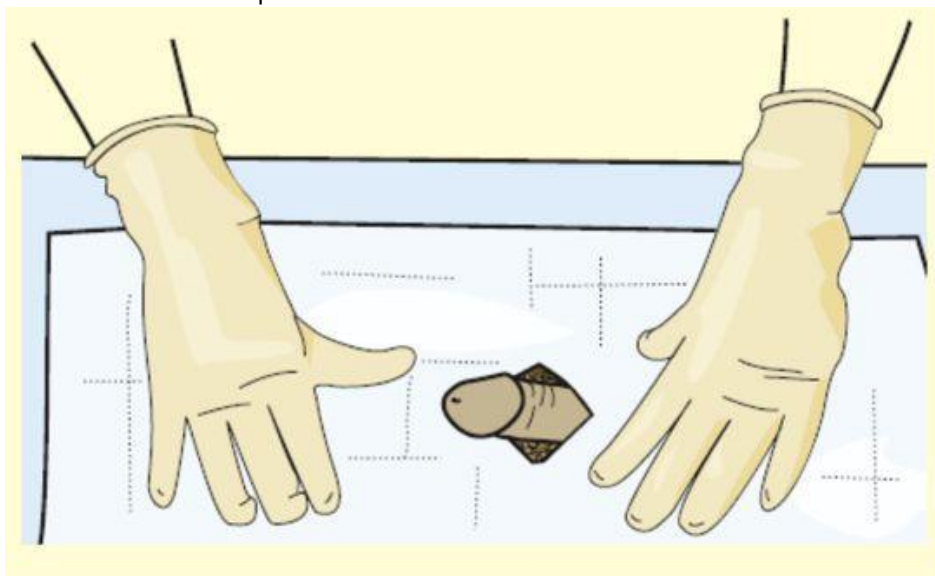
Sempre que possível, evitar o uso prolongado de cateterismo vesical, a fim de reduzir o risco de infecções urinárias relacionadas a cateter.

DESCRIÇÃO

Descrição do procedimento Cateterismo Vesical de Alívio no usuário do gênero masculino:

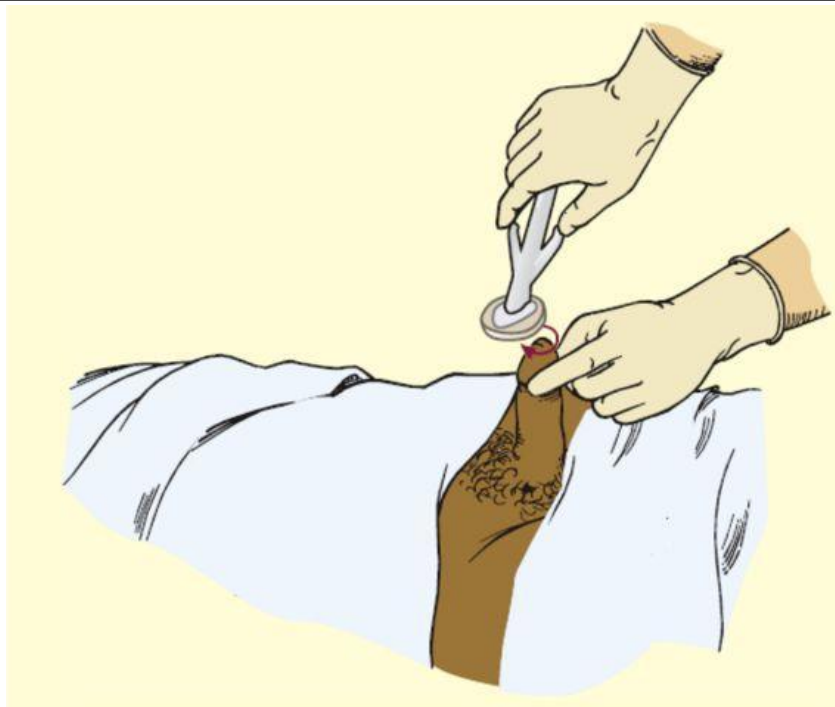
- Revise o prontuário do paciente: prescrição, patologias prévias que possam prejudicar a passagem do cateter, cateterizações prévias e tamanho do cateter;
- Realizar a higienização das mãos;
- Reunir o material em uma bandeja e levar ao leito do usuário;
- Conferir a identificação do usuário;
- Explicar o procedimento ao usuário e/ou ao acompanhante;
- Promover a privacidade do usuário, fechando a porta e/ou colocando um biombo;
- Posicionar o usuário em decúbito dorsal, com as pernas estendidas e as coxas levemente abduzidas;
- Calce luvas de procedimento;
- Limpe a região do períneo com água e sabão, enxague e seque;

- Remova e descarte as luvas;
- Higienize as mãos;
- Abrir o kit estéril de cateterismo e demais materiais sobre a mesa (sonda uretral e gaze estéril), utilizando técnica estéril;
- Colocar o PVPI sobre as gazes;
- Abra a lidocaína em gel e esprema sobre o campo estéril;
- Calçar as luvas estéreis;
- Aplique o campo estéril com a abertura centralizada sobre o pênis, mantendo a esterilidade das luvas e da superfície de trabalho;



(Potter, 2024)

- Lubrifique o cateter mergulhando-o na lidocaína até uma altura de 12,5 a 17,5 cm;
- Limpe o meato uretral: com a mão dominante (agora contaminada), retraia o prepúcio e segure delicadamente o pênis pelo corpo exatamente abaixo da glande. Segure o pênis em ângulo reto em relação ao púbis. Essa mão permanece nessa posição durante todo o restante do procedimento;
- Com a mão dominante não contaminada, segure a pinça e limpe o meato com a gaze embebida em PVPI, fazendo movimentos circulares, começando pelo meato e trabalhando para fora, em movimento espiral;
- Repita a limpeza três vezes usando gazes embebidas em PVPI novos a cada vez;



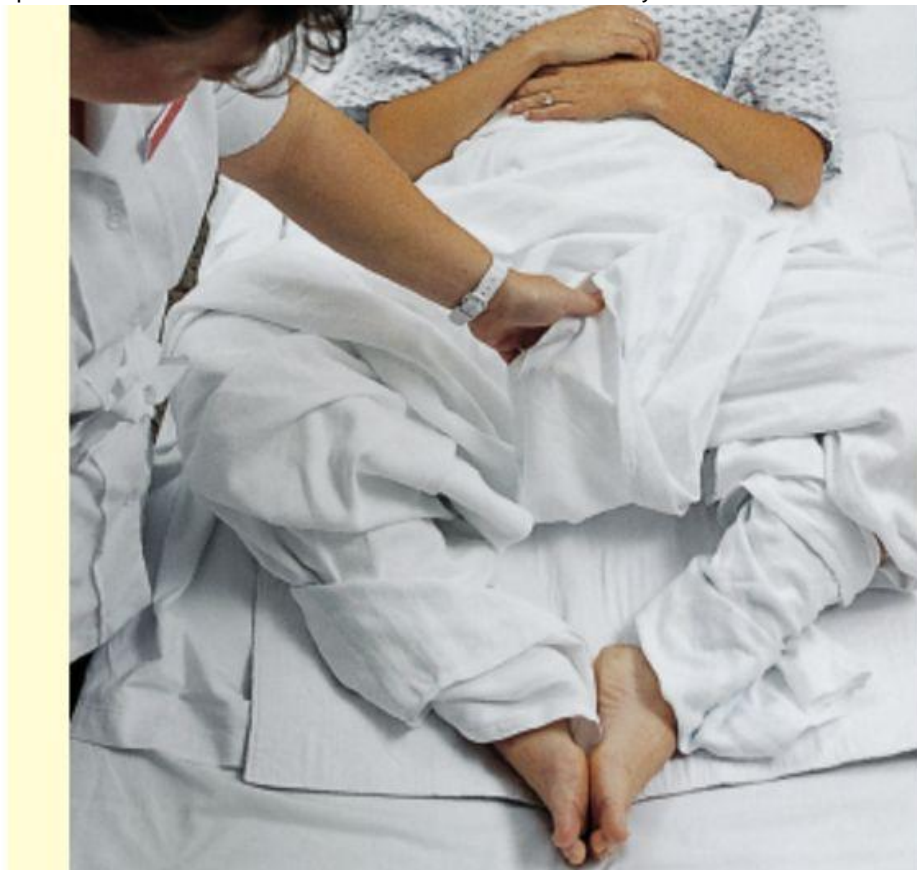
(Potter, 2024)

- Pegue e segure o cateter 7,5 a 10 cm de distância da ponta do cateter com ele enrolado solto na palma da mão;
- Peça para que o paciente faça força como se fosse urinar e insira lentamente o cateter pelo meato uretral de 17 a 22,5 cm, ou até que a urina comece a fluir pela extremidade do cateter;
- Aguarde o esvaziamento completo da bexiga, desprezando a urina na cuba rim;
- Remover o cateter suavemente, ao término do fluxo urinário;
- Mensurar o débito urinário drenado, utilizando jarra graduada;
- Realize a higiene íntima, se necessário;
- Retirar as luvas estéreis;
- Deixar o usuário confortável;
- Recolher o material, mantendo a unidade organizada;
- Desprezar o material descartável na lixeira;
- Encaminhar o material permanente para o expurgo;
- Desinfetar a bandeja com álcool a 70% e secar com papel-toalha;
- Realizar a higienização das mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário do usuário, contendo: motivo da cateterização, tipo e tamanho do cateter inserido, quantidade de urina drenada, características e volume da urina.

Descrição do procedimento Cateterismo Vesical de Alívio no usuário do gênero feminino:

- Revise o prontuário da paciente: prescrição, patologias prévias que possam prejudicar a passagem do cateter, cateterizações prévias e tamanho do cateter;
- Realizar a higienização das mãos;
- Reunir o material em uma bandeja e levar ao leito do usuário;
- Conferir a identificação da usuária;
- Explicar o procedimento a usuária e/ou ao acompanhante;
- Promover a privacidade do usuária, fechando a porta e/ou colocando um biombo;

- Posicione a paciente deitada em decúbito dorsal, com os joelhos flexionados;



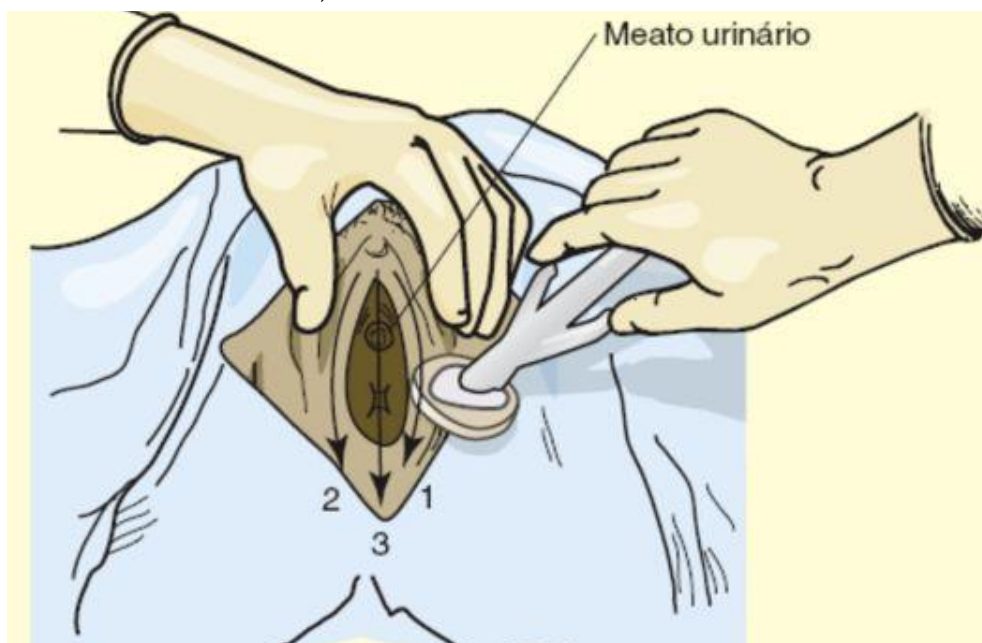
(Potter, 2024)

- Calce luvas de procedimento;
- Limpe a região do períneo com água e sabão, enxague e seque;
- Remova e descarte as luvas;
- Higienize as mãos;
- Abrir o kit estéril de cateterismo e demais materiais sobre a mesa (sonda uretral e gaze estéril), utilizando técnica estéril;
- Colocar o PVPI sobre as gazes;
- Abra a lidocaína em gel e esprema sobre o campo estéril;
- Calçar as luvas estéreis;
- Aplique o campo estéril sobre o períneo de forma que a abertura fique sobre os lábios expostos;



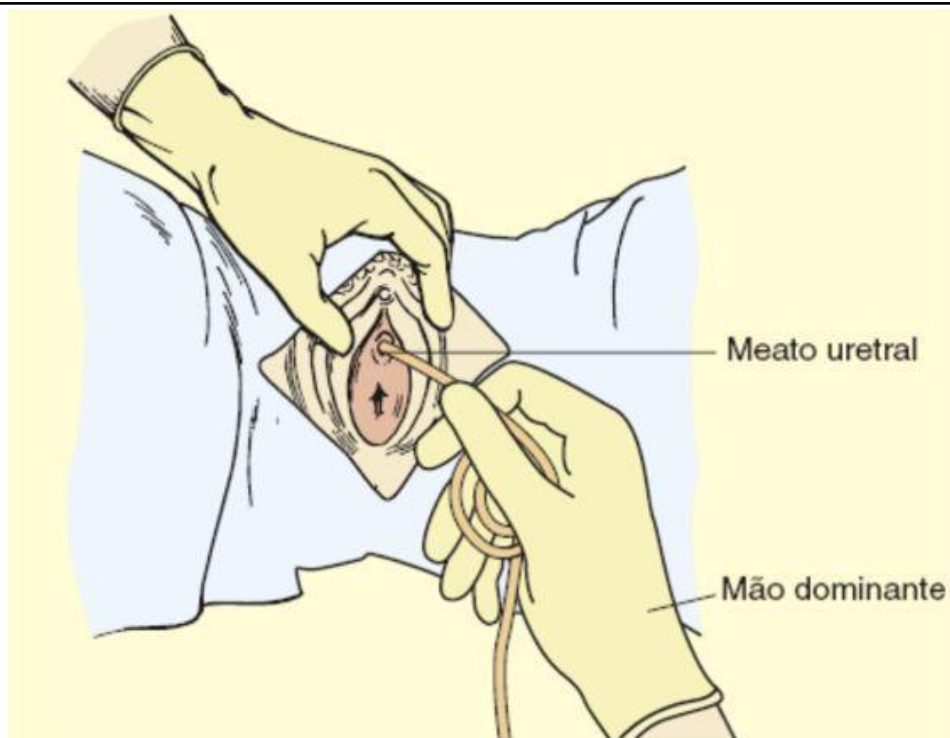
(Potter, 2024)

- Lubrifique o cateter mergulhando-o na lidocaína até uma altura de 2,5 a 5cm;
- Afaste os lábios com os dedos da mão não dominante (agora contaminada) para expor completamente o meato uretral;
- Com a mão dominante, pinçe a gaze umedecida com PVPI e limpe os lábios e o meato urinário do clitóris para o anus. Use uma nova gaze para cada área que for limpar. Limpe do sentido de longe da prega labial, para perto da prega labial, e, por fim, diretamente sobre o centro do meato uretral;



(Potter, 2024)

- Peça que a paciente faça um esforço de empurrar como no trabalho de parto enquanto insere o cateter pelo meato uretral;
- Avance o cateter até um total de 5 a 7,5cm ou até que a urina flua;



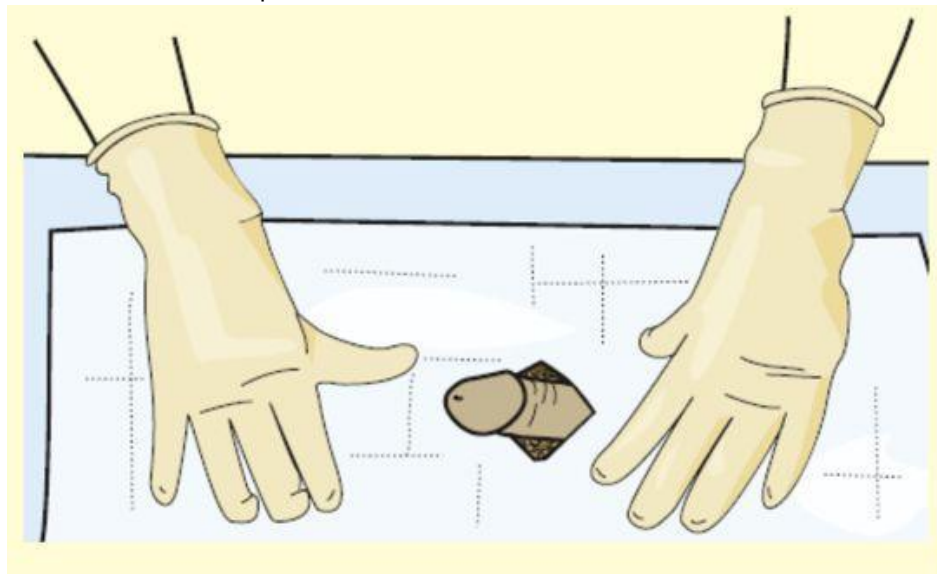
(Potter, 2024)

- Aguarde o esvaziamento completo da bexiga, desprezando a urina na cuba rim;
- Remover o cateter suavemente, ao término do fluxo urinário;
- Mensurar o débito urinário drenado, utilizando jarra graduada;
- Realize a higiene íntima, se necessário;
- Retirar as luvas estéreis;
- Deixar o usuário confortável;
- Recolher o material, mantendo a unidade organizada;
- Desprezar o material descartável na lixeira;
- Encaminhar o material permanente para o expurgo;
- Desinfetar a bandeja com álcool a 70% e secar com papel-toalha;
- Realizar a higienização das mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário da usuária, contendo: motivo da cateterização, tipo e tamanho do cateter inserido, quantidade de urina drenada, características e volume da urina.

Descrição do procedimento Cateterismo Vesical de Demora no usuário do gênero masculino:

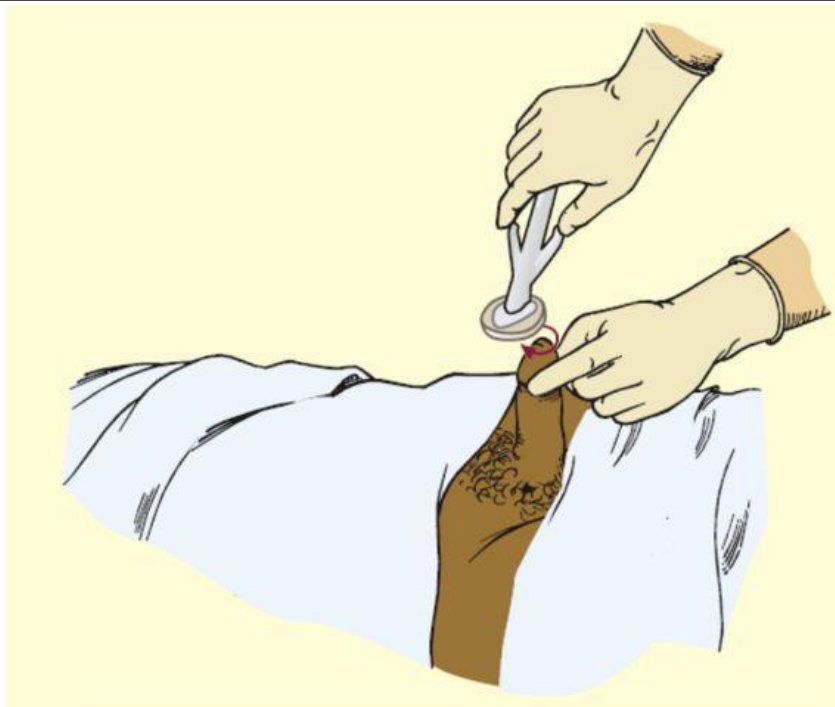
- Revise o prontuário do paciente: prescrição, patologias prévias que possam prejudicar a passagem do cateter, cateterizações prévias e tamanho do cateter;
- Realizar a higienização das mãos;
- Reunir o material em uma bandeja e levar ao leito do usuário;
- Conferir a identificação do usuário;
- Explicar o procedimento ao usuário e/ou ao acompanhante;
- Promover a privacidade do usuário, fechando a porta e/ou colocando um biombo;
- Posicionar o usuário em decúbito dorsal, com as pernas estendidas e as coxas levemente abduzidas;
- Calce luvas de procedimento;

- Limpe a região do períneo com água e sabão, enxague e seque;
- Remova e descarte as luvas;
- Higienize as mãos;
- Abrir o kit estéril de cateterismo e demais materiais sobre a mesa (sonda Foley, seringas, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado), utilizando técnica estéril;
- Colocar o PVPI sobre as gazes;
- Abra a lidocaína em gel e esprema sobre o campo estéril;
- Calçar as luvas estéreis;
- Aplique o campo estéril com a abertura centralizada sobre o pênis, mantendo a esterilidade das luvas e da superfície de trabalho;



(Potter, 2024)

- Conectar a sonda no coletor de urina de sistema fechado;
- Lubrifique o cateter mergulhando-o na lidocaína até uma altura de 12,5 a 17,5 cm;
- Com auxílio do técnico ou auxiliar de enfermagem, preencher a seringa com a quantidade recomendada de água destilada. Recomenda-se o uso de 5ml para adulto e 3 ml para crianças;
- Limpe o meato uretral: com a mão dominante (agora contaminada), retraia o prepúcio e segure delicadamente o pênis pelo corpo exatamente abaixo da glândula. Segure o pênis em ângulo reto em relação ao púbis. Essa mão permanece nessa posição durante todo o restante do procedimento;
- Com a mão dominante não contaminada, segure a pinça e limpe o meato com a gaze embebida em PVPI, fazendo movimentos circulares, começando pelo meato e trabalhando para fora, em movimento espiral;
- Repita a limpeza três vezes usando gazes embebidas em PVPI novos a cada vez;



(Potter, 2024)

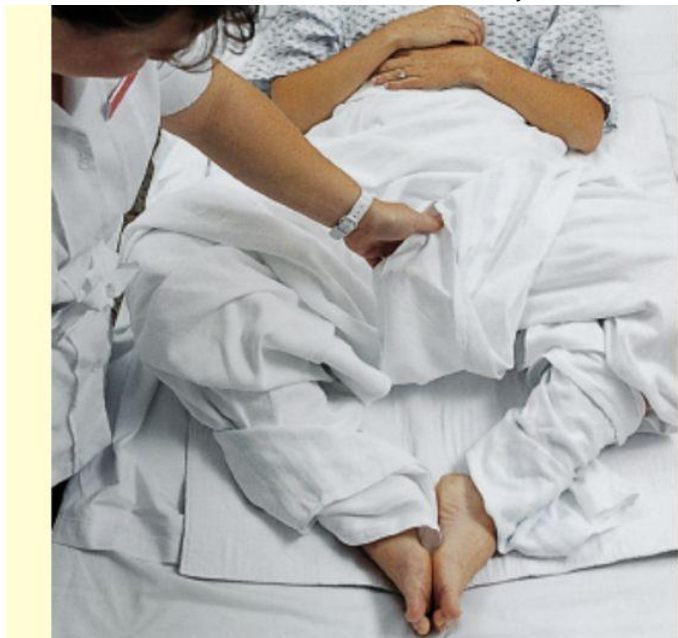
- Pegue e segure o cateter 7,5 a 10 cm de distância da ponta do cateter com ele enrolado solto na palma da mão;
- Peça para que o paciente faça força como se fosse urinar e insira lentamente o cateter pelo meato uretral de 17 a 22,5 cm, ou até que a urina comece a fluir pela extremidade do cateter;
- Quando surgir urina, avance-o até a bifurcação (porta de enchimento e esvaziamento expostas);
- Abaixue o penis e segure firmemente o cateter com a mão não dominante;
- Com a mão dominante, conecte a seringa pré-preenchida e insufe o balonete lentamente com todo o volume da solução.
- Tracionar a sonda delicadamente;
- Fixar a linha do cateter na parte superior da coxa ou na parte inferior do abdômen com adesivo hipoalergênico;
- Posicione a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga;
- Realize a higiene íntima, se necessário;
- Retirar as luvas estéreis;
- Deixar o usuário confortável;
- Recolher o material, mantendo a unidade organizada;
- Desprezar o material descartável na lixeira, a agulha na caixa de perfuro-cortantes;
- Encaminhar o material permanente para o expurgo;
- Desinfetar a bandeja com álcool a 70% e secar com papel-toalha;
- Realizar a higienização das mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário do usuário, contendo: motivo da cateterização, tipo e tamanho do cateter inserido, quantidade de líquido usado para inflar o balão, características e volume da urina.

Descrição do procedimento Cateterismo Vesical de Demora no usuário do gênero feminino:

- Revise o prontuário da paciente: prescrição, patologias prévias que possam prejudicar a

passagem do cateter, cateterizações prévias e tamanho do cateter;

- Realizar a higienização das mãos;
- Reunir o material em uma bandeja e levar ao leito do usuário;
- Conferir a identificação da usuária;
- Explicar o procedimento a usuária e/ou ao acompanhante;
- Promover a privacidade do usuária, fechando a porta e/ou colocando um biombo;
- Posicione a paciente deitada em decúbito dorsal, com os joelhos flexionados;



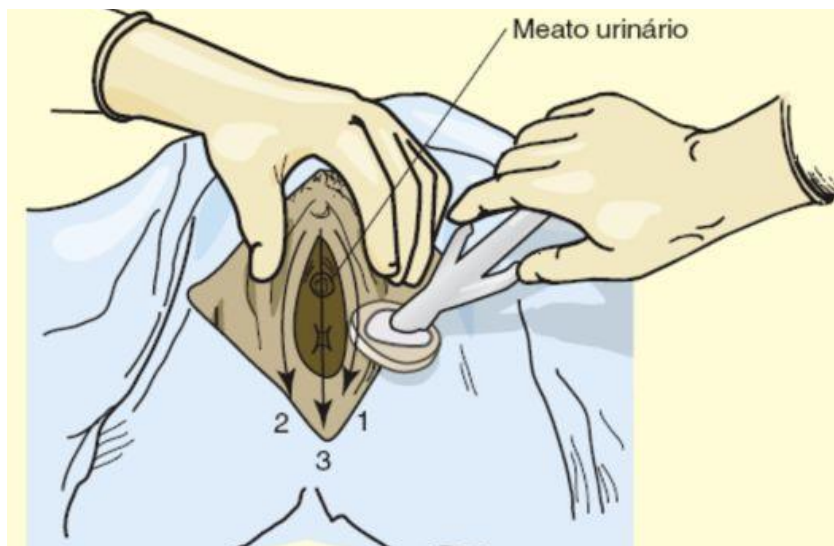
(Potter, 2024)

- Calce luvas de procedimento;
- Limpe a região do períneo com água e sabão, enxague e seque;
- Remova e descarte as luvas;
- Higienize as mãos;
- Abrir o kit estéril de cateterismo e demais materiais sobre a mesa (sonda Foley, seringas, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado), utilizando técnica estéril;
- Colocar o PVPI sobre as gazes;
- Abra a lidocaína em gel e esprema sobre o campo estéril;
- Calçar as luvas estéreis;
- Aplique o campo estéril sobre o períneo de forma que a abertura fique sobre os lábios expostos;



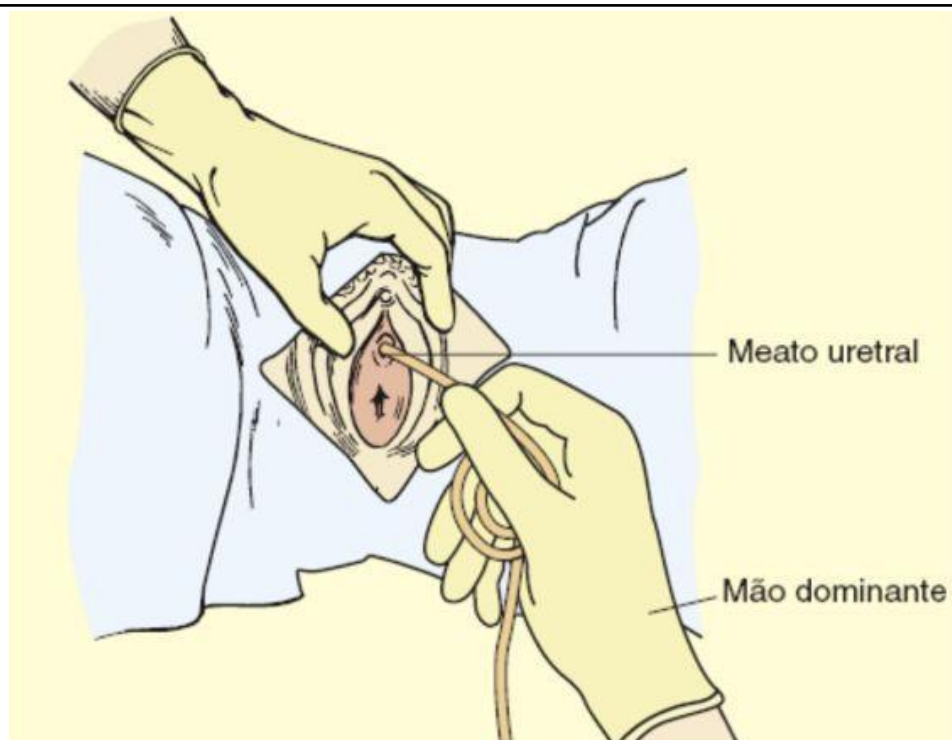
(Potter, 2024)

- Conectar a sonda no coletor de urina de sistema fechado;
- Lubrifique o cateter mergulhando-o na lidocaína até uma altura de 2,5 a 5cm;
- Afaste os lábios com os dedos da mão não dominante (agora contaminada) para expor completamente o meato uretral;
- Com a mão dominante, pinçe a gaze umedecida com PVPI e limpe os lábios e o meato urinário do clitóris para o anus. Use uma nova gaze para cada área que for limpar. Limpe do sentido de longe da prega labial, para perto da prega labial, e, por fim, diretamente sobre o centro do meato uretral;



(Potter, 2024)

- Peça que a paciente faça um esforço de empurrar como no trabalho de parto enquanto insere o cateter pelo meato uretral;
- Avance o cateter até um total de 5 a 7,5cm ou até que a urina flua. Quando a urina aparecer, avance mais 2,5 a 5cm. Não use força para inserir o cateter;



(Potter, 2024)

- Solte os lábios e segure firmemente o cateter com a mão não dominante;
- Com a mão dominante, conecte a seringa pré-preenchida e insufla o balonete lentamente com todo o volume da solução. Recomenda-se o uso de 5ml para adulto e 3 ml para crianças.
- Tracionar a sonda delicadamente;
- Fixe a linha do cateter na parte interna da coxa, permitindo uma folga para evitar tensão;
- Posicione a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga;
- Realize a higiene íntima, se necessário;
- Retirar as luvas estéreis;
- Deixar o usuário confortável;
- Recolher o material, mantendo a unidade organizada;
- Desprezar o material descartável na lixeira, a agulha na caixa de perfuro-cortantes;
- Encaminhar o material permanente para o expurgo;
- Desinfetar a bandeja com álcool a 70% e secar com papel-toalha;
- Realizar a higienização das mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário da usuária, contendo: motivo da cateterização, tipo e tamanho do cateter inserido, quantidade de líquido usado para inflar o balão, características e volume da urina.

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA NO USUÁRIO COM CISTOSTOMIA

- Revise o prontuário do paciente: prescrição, cateterizações prévias e tamanho do cateter;
- Realizar a higienização das mãos;
- Reunir o material em uma bandeja e levar ao leito do usuário;
- Conferir a identificação do usuário;
- Explicar o procedimento ao usuário e/ou ao acompanhante;
- Promover a privacidade do usuário, fechando a porta e/ou colocando um biombo;
- Posicionar o usuário em decúbito dorsal, com as pernas estendidas;

- Exponha somente a área abdominal do paciente para garantir o acesso ao cateter suprapúbico;
- Remova o adesivo hipoalergênico;
- Inspeção o cateter e remova qualquer curativo presente. Avalie a abertura do estoma e a pele ao redor em busca de sinais flogísticos;
- Para garantir a inserção correta na bexiga, certifique-se de que algum líquido permaneça na bexiga, clampeando o cateter por 15 ou 30 minutos antes da remoção;
- Calce luvas de procedimento;
- Esvazie o balão do cateter existente por meio de desinsuflação passiva com a seringa. Verifique se o volume de fluido na seringa é igual ao volume inserido para garantir que o balão esteja completamente desinflado;
- Remova o cateter colocando os dedos próximos à pele e com a outra mão, segurando-o firmemente e puxando-o suavemente em um movimento lento e constante, observando a distância de inserção;
- Descarte o cateter e a bolsa removidos.;
- Remova e descarte as luvas;
- Higienize as mãos;
- Abrir o kit estéril de cateterismo e demais materiais sobre a mesa (sonda Foley, seringas, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado), utilizando técnica estéril;
- Colocar o PVPI sobre as gaze;
- Abra a lidocaína em gel e esprema sobre o campo estéril;
- Calçar as luvas estéreis;
- Aplique o campo estéril com a abertura centralizada sobre a estomia;
- Conectar a sonda no coletor de urina de sistema fechado;
- Lubrifique o cateter mergulhando-o na lidocaína até uma altura de 2,5 a 5cm;
- Com auxílio do técnico ou auxiliar de enfermagem, preencher a seringa com a quantidade recomendada de água destilada. Recomenda-se o uso de 5ml para adulto e 3 ml para crianças;
- Segure a pinça e limpe a estoma com a gaze embebida em PVPI, fazendo movimentos circulares, começando pela estoma e trabalhando para fora, em movimento espiral;
- Repita a limpeza três vezes usando gazes embebidas em PVPI novos a cada vez;
- Pegue e segure o cateter 7,5 a 10 cm de distância da ponta do cateter com ele enrolado solto na palma da mão;
- Insira o novo cateter segurando-o em um ângulo de 90 e introduza-o lentamente até a distância estimada do cateter removido (geralmente de 7 a 10cm) e o retorno urinário. Nunca force ou insira bruscamente. Normal que haja uma leve resistência no local da estoma;



(Potter, 2024)

- Com a mão dominante, conecte a seringa pré-preenchida e insuflar o balonete lentamente com todo o volume da solução. Recomenda-se o uso de 5ml para adulto e 3 ml para crianças;
- Tracionar a sonda delicadamente;
- Fixar a linha do cateter na parte inferior do abdômen com adesivo hipoalergênico;
- Posicione a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga;
- Retirar as luvas estéreis;
- Deixar o usuário confortável;
- Recolher o material, mantendo a unidade organizada;
- Desprezar o material descartável na lixeira, a agulha na caixa de perfuro-cortantes;
- Encaminhar o material permanente para o expurgo;
- Desinfetar a bandeja com álcool a 70% e secar com papel-toalha;
- Realizar a higienização das mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário do usuário, contendo: motivo da cateterização, tipo e tamanho do cateter inserido, quantidade de líquido usado para inflar o balão, características e volume da urina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

RECOMENDAÇÕES

- Não recomenda-se mais realizar o pré-teste no balão do cateter vesical de demora. A realização de testes no balão pode causar distorções e alargamentos, levando a danos que podem causar trauma no momento da inserção;
- Manter a bolsa coletora da sonda vesical de demora abaixo do nível da bexiga;



(POTTER, 2024)

- Use o menor cateter possível. O tamanho mais comum para adultos é 14 e 16; idosos de 12 a 14, os maiores (20 a 24) são utilizados geralmente após cirurgia urológica, no pós cirúrgico os ml do balonete muda, geralmente 20ml);
- Cateterismo vesical de demora é um sistema fechado, as conexões entre o cateter e a bolsa não devem ser separadas, caso o sistema seja comprometido, deve-se ser trocado como um todo, a fim de evitar a introdução de patógenos;
- Em usuárias do gênero feminino acamadas e com sonda vesical, realizar a higiene íntima após cada evacuação;
- A bolsa coletora deverá ser esvaziada sempre que a mesma estiver com 2/3 da sua capacidade preenchida;
- As amostras de urina para exames laboratoriais devem ser coletadas por meio do dispositivo próprio do tubo coletor do sistema de drenagem, após desinfecção com álcool a 70%, por punção de agulha fina e seringa estéril;
- Para retirar a sonda vesical de demora, calçar as luvas de procedimento, desinsuflar o balonete e proceder a retirada da mesma;
- A bolsa jamais deve tocar o chão para prevenir contaminação da mesma durante seu esvaziamento;
- Utilizar saco para proteção da bolsa coletora;
- O procedimento é privativo do enfermeiro. Ao técnico e auxiliar de enfermagem incube: ajudar o usuário a se posicionar, manter o foco de iluminação para o procedimento, manter a privacidade, esvaziar a urina do frasco graduado, ajudar com o cuidado perineal e relatar ao enfermeiro desconforto pós-procedimento;
- Não utilizar soro fisiológico para insuflar o balonete, devido ao risco de cristalização no interior do balonete;
- Em casos onde a família do paciente necessite realizar a passagem de cateterismo vesical de alívio em casa, orientar os familiares quanto a técnica correta, a fim de manter o procedimento estéril e seguro.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE (EVENTO ADVERSO)

- Em caso de o cateter entrar no trajeto vaginal, retirar o cateter, desprezá-lo, proceder novamente à antissepsia do meato urinário e inserir um cateter estéril no meato uretral;
- Em caso de quebra da esterilidade do procedimento, substituir todo o material;
- Se o usuário se queixar de desconforto repentino ou for sentido alguma resistência durante a insuflação do balonete do cateter, interromper de imediato a insuflação, aspire a água já inserida, avance mais o cateter e infle novamente. Caso a dor persista, remova o

cateter e comunique ao médico de referência;

- Em caso de o usuário queixar-se de desconforto, mas o cateter se encontrar desobstruído, como evidenciado pelo fluxo adequado de urina, certificar-se de que não há tração, notificar o médico de referência e monitorar a urina eliminada pelo cateter quanto à coloração, aspecto, odor e quantidade.

COMPLICAÇÕES E CUIDADOS com CISTOSTOMIA

Infecção da ferida operatória:

- Como qualquer estoma, a cistostomia pode ter como complicação a infecção estomal;
- Observar condições normais do estoma e periestoma como: coloração, textura, turgor, umidades e dermatite que trazem possibilidade de ruptura da integridade da pele;
- Manter orientação de higienizar de 02 a 03 vezes ao dia ou quando houver necessidade utilizando água e sabão secando posteriormente cuidadosamente, para não puxar e retirar a sonda do lugar.;
- Realizar giros para verificar se não está aderido na parte interna;
- Trocar a gaze que protege a pele ao redor do estoma (orifício).

Extravasamentos de urina no tecido perivesical e ou no subcutâneo:

De causa traumática ou iatrogênica, nestes casos poderá manifestar-se como peritonite, caso haja extravasamento de urina à cavidade peritoneal, ou formação de tumoração e dor local se o extravasamento for dirigido ao retroperitônio:

- Pesquisar queixa de dor, febre, abaulamento abdominal. Se presentes, avaliação médica de urgência.

Infecções do trato urinário (ITU) (cistite, pielonefrite):

Embora exista, há e uma menor taxa de ITU nos usuários de cistostomia que aqueles com CVD:

- Manter o sistema coletor íntegro e fechado, jamais fazer punção para coleta de material em tubo ou bolsa;
- Quando houver suspeita de quebra da integridade do sistema coletor, incrustações no catéter, desconexão ou vazamento, substitua o cateter e o sistema coletor;
- Fazer higienização da área periestoma no mínimo 2 vezes ao dia utilizando água e sabão ou sempre que necessário, fazendo troca das gazes periorifício sempre que apresentar sujidade ou estiver molhada;
- Orientar familiares ou cuidadores sobre sinais e sintomas ITU: febre, dor pélvica, disúria, polaciúria, urina coloração escura ou hematúria; Observar a coloração da urina dentro da bolsa, em caso de cor alaranjado ou sangramento avisar a equipe; Esvaziar a bolsa coletora 02 vezes ao dia no mínimo, se protegendo-se ao máximo, deixando o seu rosto o mais longe possível; Observar a estomia, em caso de vermelhidão, escoriações (pele ralada) e sangramentos, avisar a equipe; Observar vazamento e obstrução do cateter.

Perdas urinárias pericateter:

Hiperinsuflação do balão ou cateter de menor calibre podem ser a causa. Uma vez que o peso do balão pode levar a lesão do colo vesical e provocar contrações involuntárias da bexiga e possíveis perdas urinárias ao redor do cateter. Ou cateter com baixa numeração enquanto o estoma pode ter maior calibre.

Incrustações Calcárias ao Redor do Cateter:

Infecções urinárias de repetição por bactérias desdobradoras da ureia, favorecem a alcalinização da urina e conseqüentemente, a precipitação de sais presentes na urina

provocando até calcificação do cateter.

- Medidas preventivas para ITU, ingesta líquida adequada.

Acionar serviço de saúde secundário ou terciário em caso de:

- Dor nos flancos, acompanhada de enjoo ou vômito;
- Grande quantidade de sangue na urina;
- Diminuição ou ausência do volume de urina;
- Secreção excessivo ao redor do cateter;
- Secreção com odor fétido ao redor do cateter;
- Febre;
- Sinais infecção: dor, calor, rubor • Piúria;
- Estenose do orifício do estoma;
- Retirada traumática da sonda, ocasionando sangramento, dor, etc.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM PARANÁ – PARECER TÉCNICO COREN/PR Nº 20/2022. Assunto: Cateterismo vesical de alívio intermitente em âmbito domiciliar. Disponível em:

<https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren-pr/transparencia/75140/download/PDF#:~:text=%E2%80%9CO%20cateterismo%20pode%20ser%20realizado,antes%20da%20introdu%C3%A7%C3%A3o%20do%20cateter>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SÃO PAULO – PARECER TÉCNICO COREN/SP Nº 027/2019. Assunto: Cuidados com cateterismo vesical. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wpcontent/uploads/2019/12/Parecer-027.2019-Cuidados-com-o-cateter-vesical.pdf> DISTRITO FEDERAL. Secretaria Estadual de Saúde. Subsecretaria de Atenção I

ARRUDA, C. et al. Cateterismo Vesical de Demora Feminino. Procedimento Operacional Padrão. Versão 1. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – UFSC, 2017.

POTTER, Perry. Fundamentos de enfermagem. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024.

Newman, Diane K.. Procedimento para troca de cateter suprapúbico (SPC ou SPT). <https://www.urotoday.com/library-resources/suprapubic-catheter/144206-procedure-for-changing-a-suprapubic-catheter-spc-or-spt.html>. Acessado no dia 13 de novembro de 2025.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão – POP 026 Cuidados com Cânula de Traqueostomia		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Estratégia Saúde da Família.				
EXECUTANTE Enfermeiros, Técnicos/ Auxiliares De Enfermagem, Médico				
MATERIAL • Gaze; • Frasco de soro fisiológico de 250 ml ou flaconete 10ml; • Caderço sarjado (de algodão) ou colares limpos (velcro); • Tesourinha sem ponta; • Micropore; • Luvas estéreis; • Pinça kelly ou cotonete; • EPI (Óculos de proteção, máscara);				
INTRODUÇÃO A traqueostomia é a realização de um estoma ao nível da região cervical anterior, criando assim uma via aérea cirúrgica na porção cervical da traquéia, sendo que o estoma criado pode permanecer definitivamente ou não. Costuma ser temporária, porém em alguns pacientes pode ser definitiva. Seja qual for a condição, uma série de cuidados são essenciais para garantir a segurança e conforto do paciente. Isso vale tanto para âmbito hospitalar, como domiciliar. Entre os cuidados básicos está a troca do curativo para traqueostomia.				
OBJETIVO • Realização de curativo no local de inserção da traqueostomia e troca do caderço para fixação da cânula, visando prevenir infecção do estoma e danos à pele, manter a área da traqueostomia limpa e seca, como também promover segurança e conforto ao paciente. • Realização da limpeza da subcânula visando a prevenção de bloqueios através da remoção mecânica de sujidades.				
CRITÉRIOS Pacientes em uso de traqueostomia.				
DESCRIÇÃO				

- Higienizar as mãos conforme protocolo;
- Colocar máscara e óculos de proteção;
- Separar duas gazes para fazer o curativo;
- Colocar um coxim/travesseiro sob os ombros do paciente a fim de fazer extensão do pescoço;
- Calçar luvas;
- Retirar o curativo anterior com auxílio da pinça;
- Inspeccionar o local da inserção da cânula, integridade da pele, sinais flogísticos, sangramento, deiscência da incisão e eficácia da fixação da cânula;
- Limpar a área ao redor da traqueostomia utilizando gaze embebida em soro e clorexidina 2%;
- Secar a área com gaze estéril;
- Colocar o curativo de gazes;
- Passar um pano limpo e umedecido com água morna e clorexidina 2% em volta do pescoço, mantendo o cadarço. Seque em seguida;
- Fixar um pedaço de micropore nas duas pontas de um novo cadarço e faça um corte longitudinal em cada ponta para facilitar a passagem do cadarço pelos furos laterais da cânula;
- Colocar o cadarço novo na cânula e fixe-o com um laço. Apenas depois de fixado o novo cadarço, o anterior deve ser retirado. Este cuidado evita o deslocamento da cânula durante o procedimento;
- Ao trocar o cadarço, certifique-se de deixar o espaço equivalente a um dedo indicador entre o cadarço e o pescoço, para não apertar. Faça um nó e corte o cadarço, deixando cerca de 3 cm de sobra. Ficará mais fácil para refazer a fixação, caso seja necessário;
- Retirar o coxim/travesseiro colocado sob os ombros;
- Higienizar novamente as mãos, finalizando o procedimento;
- Registrar o procedimento;

Se a cânula for metálica realizar a limpeza diariamente e sempre quando necessário, conforme orientações abaixo:

- Remover subcânula e colocá-la submerso soro fisiológico por alguns minutos;
- Limpar subcânula com auxílio de cotonete e /ou pinça Kely com gaze até remoção de toda sujidade e crostas;
- Lavar com solução fisiológica;
- Seque com o auxílio de uma gaze limpa;
- Friccionar com álcool 70%, aguardar evaporar;
- Introduza a subcânula e trave-a novamente após a inserção, a fim de evitar saída acidental da cânula;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curativo da traqueostomia deve ser trocado uma vez ao dia, após o banho. Se houver lesão da pele do pescoço ou muita secreção ao redor da traqueostomia, podem ser feitas mais trocas;

- Observe diariamente as condições da pele. Se houver alterações, siga as orientações médicas;
- Lembre-se que se o cadarço estiver muito apertado a pele poderá ser lesionada. Se ele estiver muito frouxo, por outro lado, pode fazer com que a cânula se solte e saia do orifício. Deixe sempre à distância de um dedo indicador entre o cadarço e o pescoço .
- Manter a pele peri estomal limpa e seca, sem umidade. Atenção especial à parte de trás do pescoço e as dobras.
- Não utilizar algodão ou gaze com material frágil em que podem soltar fios, e também para não cortar as gazes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OLIVEIRA, APV; et al. Protocolo assistencial de enfermagem a portadores de traqueostomia em ventilação mecânica. HU Revista, Juiz de Fora, v. 42, n. 1, jan./jun. 2016.

Carmangnani, M.I.S. et. al. Procedimentos de Enfermagem: Guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. CRUZ, A. P. (org) Curso Didático de Enfermagem: Módulo 1. São Paulo: Yendis Editora, 2006.

https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/161/ae6ebd1615fe1d07c0c4378ae466f5e7.pdf

Flores, P. V. P., & Monique Brito, P. (2024). MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA ALTA DO PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10926489>. Acesso em 22/04/2025.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 027 Cuidados com Estomas		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.			
EXECUTANTE Auxiliares/ Técnicos de enfermagem, enfermeiros;			
MATERIAL • Luvas de procedimento • Compressas estéreis • Água morna filtrada/fervida • Sabonete neutro (sem álcool ou fragrância) • Tesoura curva (para bolsas recortáveis) • Régua para medição do estoma • Bolsa coletora (monopeça ou duas peças) • Protetor cutâneo (spray, pasta ou adesivo) • Saco plástico para descarte • Fixador ou cinto, se necessário • Formulário de registro ou prontuário			
INTRODUÇÃO Os estomas intestinais e urinários são aberturas cirúrgicas na parede abdominal que possibilitam a eliminação de fezes ou urina por vias alternativas. A correta manutenção do estoma e da bolsa coletora é essencial para prevenir complicações como infecções, dermatites periestomais e problemas de adesão. A padronização do cuidado por meio deste protocolo visa garantir a segurança do paciente, a autonomia no autocuidado e a qualidade da assistência prestada.			
OBJETIVO • Estabelecer um protocolo padronizado para o cuidado com estomas e bolsas coletoras visando prevenir complicações e promover bem-estar aos usuários; • Padronizar a troca e manejo das bolsas coletoras. • Promover a higiene adequada do estoma e da pele periestoma. • Identificar sinais precoces de complicações. • Orientar o paciente e/ou cuidador quanto ao autocuidado e manuseio dos dispositivos.			
CRITÉRIOS			

- Pacientes com estomas intestinais (colostomia, ileostomia) ou urinários (urostomia), temporários ou permanentes;
- Pacientes acompanhados em serviços da Atenção Primária ou referência especializada.

DESCRIÇÃO

Higienização e Preparação:

- Higienizar as mãos e colocar luvas.
- Explicar o procedimento ao paciente e assegurar privacidade.
- Posicionar o paciente confortavelmente e proteger a roupa de cama.

Remoção da Bolsa Usada:

- Retirar cuidadosamente a bolsa, segurando a pele para evitar tração.
- Descartar a bolsa usada em saco plástico adequado.

Higiene da Região:

- Limpar a pele periestoma com água morna e sabonete neutro.
- Enxugar cuidadosamente com compressa seca.

Avaliação:

- Observar cor, formato, secreções e presença de lesões no estoma.
- Avaliar a pele periestoma para sinais de irritação, alergia ou infecção.

Aplicação de Protetor Cutâneo:

- Aplicar a barreira protetora, conforme necessidade.

Troca da Bolsa Coletora:

- Medir o estoma com régua.
- Recortar a abertura da bolsa com 2 mm de folga.
- Fixar a bolsa sobre o estoma, garantindo vedação adequada.

Finalização:

- Orientar o paciente sobre a frequência de trocas e sinais de alerta.
- Higienizar as mãos novamente.
- Registrar o procedimento no prontuário.

CONSIDERAÇÕES

- A troca da bolsa deve ser feita a cada 3 a 5 dias ou conforme necessidade clínica;
- A higiene correta e o uso adequado do protetor cutâneo são fundamentais para evitar dermatites;
- Pacientes devem ser estimulados ao autocuidado, respeitando limitações;
- Em caso de alterações significativas (coloração escura do estoma, sangramento persistente, odor fétido, dor), o paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada;
- As unidades de saúde devem manter estoque regular de bolsas e materiais para ostomizados, conforme diretrizes da assistência farmacêutica e protocolos municipais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Atenção à Pessoa com Estomia de Eliminação. Brasília: MS, 2014.

Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). Diretrizes para o cuidado com estomias. São Paulo: SOBEST, 2019.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 567/2018, que regulamenta a atuação do enfermeiro estomaterapeuta.

NANDA International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I. Porto Alegre: Artmed, 2021.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão – POP 028 Curativo Simples		<i>Elaborado por:</i> Enfª Alloma Christine de Madureira Paula <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Enfermeiro				
EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem				
MATERIAL - Instrumental (pinça Kelly, pinça dente de rato, pinça anatômica, pinça mosquito, tesoura de mayo e/ou tesoura íris) - Soro fisiológico (0,9%) - Gaze, chumaço, malha de rayon - Luva de procedimento ou estéril se necessário - Cuba estéril ou bacia plástica - Esparadrapo, fita adesiva e "micropore" ou similar - Atadura de crepe - Mesa auxiliar - Lixeira com saco branco - Lixeira com saco preto				
INTRODUÇÃO Consiste em curativos feitos em feridas simples, que são pequenos ferimentos nos quais não ocorre perda de tecidos nem contaminação grosseira. Aqui estão incluídas a maioria das feridas produzidas por acidentes domésticos, lacerações discretas, feridas cortantes pequenas/superficiais ou feridas cirúrgicas simples no acompanhamento pós-operatório.				
OBJETIVO Evitar ou diminuir os riscos de complicações decorrentes do comprometimento da integridade tecidual e facilitar o processo de cicatrização,				

Resultados esperados:

- Promover meio ótimo para cicatrização;
- Manter ambiente e técnica ideal para a reparação tecidual;
- Prevenir infecção local;
- Assegurar a tranquilidade e conforto do paciente.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

CURATIVO SIMPLES

1. Receber o paciente de maneira cordial.
2. Explicar o procedimento a ser realizado.
3. Manter o paciente em posição confortável.
4. Manter a postura correta durante o curativo.
5. Lavar as mãos.
6. Preparar o material para a realização do curativo.
7. Avaliar a ferida.
8. Realizar o curativo utilizando técnica segundo a **classificação da ferida (abaixo)**:
9. Lavar as mãos.
10. Registrar o procedimento em prontuário eletrônico, descrevendo achados observados
11. Manter a sala em ordem.

CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA

FERIDA CIRÚRGICA:

- Remover a cobertura anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a na borda do campo.
- Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica.
- Umedecer a gaze com soro fisiológico.
- Proceder a limpeza da incisão de dentro para fora, sem voltar ao início da lesão, cuidar com pontos de sutura caso houver.
- Secar a incisão de cima para baixo.
- Ocluir com gaze, chumaço ou outro curativo prescrito.
- Fixar com micropore ou similar.
- Trocar o curativo a cada 24 horas ou sempre que estiver saturado (úmido).

FERIDA ABERTA (úlceras e lesões traumáticas):

- Remover a cobertura anterior, de forma não traumática.
- Irrigar abundantemente com soro fisiológico, quando a cobertura primária for de gaze.
- Realizar a limpeza com técnica adequada (asséptica ou limpa).
- Manter o leito da ferida úmido.
- Manter a área ao redor da úlcera sempre seca, evitando a maceração e facilitando a fixação da cobertura.
- Ocluir com gaze, malha de rayon, chumaço ou outro curativo prescrito.
- Fixar com micropore ou similar e/ou atadura de crepe.
- Trocar o curativo a cada 24 horas ou sempre que estiver saturado (úmido).

Observações:

- A prescrição do curativo e do material para o curativo é privativa do enfermeiro e do médico.
- A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita através de irrigação com jato de soro fisiológico morno.
- Proteger sempre as úlceras com gazes, compressas, antes de aplicar uma atadura.

- Não apertar demais a atadura, devido ao risco de gangrena, por falta de circulação.
- Iniciar o enfaixamento sempre, no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro.
- Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada.
- Trocar o curativo com gaze a cada 24 horas ou quando estiver úmido, sujo ou solto.
- A recomendação atual, para realização do curativo consiste em manter a ferida limpa, úmida e coberta, exceto incisões fechadas e locais de inserção de cateteres e introdutores e fixadores externos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira avaliação de qualquer lesão deve ser feita exclusivamente pelo enfermeiro, onde será avaliado todas as características da lesão e suas necessidades. A avaliação pelo enfermeiro deve ser realizada sempre que observado sinais de alerta como dor, calor, rubor, edema e exsudação purulenta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em 25 de jan de 2025,

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis I PR	Procedimento Operacional Padrão – POP 029 Curativo Especial		<i>Elaborado por:</i> Enf^a Alloma Christine de Madureira Paula <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Enfermeiro				
EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico de Enfermagem				
MATERIAL • Instrumental (pinça Kelly, pinça dente de rato, pinça anatômica, pinça mosquito, tesoura de mayo e/ou tesoura íris); • Soro fisiológico (0,9%) e/ou solução PHMB; • Gaze, chumaço, malha de rayon; • Luva de procedimento ou estéril se necessário; • Cuba estéril ou bacia plástica; • Cobertura especial (placas, hidrofibras, alginatos ou hidrocoloides) ou correlato (pomadas ou hidrogeis); • Esparadrapo, fita adesiva e "micropore" ou similar; • Atadura de crepe e/ou bandagem compressiva ou bota de unha; • Mesa auxiliar; • Lixeira com saco branco; • Lixeira com saco preto				
INTRODUÇÃO Consiste em curativos realizados em feridas complexas, com uso de elementos de cobertura adicionais à gaze com hidrocoloide (placa ou gel), alginatos e enzimas, na presença de exsudação considerável, perda significativa de tecido/necrose, maceração, processo inflamatório relevante ou outras características locais que demandam avaliação mais qualificada e no geral determinam uma cicatrização mais lenta e difícil.				
OBJETIVO				

Evitar ou diminuir os riscos de complicações decorrentes do comprometimento da integridade tecidual e facilitar o processo de cicatrização,

Resultados esperados:

- Promover meio ótimo para cicatrização;
- Manter ambiente e técnica ideal para a reparação tecidual;
- Prevenir infecção local;
- Assegurar a tranquilidade e conforto do paciente.

CRITÉRIOS

O curativo especial é indicado quando a ferida apresenta complexidade, necessidade de materiais específicos, incluindo:

- Feridas crônicas (úlceras venosas, arteriais, neuropáticas).
- Feridas com média ou grande profundidade.
- Feridas com necrose ou tecido desvitalizado.
- Feridas com infecção local ou risco elevado de infecção.
- Presença de esfacelo, fibrina aderida ou bordas irregulares.
- Feridas cirúrgicas abertas ou com deiscência.
- Feridas com exsudado moderado a abundante.
- Feridas que necessitam de coberturas especiais: hidrogel, alginato, carvão ativado, espumas, hidrocoloide, AGE, filmes transparentes, hidrofibras, carvão com prata, PVPI, clorexidina, entre outros.
- Lesões por pressão estágio 2, 3 ou 4.
- Queimaduras de 2º grau ou mais.
- Feridas que requerem desbridamento (autolítico, instrumental ou enzimático).

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

CURATIVO ESPECIAL

- Receber o paciente de maneira cordial.
- Explicar o procedimento a ser realizado.
- Manter o paciente em posição confortável.
- Manter a postura correta durante o curativo.
- Lavar as mãos.
- Preparar o material para a realização do curativo.
- Remover a cobertura anterior, de forma não traumática.
- Irrigar abundantemente com soro fisiológico, quando a cobertura primária estiver visivelmente aderida ao leito/borda da lesão.
- Avaliar a ferida quanto à localização, tamanho, estágio, bordas e área perilesional, tecidos presentes e exsudato.
- Realizar a limpeza com técnica adequada (asséptica ou limpa), irrigando o leito e bordas com soro fisiológico exercendo jato de pressão.
- Após a limpeza, cobrir leito e bordas da lesão com gaze seca e aplicar solução de PHMB preferencialmente morna e deixar agir por alguns minutos.
- Remover gaze embebida com solução PHMB e secar leito, bordas e área perilesional.
- Manter a área ao redor da lesão sempre seca, evitando a maceração e facilitando a fixação da cobertura.
- Quando houver sinais de maceração ou conforme a cobertura ou correlato a ser utilizado, realizar aplicação de spray barreira ou creme de barreira com camada fina na borda da lesão.
- Ocluir com curativo especial ou correlato prescrito constituindo a camada primária.

- Cobrir com camada secundária de gaze ou chumaço.
- Fixar com micropore ou similar e/ou atadura de crepe.
- Trocar o curativo conforme exsudação e sinais de saturação (úmido), respeitando o tempo limite indicado pelo fabricante.
- Lavar as mãos.
- Registrar o procedimento em prontuário eletrônico, descrevendo achados observados.
- Manter a sala em ordem.

COBERTURAS E CORRELATOS

Cobertura / Correlato	Indicação	Frequência de Troca	Considerações
Ácido Graxo Essencial (AGE) - Óleo de Girassol	- Mantém o meio úmido; - Promove angiogênese; - Acelera o processo de granulação tecidual; - Forma película protetora na pele; - Auxilia o desbridamento autolítico; - Pode ser usado em qualquer fase de cicatrização.	Trocar no máximo a cada 24h ou sempre que curativo secundário estiver saturado	- Contra indicado se presença de necrose e/ou infecção. - O uso prolongado pode causar hipergranulação da ferida. - Pode ser associado a outras coberturas.
Hidrogel (com alginato ou PHMB)	- Mantém o meio úmido; - Promove o desbridamento autolítico. - Feridas secas ou pouco exsudativas; - Tecidos desvitalizados em feridas abertas; - Áreas doadoras de pele; - Queimaduras de 1o e 2o grau; - Desbridamento leve de necrose de liquefação (esfacelo) e de necrose de coagulação (escara).	- Troca em até 48 horas. - Feridas infectadas: no máximo a cada 24 horas.	- Observar as bordas da lesão e a pele adjacente quanto à maceração. - Contra indicado para lesões com grande quantidade de exsudato e queimaduras de 3º grau.
Alginatos (com ou sem prata)	- Absorve grande quantidade de exsudato, indicado quando exsudação moderada a alta; - Auxilia no desbridamento autolítico; - Promove hemostasia em lesões sangrantes. - Áreas doadoras de enxerto; - Feridas cavitárias em geral;	- Feridas infectadas: no máximo a cada 24 h. - Feridas limpas com sangramento: a cada 48h ou quando saturado; - Em outras situações a frequência das trocas deverá ser estabelecida de	- Contra indicado para lesões secas e com baixa exsudação, grandes queimados e para prevenção da lesão por pressão. - Não utilizar sobre ossos e tendões.

		acordo com a avaliação do profissional que acompanha o cuidado, não excedendo o tempo recomendado pelo fabricante. -Considerar saturação do curativo secundário e aderência da cobertura no leito da ferida.	
Hidrofibras (com ou sem prata)	-Mantém o meio úmido; -Favorece o desbridamento autolítico; -Absorve grande quantidade de exsudato; -Reduz a dor e o trauma no momento da troca; -Feridas com moderada a grande quantidade de exsudato; -Feridas infectadas ou com risco de infecção; -Úlceras vasculares, diabéticas e LPP; -Queimaduras de espessura parcial (2º grau);	-Feridas limpas: até 7 dias; -Feridas infectadas: no máximo 3 dias; -Com prata: remover somente por vazamento, sangramento excessivo, dor ou em no máximo 7 dias.	- Contra indicado para lesões secas e com baixa exsudação. -Não deve ser associado com produtos à base de óleo.
Espumas	- Feridas com exsudado moderado a alto - Úlceras por pressão - Feridas cirúrgicas - Úlceras venosas ou diabéticas - Queimaduras de espessura parcial - Áreas de atrito ou compressão	- A cada 3 a 7 dias, ou conforme saturação da espuma/exsudação - Trocar antes se o curativo estiver saturado, descolado ou com mau odor	- Promove ambiente úmido ideal à cicatrização - Absorve exsudato sem aderir ao leito da ferida - Ajuda no controle da dor - Deve ser fixado com filme transparente, atadura ou faixa adesiva - Não indicado para feridas secas ou com necrose seca - Monitorar sinais de infecção local (odor fétido, exsudato purulento, aumento da dor, calor local)
Carvão Ativado (com ou sem prata)	-Absorção -Controla o odor - Reduz flora bacteriana pela ação da prata. -Feridas infectadas com ou sem odor; -Feridas profundas com	-A saturação do tecido de carvão ativado acontece, em média, em 3 a 4 dias, podendo ficar no	-Contra indicado para feridas limpas, queimaduras, feridas pouco exsudativas, hemorrágicas ou com necrose de coagulação/escara.

	exsudação moderadas à abundante.	leito até 14 dias a depender da recomendação do fabricante. - Estabelecer necessidade de troca do curativo secundário conforme avaliação do profissional que acompanha o cuidado.	
Hidrocolóides	- Feridas com exsudato leve a moderado - Úlceras por pressão (estágios I e II) - Feridas superficiais - Áreas com risco de fricção - Abrasões e queimaduras superficiais	- A cada 3 a 7 dias, ou conforme a saturação do curativo - Trocar se estiver descolado, com odor forte, com acúmulo de exsudato ou sinais de infecção	- Forma gel ao interagir com o exsudato, promovendo ambiente úmido que favorece a cicatrização - Ajuda na autólise de tecidos desvitalizados - Pode causar odor característico ao ser removido (não indica infecção, se ausência de sinais clínicos) - Não recomendado para feridas infectadas, com exsudato intenso ou com necrose seca - Pode permanecer por vários dias se estiver íntegro e bem aderido
Tela não Aderente - Petrolatum	Feridas com tecido de granulação exposto - Queimaduras de espessura parcial - Enxertos cutâneos - Feridas cirúrgicas - Lesões em áreas sensíveis (face, região genital) - Feridas secas ou com exsudato mínimo	- A cada 1 a 3 dias, conforme avaliação do exsudato e integridade do curativo - Trocar se houver saturação, descolamento ou sinais de infecção	- Não adere ao leito da ferida, minimizando dor e trauma na troca - Mantém ambiente úmido e protege o tecido em cicatrização - Requer curativo secundário (como gaze estéril e faixa ou filme) - Pode ser usado com agentes tópicos (antimicrobianos, cicatrizantes) - Monitorar sinais de infecção e evolução da ferida - Não indicado como cobertura primária em feridas com exsudato abundante
Gaze Antimicrobiana	- Feridas com alto risco ou presença de infecção - Feridas colonizadas ou infectadas - Feridas cirúrgicas com	- Diariamente ou a cada 2 dias, conforme saturação e orientação do fabricante	- Possui agentes antimicrobianos como prata, PHMB, iodo ou mel medicinal - Ajuda a controlar a carga microbiana e reduzir risco de

	sinais de contaminação - Úlceras de pressão, venosas ou diabéticas infectadas - Queimaduras com risco de infecção	- Trocar imediatamente se houver exsudato excessivo, odor fétido ou descolamento	infecção - Pode ser usada como cobertura primária ou secundária - Requer avaliação frequente da resposta ao tratamento - Observar sinais de sensibilidade ou alergia ao princípio ativo - Uso prolongado deve ser avaliado por profissional de saúde para evitar resistência microbiana ou citotoxicidade
Creme de Barreira	- Prevenção e tratamento de lesões por umidade - Dermatite associada à incontinência (DAI) - Intertrigo - Áreas com risco de maceração (região perineal, glútea, inguinal) - Pele íntegra ou levemente eritematosa - Lesões superficiais não exsudativas	- A cada 12 a 24 horas - Sempre que houver remoção do produto durante higiene ou troca de fraldas	- Forma uma barreira protetora contra a umidade e agentes irritantes - Aplicar uma camada fina e uniforme sobre a pele limpa e seca - Evitar fricção ao reaplicar; não é necessário remover completamente a aplicação anterior - Não aplicar em feridas abertas profundas ou infectadas - Pode conter agentes como óxido de zinco, dimeticona ou petrolatum - Parte essencial do cuidado em pacientes acamados, com incontinência ou em cuidados paliativos
Spray de Barreira	- Prevenção de lesões por umidade (ex.: dermatite associada à incontinência - DAI) - Proteção da pele perilesional (ao redor de feridas) - Intertrigo leve - Áreas sujeitas a fricção e umidade contínua (glúteos, região perineal, dobras)	- A cada 24 a 72 horas, dependendo do produto e da exposição à umidade - Reaplicar após higiene, banho ou quando houver remoção visível do produto	- Forma uma película transparente protetora que permite visualização da pele - Secagem rápida e fácil aplicação, sem necessidade de fricção - Ideal para uso em peles sensíveis ou com dor à manipulação - Não aplicar sobre pele lesada com exsudato intenso ou infecção ativa - Pode ser usado em conjunto com outros curativos (em região perilesional) - Não substitui cuidados básicos com higiene e troca frequente de fraldas
Filme Transparente	- Feridas superficiais, secas ou com exsudato	- A cada 3 a 7 dias, ou conforme	- Permite permeabilidade ao oxigênio e vapor d'água, mas

	mínimo - Proteção de pontos cirúrgicos - Feridas em áreas de atrito ou pressão leve - Fixação de cateteres e curativos secundários - Manutenção de ambiente úmido para cicatrização	saturação e integridade do curativo - Trocar se houver descolamento, infiltração de exsudato ou sinais de infecção	é impermeável a líquidos e bactérias - Transparente, permitindo visualização da ferida sem remoção - Facilita a cicatrização por manter ambiente úmido - Pode causar maceração se usado em feridas com exsudato excessivo - Não indicado para feridas infectadas ou com exsudato abundante - Aplicar sobre pele limpa e seca, evitar rugas para melhor aderência
Bota de Unna	Terapia compressiva- Bandagem inelástica não estéril impregnada com pasta de óxido de zinco. -Úlceras venosas de perna; -Edema linfático.	- Não exceder o tempo máximo de 7 dias, respeitando também o tempo recomendado de troca da cobertura primária. -Em caso de desconforto, vazamento de exsudato, sinais clínicos de infecção, dormência e latejamento dos dedos ou em caso de quaisquer outras irritações locais deve-se retirar a bandagem imediatamente.	-Contra indicado para: Úlceras arteriais e mistas; Em casos de celulite (inchaço e eritema na área da ferida) e processo inflamatório intenso, pois a compressão aumentará a dor no local; - Pacientes com diabetes mellitus, pois há risco de diminuição da perfusão sanguínea no membro acometido. -A Bota de Unna não pode ser cortada e aplicada sobre a lesão. IMPORTANTE: -Aplicar a bandagem ao longo da perna, iniciando no pé e terminando na altura do joelho. -Orientar elevação do membro e repouso (principalmente antes da aplicação) durante o dia, movimentação de inclinação do pé (frente e para trás).
Bandagem Compressiva	- Úlceras venosas (principal indicação) - Edema por insuficiência venosa crônica - Linfedema controlado - Prevenção de recidiva de úlceras venosas - Melhora do retorno venoso em pacientes com mobilidade	- A cada 2 a 7 dias, conforme tipo de bandagem e exsudato da ferida - Trocar antes se houver saturação do curativo primário, deslizamento da bandagem ou	- Compressão controlada auxilia no retorno venoso e cicatrização - Pode ser composta por sistema de camadas (ex.: 2, 3 ou 4 camadas) - Aplicação exige técnica correta, com formação de pressão graduada (maior no tornozelo, menor na

		desconforto do paciente	panturrilha) - Não indicada em casos de doença arterial periférica significativa ou infecção ativa - Monitorar dor, coloração e perfusão distal (dedos dos pés) regularmente.
Solução PHMB	- Feridas colonizadas ou infectadas - Feridas crônicas com suspeita de biofilme (ex.: úlceras venosas, diabéticas, por pressão) - Feridas cirúrgicas com risco de contaminação - Queimaduras superficiais ou parciais - Como parte da limpeza e preparo do leito da ferida	- Aplicar a solução a cada troca de curativo, geralmente 1 a 2 vezes ao dia, conforme avaliação - A solução é usada para irrigação e limpeza, não como cobertura em si	- PHMB é um antisséptico de amplo espectro, com boa tolerância tecidual - Auxilia na redução da carga microbiana e biofilme sem causar citotoxicidade significativa - Não substitui a limpeza mecânica quando necessária - Pode ser usado em combinação com gases ou curativos embebidos com PHMB - Uso prolongado deve ser avaliado por profissional de saúde - Evitar uso concomitante com produtos que contenham prata ou iodo, salvo prescrição específica
Sulfadiazina de Prata 1%	- Queimaduras de espessura superficial a parcial (graus IIA e IIB) - Feridas colonizadas ou com alto risco de infecção - Úlceras por pressão, venosas ou diabéticas com sinais de infecção - Feridas traumáticas com perda de tecido	- 1 vez ao dia, ou conforme saturação/exsudação - Pode ser necessário reaplicar com maior frequência em casos de infecção ativa ou exsudato abundante	- Possui ação antimicrobiana de amplo espectro (gram-positivos, gram-negativos e fungos) - Promove controle da carga bacteriana e prevenção de infecção - Aplicar camada fina diretamente sobre a ferida ou sobre uma gaze - Pode causar escurecimento do curativo, o que é normal (não indica infecção) - Contraindicada em pacientes com alergia à sulfá ou em grandes áreas por tempo prolongado devido ao risco de toxicidade - Pode retardar epitelização em uso prolongado; avaliar troca terapêutica quando houver melhora clínica significativa.
Colagenase	- Mantém o meio úmido; - Promove o desbridamento	- A cada 24 horas.	- Contra indicado para pacientes sensíveis às enzimas da fórmula.

	enzimático suave. -Indicado para feridas com tecido desvitalizado.		-Tecido de granulação -Promove desbridamento muito lento. -Aplicar gaze úmida com SF 0,9% sobre a collagenase. - Necessário proteger pele ao redor da ferida com método de barreira.
Papaína 10%	- Feridas com tecido necrosado e esfacelos - Úlceras crônicas, queimaduras, feridas traumáticas com necrose - Preparação do leito da ferida para cicatrização - Auxílio na desbridamento enzimático	- Diariamente ou a cada 24 horas, conforme orientação clínica e evolução da ferida - Trocar imediatamente se houver sinais de infecção ou reações adversas	- A papaína é uma enzima proteolítica que ajuda a dissolver tecido desvitalizado - Promove desbridamento sem causar dano ao tecido saudável - Deve ser aplicada sobre o tecido necrosado, respeitando bordas da ferida - Manter o curativo úmido para melhor ação da enzima - Observar sinais de irritação ou alergia cutânea - Não usar em feridas infectadas sem tratamento antimicrobiano associado

Observações:

- A prescrição do curativo e do material para o curativo é privativa do enfermeiro e do médico.
- A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita através de irrigação com jato de soro fisiológico morno.
- Proteger sempre as úlceras com gazes, compressas, antes de aplicar uma atadura.
- Não apertar demais a atadura, devido ao risco de gangrena, por falta de circulação.
- Iniciar o enfaixamento sempre, no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro.
- Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada.
- Trocar o curativo com gaze a cada 24 horas ou quando estiver úmido, sujo ou solto.
- A recomendação atual, para realização do curativo consiste em manter a ferida limpa, úmida e coberta, exceto incisões fechadas e locais de inserção de cateteres e introdutores e fixadores externos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para curativos especiais, o ideal é sempre respeitar a orientação do fabricante, pois algumas marcas podem ter tempo de permanência maior ou menor ou recomendações específicas para utilização do produto.

Recomendações gerais:

1. A seleção do curativo é baseada nas características da ferida: tipo de tecido no leito da ferida, quantidade/tipo de exsudatos, profundidade, a condição da pele ao redor do leito da ferida.
2. Manter um leito limpo úmido é o objetivo, pois isso promove a granulação, cicatrização e fechamento.
3. Avalie a ferida a cada troca de curativo para verificar a resposta ao tratamento e escolha do curativo em uso.
4. Siga as recomendações do fabricante, especialmente relacionadas à frequência de trocas de curativos

5. O plano de cuidados deve orientar os tempos usuais de uso do curativo e dar um plano para as mudanças conforme necessário devido à sujidade, etc.
6. Se a ferida não cicatrizar em duas semanas, considere o excesso de colonização e reavalie a seleção do curativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em 25 de jan de 2025.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão – POP 030 Curativo Grau II C/ ou S/ Debridamento		<i>Elaborado por:</i> Enfª Alloma Christine de Madureira Paula <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Enfermeiro				
EXECUTANTE Enfermeiro				
MATERIAL - Instrumental (pinça Kelly, pinça dente de rato, pinça anatômica, pinça mosquito, cabo de bisturi, tesoura de mayo e/ou tesoura íris) - Soro fisiológico (0,9%) - Gaze, chumaço, malha de rayon - Luva de procedimento ou estéril se necessário - Cuba estéril ou bacia plástica - Lâmina de bisturi - Agulha 40x12 - Esparadrapo, fita adesiva e "micropore" ou similar - Atadura de crepe - Mesa auxiliar - Lixeira com saco branco - Lixeira com saco preto - Caixa Perfuro-cortante				
INTRODUÇÃO Tratamento de lesão aberta, em que já grande área de tecido afetado nos aspectos de extensão, profundidade e exsudato (grau II). Com a finalidade de promover cicatrização, evitar contaminação e/ou tratar infecção, necessitando de cuidados mais complexos.				
OBJETIVO Evitar ou diminuir os riscos de complicações decorrentes do comprometimento da integridade tecidual e				

facilitar o processo de cicatrização,

Resultados esperados:

- Promover meio ótimo para cicatrização;
- Manter ambiente e técnica ideal para a reparação tecidual;
- Prevenir infecção local;
- Realizar desbridamento se necessário para a remoção de tecidos inviáveis;
- Assegurar a tranquilidade e conforto do paciente.

CRITÉRIOS

Feridas agudas ou crônicas com:

- Tecido desvitalizado (esfacelo, fibrina, necrose úmida ou seca).
- Profundidade moderada (parcial ou total da pele).
- Bordas irregulares ou maceradas.
- Cavitações pequenas ou túnel superficial.
- Feridas com exsudato moderado a abundante.
- Feridas com sinais leves a moderados de infecção local.
- Lesões por pressão Grau II ou III.
- Feridas cirúrgicas abertas ou com risco de deiscência.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

DESRIDAMENTO INSTRUMENTAL CONSERVADOR

- Receber o paciente de maneira cordial.
- Explicar o procedimento a ser realizado.
- Manter o paciente em posição confortável.
- Manter a postura correta durante o curativo.
- Lavar as mãos.
- Preparar o material para a realização do procedimento.
- Remover curativo e realizar a limpeza da lesão conforme indicado em POP – Curativo Simples.
- Avaliar a ferida quanto à necrose e tecidos inviáveis.
- Promover o desbridamento dos tecidos inviáveis conforme avaliação da lesão e bordas, se instrumental, enzimático, químico ou autolítico, com uso de correlato.
- Realizar o curativo utilizando técnica conforme indicado em POP – Curativo Simples.
- Lavar as mãos.
- Registrar o procedimento em prontuário eletrônico, descrevendo achados observados
- Manter a sala em ordem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em 25 de jan de 2025,

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 031 Debridamento de Úlcera / Necrose		<i>Elaborado por:</i> Enf^a Alloma Christine de Madureira Paula <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Enfermeiro				
EXECUTANTE Enfermeiro, Médico				
MATERIAL - Instrumental (pinça Kelly, pinça dente de rato, pinça anatômica, pinça mosquito, cabo de bisturi, tesoura de mayo e/ou tesoura íris) - Soro fisiológico (0,9%) - Gaze, chumaço, malha de rayon - Luva de procedimento ou estéril se necessário - Cuba estéril ou bacia plástica - Lâmina de bisturi - Agulha 40x12 - Esparadrapo, fita adesiva e "micropore" ou similar - Atadura de crepe - Mesa auxiliar - Lixeira com saco branco - Lixeira com saco preto - Caixa Perfuro-cortante				
INTRODUÇÃO Consiste no procedimento realizado para remover o tecido necrosado e/ou infeccionado das feridas, com o intuito de diminuir a infecção e acelerar a cicatrização Desbridamento é um componente importante no gerenciamento da ferida e pode ser definido como o ato de remoção de material necrótico, tecido desvitalizado, crostas, tecido infectado, hiperqueratose, corpos estranhos, fragmentos de ossos, microorganismos ou qualquer outro tipo de carga biológica de uma ferida com o objetivo de promover a cicatrização da mesma.				

O conhecimento dos métodos disponíveis para desbridamento, vantagens, desvantagens e riscos é indispensável para definir o que será mais eficiente e adequado para o tipo de ferida e as condições físicas e emocionais da pessoa.

Considerando uma abordagem global para cicatrização de feridas, o desbridamento não se restringe apenas ao leito da ferida e é considerado parte de um processo para criar meios para atingir objetivos clínicos como o aumento da qualidade de vida, redução de odores, melhora da microcirculação, normalização bioquímica, incluindo balanço das metaloproteinases da matriz, controle da umidade e estimulação das bordas da ferida, contribuindo para o desenvolvimento do tecido de granulação e de epitelização.

Tipos de desbridamentos

- Desbridamento autolítico – através de hidrogeis, hidrofibras, hidrocoloides e etc
- Desbridamento enzimático – através de colagenases, papaínas
- Desbridamento mecânico – através de fricção, irrigação
- Desbridamento instrumental conservador – através de instrumentais cortantes (técnicas de cover / square) para remoção de tecidos inviáveis, realizado por enfermeiros e médicos capacitados
- Desbridamento cirúrgico – excisão ou ressecção de toda área necrótica, incluindo parte do tecido viável, realizada por cirurgia em ambiente hospitalar.

OBJETIVO

Evitar ou diminuir os riscos de complicações decorrentes do comprometimento da integridade tecidual e facilitar o processo de cicatrização,

Resultados esperados:

1. Promover meio ótimo para cicatrização;
2. Manter ambiente e técnica ideal para a reparação tecidual;
3. Prevenir infecção local;
4. Realizar desbridamento para a remoção de tecidos inviáveis;
5. Assegurar a tranquilidade e conforto do paciente.

CRITÉRIOS

Presença de necrose de liquefação ou de coagulação no leito da lesão ou bordas inviáveis como hiperqueratoses.

Antes de realizar o desbridamento é necessário avaliar o paciente quanto às condições clínicas, se doença de base não contra indica, se há perfusão sanguínea adequada e se o paciente tem condições mentais e emocionais para permitir o procedimento.

Quanto ao desbridamento instrumental conservador, deve ser realizado em ambiente iluminado, em posição confortável, observando-se constantemente as condições do doente, os fatores de risco envolvidos e o procedimento deve ser interrompido quando há sangramento excessivo, dor e desconforto do paciente e o procedimento não deve demorar mais do que 30 minutos.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

DESRIDAMENTO INSTRUMENTAL CONSERVADOR

1. Receber o paciente de maneira cordial.
2. Explicar o procedimento a ser realizado.

3. Manter o paciente em posição confortável.
4. Manter a postura correta durante o curativo.
5. Lavar as mãos.
6. Preparar o material para a realização do procedimento.
7. Remover curativo e realizar a limpeza da lesão conforme indicado em POP – Curativo Simples.
8. Avaliar a ferida quanto à necrose e tecidos inviáveis.
9. Realizar o desbridamento instrumental conservador visando a remoção dos tecidos inviáveis (necrose de coagulação ou de liquefação, hiperqueratose, outros) utilizando técnicas de desbastamento ou técnica de cover ou square.
10. Realizar o curativo utilizando técnica conforme indicado em POP – Curativo Simples.
11. Lavar as mãos.
12. Registrar o procedimento em prontuário eletrônico, descrevendo achados observados
13. Manter a sala em ordem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desbridamento de escaras não é recomendado quando a pessoa encontra-se em fase terminal, sem condições clínicas para a cicatrização e em escaras estáveis no calcanhar (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) porque servem como “cobertura biológica natural”. Contra-indicações relativas incluem a terapia anticoagulante e distúrbios hemorrágicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em 25 de jan de 2025,

EWMA Document: Debridement an updated overview and clarification of the principle role of debridement. Journal of Wound Care, vol. 22, n. EWMA Document, 2013. www.ewma.org/debridement (acesso em fevereiro de 2025).

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão – POP 032 Identificação Segura do Paciente		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Unidades de Saúde				
EXECUTANTE Todos os profissionais da unidade de saúde;				
MATERIAL • Prontuário eletrônico; • Documento oficial de identificação (RG, CPF, cartão do SUS, certidão de nascimento para crianças)				
INTRODUÇÃO A identificação segura do paciente é uma das metas internacionais de segurança do paciente preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde, sendo um componente essencial da Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Na Atenção Básica (AB), essa prática é fundamental para prevenir erros na assistência, como trocas de prontuário, administração incorreta de medicamentos, e falhas na solicitação de exames ou procedimentos.				
OBJETIVO Estabelecer diretrizes para garantir a correta identificação dos usuários nos atendimentos realizados na Atenção Primária à Saúde, minimizando riscos e promovendo a segurança do cuidado.				
CRITÉRIOS Todos os profissionais de saúde da unidade, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e recepcionistas.				
DESCRIÇÃO Na recepção e acolhimento: • Solicitar nome completo do usuário e data de nascimento. • Confirmar os dados com documento oficial (RG/ CPF). • Verifique se os dados conferem com o prontuário eletrônico. Durante o atendimento (consultas, procedimentos, exames, vacinação):				

- Antes de iniciar qualquer procedimento, o profissional deve verbalizar com o paciente o nome completo;
- Confirmar a identificação com o prontuário e/ou requisição de exames e procedimentos

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Recepção: Confirmar identidade na entrada e manter registros atualizados.
- Profissionais de saúde: Verificar a identificação antes de qualquer atendimento ou procedimento.
- Coordenação da unidade: Garantir a capacitação da equipe e a implementação do POP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

RESOLUÇÃO – RDC Nº 36. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão – POP 033 Remoção de Cerumen do Conduto Auditivo Externo		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.			
EXECUTANTE Enfermeiros e Médicos			
MATERIAL • Compressa ou toalha; • Cuba rim; • Dispositivo de infusão intravenosa, calibroso, pelo menos calibre 19 (scalp); • EPI: Jaleco, sapato fechado, luva de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção, touca descartável; • 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); • Luvas de procedimento de látex; • Microondas; • Otoscópio com otocone (calibre médio); • Seringa de 20 ml; • Tesoura;			
INTRODUÇÃO Cerume é uma condição normal no canal auditivo externo e geralmente confere proteção contra otites agudas. O cerume impactado está presente em aproximadamente 10% das crianças, 5% dos adultos hígidos, 57% dos pacientes idosos e 37% das pessoas com retardo cognitivo. A presença dele é geralmente assintomática, mas, às vezes, pode causar complicações, como perda auditiva, dor ou tonturas. Também pode interferir no exame da membrana timpânica. Há algumas técnicas que podem ser utilizadas para a remoção, dependendo da habilidade do profissional, da disponibilidade de instrumentos e da aceitabilidade do paciente.			
OBJETIVO Retirada de cerume presente no canal auditivo			
CRITÉRIOS O paciente geralmente procura atendimento queixando-se de sensação de tamponamento auditivo, estalidos e diminuição da acuidade auditiva, mas o diagnóstico de cerume impactado é realizado por meio da otoscopia cuidadosa. A anamnese e o exame físico devem estar direcionados para os fatores que influenciam na conduta clínica, tais como ruptura			

de membrana timpânica, estenose de canal auditivo, exostose, tratamento anticoagulante ou outras condições clínicas. O exame físico consiste na inspeção, palpação e a otoscopia.

DESCRIÇÃO

- Indicar emolientes ou solução salina, sempre que possível, previamente ao procedimento.
- Preparar o material seguindo a lista de equipamentos recomendados para o procedimento.
- Cortar o scalp (butterfly) com aproximadamente 4 cm a partir da extremidade de acoplamento da seringa. Descartar a extremidade da agulha em local apropriado.
- 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.
- Examinar cuidadosamente o canal do ouvido externo por meio da inspeção e palpação.
- Realizar sempre a otoscopia antes do procedimento.
- 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.
- Aspirar com a seringa diretamente na cuba com o soro aquecido até completar a seringa.
- Acoplar a seringa na extremidade não cortada do scalp.
- Posicionar a toalha, campo cirúrgico ou compressa no ombro do paciente.
- 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.
- Usar luva de procedimento.
- Introduzir a extremidade cortada do scalp com a concavidade voltada para frente e levemente para cima. Monitorar sempre o sintoma de dor durante o procedimento.
- Sob leve pressão, instilar o soro fisiológico, deixando escoá-lo na cuba rim.
- Uma vez esvaziada a seringa, removê-la com o cateter (scalp), desacoplá-la e repetir as seis etapas anteriores quantas vezes forem necessárias.
- 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.
- Verificar esporadicamente por meio da otoscopia se há mais cerume a ser removido.
- 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contraindicações: Otite aguda. História pregressa ou atual de perfuração timpânica. História de cirurgia otológica. Paciente não cooperativo.

Parecer N° 005/2019/COFEN: considera legítima a realização de Lavagem Auricular pelo Enfermeiro, desde que seja capacitado e com treinamento técnico, e que as atribuições de cada membro da equipe multiprofissional estejam descritas em protocolos assistenciais que contemplem os aspectos éticos e legais da profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caderno-de-aten%C3%A7%C3%A3o-prior-m%C3%A1ria-n30-procedimentos.pdf>

<https://www.cofen.gov.br/parecer-de-relator-no-005-2019/>

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 034 Remoção / Retirada de Corpo Estranho		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde			
EXECUTANTE Médicos e enfermeiros.			
MATERIAL • Solução de PVPI tópico ou clorexidina; • Lidocaína 1 a 2% sem vasoconstrictor; • Campo fenestrado estéril; • 1 kit de material para “pequena cirurgia”: 1 Pinça hemostática (kelly) curva, 1 pinça dente de rato, 1 pinça anatômica, 1 tesoura reta ou 1 tesoura curva, 1 porta-agulha, 1 cúpula redonda de inox pequena; • Soro fisiológico 0,9% ; • Gazes estéreis; • Luvas estéreis; • Seringa de 20 e de 5 ml; • 1 Agulha 40 x 12 OU 25 x 8; • 1 Agulha hipodérmica 13x4,5; • Fios de sutura nylon, agulhados, numerações 2-0, 3-0, 4-0 ; • Esparadrapo ou micropore; • Atadura de crepe; • 1 dreno de Penrose; • 1 Alicata (para retirada de anzol); • EPI's: óculos, máscara, luvas estéreis, avental ou jaleco;			

INTRODUÇÃO

Quase todos os ferimentos causados por corpos estranhos têm o potencial de infecção e, devido ao pequeno orifício de entrada, devem-se considerar o bacilo do tétano e os organismos piogênicos comuns como os possíveis invasores. Assim, a profilaxia do tétano deve ser rotina no tratamento primário dos corpos estranhos nos tecidos moles.

Quando penetrado nos tecidos recentemente, o corpo estranho é facilmente localizado e acessível. Nesses casos, no geral, tenta-se a remoção. Se, contudo, ele não determina quaisquer sintomas, é melhor deixá-lo permanecer. Esse julgamento é criterioso, e o paciente deve ser informado. Quando se decide remover o corpo estranho, deve-se localizá-lo no tecido. Isso pode não ser difícil se o objeto é palpável, ou se é relativamente grande e o orifício de entrada estiver nitidamente visível. Se for pequeno e se localizar profundamente na gordura ou no músculo, a retirada é difícil. Particularmente quando não se pode localizá-lo com precisão nos tecidos, com ausência de referência a algum ponto na superfície da pele, que é válido para pequenos objetos pontiagudos, tais como agulhas, que podem migrar pelo tecido, como resultado da pressão local ou dos próprios movimentos.

OBJETIVO

REMOÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS EM SUBCUTÂNEO

Tipos de corpos estranhos	Descrição	Cuidados / Tratamento
1. Farpas de madeira e metálicas	As farpas de madeira (pedaço de árvore, parte de assoalho, palito de dente) são muito comuns nos tecidos moles, especialmente mãos, e na região subungueal, pés e nádegas. O potencial de tais feridas tornarem-se infectadas é alto, e o perigo para o tétano é real.	a) Essas farpas podem ser retiradas com o auxílio de uma agulha rosa, sem anestesia local. Se for este o caso, a retirada pode ser pela equipe de enfermagem. b) Se houver insucesso ou for um objeto mais profundo, encaminhar para o médico. c) Orienta-se fazer anestesia infiltrativa ou de bloqueio para promover ressecção segmentar da unha (se estiver subungueal), acima da farpa, utilizando um bisturi. d) Geralmente o objeto é pequeno, não há necessidade de suturas. Deixar a cicatrização ocorrer por segunda intenção. e) Após a retirada, basta um curativo até que a ferida cicatrize. Se a ferida estiver em bom aspecto, sem sinais flogísticos, não necessita uso de antibióticos
2. Pedras, roupas	São comumente encontradas nos tecidos de ferimentos acidentais, especialmente em crianças. Com frequência sua presença não é reconhecida no momento que a ferida primária é tratada. Como resultado disso, permanece encravada no tecido por tempo considerável. Por fim, determina uma fístula de secreção crônica, purulenta.	a) O tratamento consiste na incisão e retirada dela.
3. Vidros	É visto mais frequentemente nas mãos e nos pés, resultado de acidentes com quebra de objetos de vidro.	a) A menos que se possa vê-lo, apalpá-lo ou demonstrá-lo no Raio X, em geral é prudente tratar a ferida primariamente como uma laceração. Depois da cicatrização, o vidro torna-se evidente

		pela dor causada quando é comprimido. Nesse caso, pode-se fazer uma incisão sobre o ponto doloroso e removê-lo.
4. Projéteis de arma de fogo	Esses corpos estranhos são radiopacos, portanto, facilmente visualizados por Raio X. Só deve ser retirado em serviços que disponham de RX para precisar a localização dos projéteis.	a) se superficiais quando retirá-los, não suturar o ferimento; deixar a cicatrização ocorrer por segunda intenção. Lembrar de comunicar a polícia.
5. Ferimento por prego	Necessita-se ter certeza de que não restou nenhum corpo estranho no ferimento, nem mesmo um pedaço do calçado que o paciente utilizava.	a) Além da limpeza local pode ser necessário anestésiar e incisionar a lesão a fim de promover uma limpeza mais profunda.

CRITÉRIOS

Quando se decide remover o corpo estranho, deve-se localizá-lo no tecido. Isso pode não ser difícil se o objeto é palpável, ou se é relativamente grande e o orifício de entrada estiver nitidamente visível. Se for pequeno e se localizar profundamente na gordura ou no músculo, a retirada é difícil. Particularmente quando não se pode localizá-lo com precisão nos tecidos, com ausência de referência a algum ponto na superfície da pele, que é válido para pequenos objetos pontiagudos, tais como agulhas, que podem migrar pelo tecido, como resultado da pressão local ou dos próprios movimentos.

DESCRIÇÃO

REMOÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS EM GERAL

- Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização;
- Calçar as luvas estéreis e colocar a máscara e óculos de proteção;
- Determine o local do corpo estranho;
- Prepare a área afetada com solução de iodopovidona tópico ou clorexidina;
- Cubra com o campo estéril;
- Usando a agulha 40x12, aspirar-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg);
- Troca-se a agulha pela hipodérmica;
- Introduzir o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro do local do objeto. No caso de ferimento por prego a distância da anestesia é de 0, 5 cm, do perímetro do local do objeto, nos quatro quadrantes (anestesia em cruz)
- 8.9 Cuidar com o edema que resulta, pois pode-se perder os parâmetros da localização. Utiliza-se o orifício de entrada quando existente ou utiliza-se a cicatriz prévia como referência depois. Continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, que deve ser longa;
- Após anestesia, faz-se incisão longa e profunda o suficiente, ao longo da linha da pele para promover a retirada do objeto, com auxílio das pinças. No caso do ferimento por prego, com uma lâmina nº 11, realiza-se incisão em cruz, com o orifício como centro do corte. Com o auxílio de uma pinça hemostática curva, introduzir uma gaze com soro fisiológico na incisão para limpeza do local, certificando-se que não restou nenhum corpo estranho no ferimento;
- Irrigar a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local;
- Se o ferimento permitir, e for necessário, pode-se confeccionar uma sutura com pontos simples como nylon 3.0;
- Ocluir a lesão com gaze estéril e fixar o curativo com adesivo hipoalergênico ou com atadura de crepe;
- Retirar os equipamentos de proteção individual;
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Verificar necessidade de profilaxia do tétano conforme Protocolo de Imunização, atualizado;

- Registrar o procedimento;

REMOÇÃO DE ANZOL

Os acidentes com os anzóis são mais comuns do que se pode imaginar. Inúmeras iscas artificiais de pesca têm múltiplos anzóis. Quando houver vários, é uma boa ideia cortar a farpa do anzol perfurador com um alicate, assim os outros podem ser removidos. Lembrando que é muito embaraçoso fisgar novamente o paciente, ou você mesmo, com um segundo anzol, enquanto está removendo o primeiro.

MATERIAIS PARA REMOÇÃO DO ANZOL

- Alicate boas condições de uso;
- Kit de materiais para pequena cirurgia;

TÉCNICA

- Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização;
- Determine o local da perfuração do anzol;
- Calçar as luvas estéreis e colocar a máscara e óculos de proteção;
- Prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril;
- Visualiza-se o orifício por onde o anzol entrou e projeta-se a altura da saída dele, pressionando o corpo do objeto na tentativa de fazer a própria curvatura;
- Com o auxílio de uma pinça hemostática curva, introduzir o anzol no sentido de sua curvatura, até haver a exposição da extremidade e da farpa;
- Com o auxílio de um alicate, corta-se a extremidade e a farpa;
- Segurar a extremidade distal do anzol com uma pinça hemostática e retirá-lo pelo orifício de entrada;
- Lavar o ferimento com soro fisiológico 0.9% ;
- Ocluir a lesão com gaze estéril e fixar o curativo com adesivo hipoalergênico;
- Retirar os equipamentos de proteção individual.
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Registrar o procedimento ;

REMOÇÃO DE ANEL

Anéis ficarem presos nos dedos é um tipo de acidente relativamente comum e pode ocorrer nas diferentes faixas etárias. As mais comuns são em decorrente de edema nos dedos, mas também pode ocorrer com crianças que experimentam o acessório de forma fortuita.

MATERIAIS PARA REMOÇÃO DE ANEL

- Gelo ou gelox;
- Sabão ou sabonete, óleo ou vaselina;
- Pinça hemostática curva pequena;
- 40 cm de fio seda 2.0 ou Fio dental;

A TÉCNICA

- Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização;
- Elevar a mão e envolver o dedo no gelo por alguns minutos. Enquanto mantiver a mão elevada, aplicar no dedo um lubrificante (vaselina, sabão, sabonete etc.) e tentar retirar o anel;
- Caso o procedimento falhe, realizar a técnica do envoltório;
- Usar uma pinça hemostática curva pequena para introduzir uma extremidade de um cordão ou fio seda 2.0 ou Fio dedal sob o anel;
- Pegar a extremidade longa do fio ou cordão distal ao anel, lubrificá-lo e então usá-lo para envolver firmemente o dedo começando do anel;

- Certificar que cada volta sucessiva se encoste à anterior para que nenhuma porção da pele se saliente entre as voltas. A articulação Interfalangeana proximal é geralmente a área mais problemática, por isso deve ser envolvida cuidadosamente;
- Segurar a ponta curta do fio que está do lado proximal do anel com uma pinça hemostática. Puxá-la em direção à ponta do dedo e então desenrolar a fita. Esse movimento deverá liberar progressivamente o anel do dedo;
- Pode ser necessário repetir o procedimento por mais de uma vez;

Caso não haja sucesso no uso da técnica “envoltório”, utilizar um cortador de anel de dedo, se não disponível no serviço, solicitar apoio do SIATE.

REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO OCULAR

Corpo estranho intraocular, identificado ou suspeito, ou outra lesão penetrante, requer consulta oftalmológica imediata. Entretanto o serviço de saúde que prestar o primeiro atendimento deve tomar alguns cuidados como:

- Sempre associar com a história contada pelo paciente;
- Ao exame, pode-se observar o objeto no globo ocular ou na pálpebra, mas, às vezes, é microscópico;
- Na presença de um corpo estranho visivelmente fixado no globo ocular, não tente retirá-lo;
- Não usar colírios anestésicos;
- Ocluir o olho acometido e encaminhe ao serviço de referência imediatamente;

REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO NASAL

Geralmente requerem instrumental específico para a retirada. Além do que, frequentemente, acontece com crianças e se torna difícil mantê-las imobilizadas para realizar o procedimento.

MATERIAIS

- 1 espéculo nasal;
- 1 pinça hemostática ou anatômica

TÉCNICA

- Se a criança tiver compreensão pode solicitar que tape uma narina e assue outra, gerando uma pressão de ar que expulse o objeto do nariz;
- É importante lembrar que a criança não deve assoar as duas narinas ao mesmo tempo, porque isso pode comprometer seus tímpanos;
- Caso não dê certo ou se o objeto estiver visível com espéculo nasal fazer a remoção com ajuda de uma pinça hemostática.

Caso haja insucesso, encaminhar para referência.

REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO NO CONDUTO AUDITIVO

Objetos no ouvido sempre há risco de perfuração do tímpano, sendo imprescindível a atuação de um médico.

MATERIAIS

- 1 otoscópio;
- 1 pinça fina;
- 1 seringa 20 ml;
- 1 sonda de aspiração;
- Solução fisiológica 0.9% morna;

- Vaselina ou óleo mineral

A técnica utilizada para retirar depende da característica do material. Pequenos objetos inorgânicos podem ser retirados do conduto com irrigação de soro fisiológico morno, utilizando seringa ou sonda de aspiração, com um volume entre 20-50 ml a cada aplicação. Insetos vivos devem ser exterminados antes de retirados, para alívio imediato dos sintomas. Utiliza-se, para tal, a colocação de soro fisiológico, óleo mineral ou vaselina no conduto auditivo.

Se não possuir um otoscópio e pinças finas para retirada do corpo estranho, encaminhar para o serviço de referência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 035 Retirada (Ordenha) do Leite Humano		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.			
EXECUTANTE Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Médico			
MATERIAL • Luvas de procedimento; • Máscara; • Álcool 70%; • Papel toalha; • Frasco de vidro esterilizado (em casos de doação ou armazenamento);			
INTRODUÇÃO A ordenha do leite humano é a ação de manipular a mama lactante pressionando-a cuidadosamente para retirada do leite.			
OBJETIVO • Manter a lactação; • Aliviar o ingurgitamento mamário (peito empedrado); Aliviar a tensão na região mamilo-areolar visando a uma pega adequada; • Alimentar bebês que não tem condição de sugar diretamente no peito da mãe, por prematuridade, doença e outras dificuldades relacionadas à amamentação; • Fornecer leite para o próprio filho, no caso de volta ao trabalho ou por separação temporária por outras causa; • Tratar mastite; • Colher o leite para ser doado a um BLH.			
DESCRIÇÃO • Lavar cuidadosamente as mãos e antebraços. • Não há necessidade de lavar os seios. • Usar máscara ou evitar falar, espirrar ou tossir enquanto estiver ordenhando o leite. • Massagear, previamente e delicadamente a mama como um todo com movimentos circulares da base em direção à aréola. Esse procedimento deve ser feito preferencialmente pela nutriz que			

assim poderá localizar os pontos mais dolorosos.

- Dispor de vasilhame de vidro esterilizado para receber o leite. Preferencialmente vidros de boca larga e com tampas plásticas, que possam ser submetidos à fervura durante mais ou menos 20 minutos.
- Ter a mão pano úmido limpo ou lenços de papel para limpeza das mãos.
- Procure manter a nutriz relaxada, sentada ou de pé, em posição confortável.
- O recipiente onde será coletado o leite materno (copo, xícara, caneca ou vidro de boca larga) deve estar esterilizado e posicionado próximo ao seio.
- Com os dedos da mão em forma de “C”, colocar o polegar na aréola ACIMA do mamilo e o dedo indicador ABAIXO do mamilo na transição aréola-mama, em oposição ao polegar. Sustentar o seio com seus outros dedos.
- Use a mão esquerda para a mama esquerda e a mão direita para a mama direita ou use as duas mãos simultaneamente (uma em cada mama ou as duas juntas na mesma mama).
- Pressione seu polegar e o dedo indicador, um em direção ao outro, e levemente para dentro em direção a parede torácica. Evite pressionar demais pois pode bloquear os ductos lácteos.
- Pressione e solte, pressione e solte. Isto não deve machucar, se doer a técnica está errada. A princípio o leite pode não vir, mas depois de pressionar algumas vezes, o leite começa a pingar. Poder fluir em jorros se o reflexo de ocitocina é ativo.
- Pressione a aréola da mesma forma, a partir dos LADOS, para assegurar que o leite está sendo extraído de todos os segmentos do seio.
- Evite esfregar ou deslizar seus dedos sobre a pele. O movimento dos dedos deve ser mais rotatório.
- Evite comprimir o mamilo entre os dedos, dessa maneira não conseguirá extrair o leite. Acontece o mesmo quando o bebê suga apenas o mamilo.
- Ordene um seio por pelo menos 3-5 minutos até que o leite flua lentamente, então ordene o outro lado e repita em ambos os lados.
- Explique que ordenhar leite de peito adequadamente leva mais ou menos 20-30 minutos, em cada mama, especialmente nos primeiros dias quando apenas uma pequena quantidade de leite pode ser produzida. É importante não tentar ordenhar em um tempo mais curto.
- Coloque a aréola entre o polegar e os outros dedos e pressione para dentro, na direção da parede torácica.
- Pressione atrás do mamilo e da aréola, entre os seus dedos e polegar.
- Pressione os lados para esvaziar todos os segmentos.
- Ao final da ordenha aplicar as últimas gotas retiradas na região mamilo areolar;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Outras técnicas de ordenha: Seguir as orientações dos manuais:

Bomba manual tira-leite com pera de borracha e bulbo.

Bomba manual tira-leite tipo seringa.

Bomba elétrica para tirar leite

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança. Normas de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. Brasília, 2009.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão – POP 036 Remoção de Molusco Contagioso		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.			
EXECUTANTE Médico			
MATERIAL • Máscara; • Óculos de proteção; • Luva estéril; • Creme anestésico; • Agulha de calibre compatível; • Álcool iodado;			
INTRODUÇÃO O molusco contagioso é uma doença dermatológica causada pelo vírus do gênero Molluscipoxvirus, da família Poxviridae. Afeta crianças, principalmente as atópicas, pacientes imunossuprimidos e adultos sexualmente ativos. A transmissão ocorre por contato direto com pessoas infectadas, por meio de fômites ou auto inoculação. O período de incubação é variável, geralmente de três semanas a três meses.			
OBJETIVO O diagnóstico é clínico com base no aspecto da lesão e do material obtido à expressão das pápulas. As lesões características do molusco contagioso são pápulas semi esféricas com centro umbilicado, peroladas, róseas ou da cor da própria pele, medindo de 3 a 6 mm, isoladas e bem delimitadas. São facilmente removíveis, eliminando material esbranquiçado com partículas virais. Usualmente as lesões são assintomáticas, mas podem apresentar eczema e prurido ao redor delas. A procura pela Unidade Básica de Saúde costuma ser em função do incômodo estético.			
CRITÉRIOS Lesões múltiplas ou de grande tamanho. Lesões em áreas de atrito, causando dor ou desconforto. Lesões inflamadas ou com risco de infecção secundária. Lesões com risco de autoinoculação (coçar, manipular).			

Lesões em áreas expostas com impacto estético significativo.

Paciente imunossuprimido com proliferação extensa.

Falha de tratamento clínico não invasivo.

DESCRIÇÃO

- Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização
- O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção.
- Aplica-se espessa camada do creme anestésico* com aproximadamente 2,5 g por 10 cm². A aplicação deve ser feita sob bandagem oclusiva, com tempo de contato mínimo de 60 minutos.
- Retira-se a bandagem e o creme anestésico e prepara-se a área afetada com um agente tópico disponível.
- Procede-se à curetagem das lesões com uma agulha de calibre compatível com a lesão (geralmente usa-se a agulha 40 x 12). O médico deve observar se as lesões são muito grandes ou estão inflamadas, o que pode impedir o procedimento devido ao risco de infecção ou dor.
- Após a curetagem, aplica-se álcool iodado em cada lesão

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deve-se alertar o paciente quanto à possibilidade do aparecimento de novas lesões, dado o curso natural da infecção, que pode durar vários meses e não desenvolver imunidade definitiva.

Coren SP: PARECER TÉCNICO 04/2015 conclui que a exérese de molusco contagioso, é um procedimento médico. Nos documentos que regem a prática de enfermagem, não existe amparo legal para sua realização pelos Profissionais de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caderno-de-aten%C3%A7%C3%A3o-pri-m%C3%A1ria-n30-procedimentos.pdf>

<https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren-es/transparencia/7537/download/PDF>

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis I PR	Procedimento Operacional Padrão – POP 037 Retirada de Pontos		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.			
EXECUTANTE Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros, Médicos.			
MATERIAL • Bandeja; • Kit para retirada de pontos estéril (tesoura iris, pinça anatomica); • Luva de procedimento; • Bisturi; • Soro fisiológico 0,9%; • Álcool 70%; • Gaze estéril; • Equipamentos de proteção individual (máscara, óculos, jaleco)			
INTRODUÇÃO A remoção de pontos cirúrgicos é um procedimento que visa retirar as suturas aplicadas para aproximar os bordos de uma ferida, promovendo a cicatrização efetiva e minimizando riscos de complicações como infecções, deiscências ou cicatrizes hipertróficas. Este procedimento deve ser realizado com técnica asséptica e em tempo adequado ao tipo de tecido e localização da sutura, garantindo a integridade do tecido recém-formado.			
OBJETIVO Retirada de fios cirúrgicos, colocados para aproximar as bordas de uma lesão.			
CRITÉRIOS Quando se deseja retirar fios cirúrgicos após cicatrização de ferida operatória, ou por alguma intercorrência com esta.			
DESCRIÇÃO • Higienizar as mãos conforme protocolo; • Reunir o material; • Explicar o procedimento ao paciente; • Expor a região necessária a execução do procedimento;			

- Abrir o pacote de curativo sem contaminar;
- Calçar luvas de procedimento;
- Umedecer a gaze com solução antisséptica promovendo a limpeza do local da incisão cirúrgica;
- Expor a base do ponto;
- Tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo, com a tesoura de íris ou bisturi, em um dos lados junto à pele;
- Realizar retirada de pontos alternadamente, se necessário;
- Colocar os pontos, já cortados, sobre uma gaze e desprezá-los no saco de lixo;
- Limpar a incisão com a gaze, iniciando no sentido de dentro para fora;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes da retirada, observar a ferida para identificar a presença de afastamento, secreção, inflamação, sinais de infecção e pontos inclusos. Avise ao enfermeiro e/ou médico se a ferida não houver cicatrizado adequadamente.

Nas situações em que a ferida cirúrgica apresentar sinais de: infecção, hemorragia, deiscência e evisceração entre outros, o técnico de enfermagem ou enfermeiro deve sempre registrar no prontuário do paciente a respectiva avaliação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Retirada de pontos cirúrgicos. Rio de Janeiro: Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2014

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis I PR	Procedimento Operacional Padrão – POP 038 Sondagem Nasogástrica		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.				
EXECUTANTE Enfermeiro/ Médico				
MATERIAL • 1 Sonda Gástrica; • 1 Máscara e 1 Óculos de proteção; • 1 Bandeja; • 1 anestésico; • 1 seringa de 20 ml; • 1 Seringa de 3 ml ; • 1 pacote de gaze; • 1 Estetoscópio; • 1 Luva de procedimento; • 1 fita micropore; • SF 0.9%; • 1 toalha ou papel toalha; • 1 biombo se necessário				
INTRODUÇÃO A manutenção da saúde em muito depende do recebimento de alimento em quantidade e variedade adequada para melhor ação das funções orgânicas e nutricionais. Contudo há usuários que necessitam de apoio nutricional através do trato digestivo (nutrição enteral) ou por via parenteral (nutrição parenteral). Sondagem oro/nasogástrica é a inserção de uma sonda, geralmente flexível, com um ou mais lumens, na cavidade oral/nasal com destino ao estômago com a finalidade de medicar, lavar, drenar líquidos ou ar, coletar material gástrico e realizar exames para fins diagnósticos, como a manometria e pHmetria. • Sondagem nasoenteral refere-se à passagem de uma sonda flexível através da cavidade nasal, esôfago, estômago e intestino delgado. Este procedimento fornece via segura e menos traumática para administração de dietas, hidratação e medicação.				
OBJETIVO Obter via de acesso para administração da nutrição por sonda, conforme prescrição médica. Inserção de uma sonda flexível, podendo ser curta ou longa, introduzida pelo nariz/boca até o estômago (gástrica), duodeno (entérica) e inserção, através do tecido abdominal, de cateter para administração de dieta/medicações em região gástrica.				

CRITÉRIOS

Compete ao Enfermeiro na passagem da sondagem oro/nasogástrica:

- Definir o calibre da sonda que será utilizada, de acordo com o procedimento prescrito;
- Estabelecer o acesso enteral por via oro/nasogástrica para a finalidade estabelecida (alimentar, medicar, lavar, drenar líquidos ou ar, coletar material gástrico e realizar exames para fins diagnósticos);
- Proceder os testes para confirmação do trajeto da sonda;
- Garantir que a via de acesso seja mantida;
- Prescrever os cuidados de enfermagem;
- Registrar em prontuário todas as ocorrências e dados referentes ao procedimento;
- Manter-se atualizado e promover treinamento para os técnicos de enfermagem, observada a sua competência legal.

Compete ao Auxiliar/Técnico de Enfermagem na passagem da sondagem oro/nasogástrica

- Auxiliar ao enfermeiro na execução do procedimento da sondagem oro/nasoenteral;
- Promover cuidados gerais ao paciente de acordo com a prescrição de enfermagem;
- Comunicar ao Enfermeiro qualquer intercorrência advinda do procedimento;
- Proceder o registro das ações efetuadas, no prontuário do paciente, de forma clara, precisa e pontual;
- Monitorização e registro das queixas do paciente, das condições do sistema de alimentação/drenagem, do débito, manutenção de técnica limpa durante o manuseio do sistema.

DESCRIÇÃO

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e familiar e examinar as narinas analisando se há desvio de septo nasal;
- Pergunte ao paciente sobre problemas nas narinas (dificuldade para respirar devido a desvio de septo ou adenóide);
- Pergunte ao paciente sobre preferência (narina D ou E);
- Dispor os materiais sobre a mesa auxiliar, posicionando-a o mais próximo do paciente;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal posição Fowler se possível e/ou colocado em decúbito lateral direito;
- Gravidade auxilia no deslizamento;
- Medir o comprimento da sonda em relação ao paciente: da ponta do nariz até o lóbulo da orelha, descer até altura do apêndice xifóide e marcar esta distância com esparadrapo;
- Mensurar na rima labial ao lóbulo da orelha estendendo ao processo xifóide em situações que a sonda for passada orogástrica;
- Limpar as narinas do paciente utilizando algodão umedecido ou cotonete;
- Colocar lubrificante na gaze e lubrificar a ponta distal de 2,5 – 5 cm;
- Fletir a cabeça do paciente para frente. Esta posição dificulta a entrada da sonda na traquéia libera a passagem naso-orofaríngea;
- Introduzir a sonda através da narina até o ponto demarcado. Após a introdução de aproximadamente 15 cm da sonda, poderá haver resistência. Neste momento, deve-se solicitar ao paciente para fazer movimentos de deglutição e se, possível, ofereça-lhe água. Se existirem sinais de angústia, tais como: Respiração ofegante, tosse e/ou cianose retirar a sonda;
- Testar a localização da sonda através da aspiração do conteúdo gástrico com seringa de 20 ml;
- Injetar ar utilizando uma seringa de 20ml, auscultando com estetoscópio a região epigástrica;
- Fixar a sonda com micropore ou esparadrapo, de tal forma que não atrapalhe o campo visual do paciente, e não traumatize a narina;

- Conectar a sonda na extensão, quando indicação de drenagem, ou deixar a sonda aberta e mantê-lo abaixo do nível do estômago para facilitar a drenagem;
- Fazer uma prega ("meso") com micropore na SNG e aderi-la à pele do paciente, cuidando para não atrapalhar a movimentação do paciente e não tracionar a sonda;
- Recolher o material;
- Desprezar as luvas;
- Higienizar as mãos novamente;
- Anotar no prontuário o procedimento realizado, o número da sonda, o volume e o aspecto da secreção drenada e as intercorrências;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Em caso de administração de medicamentos pela SNG quando estiver em drenagem, deixar fechada por aproximadamente 20 minutos;
- Checar sempre a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de administrar dieta e antes de administrar medicamentos;
- Lavar a sonda com 20 ml de água, antes e após a administração de medicamentos e da dieta;
- Aspirar a SNG antes de sua retirada;
- A inserção de sonda oro/nasogástrica (SOG e SNG) é privativa do Enfermeiro, que deve imprimir rigor técnico-científico ao procedimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 619/2019, que normatiza a atuação da equipe de enfermagem na sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica. Disponível em <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019/> Acesso em 06/02/2025

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 039 Suturas de Lesões Superficiais de Pele		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.				
EXECUTANTE ENFERMEIRO, MÉDICO				
MATERIAL • Solução de PVPI tópico ou clorexidina; • Lidocaína 1 a 2% sem vasoconstrictor; • Campo fenestrado estéril; • 1 Kit de material para “pequena cirurgia”: 1 Pinça hemostática (kelly) curva, 1 pinça dente de rato, 1 pinça anatômica, 1 tesoura reta ou 1 tesoura curva, 1 porta-agulha, 1 cúpula redonda de inox pequena; • Soro fisiológico 0,9%; • Gazes estéreis; • Luvas estéreis ; • 1 Seringa de 20 ml e 1 seringa de 5 ml; • 1 Agulha 40 X 12 ou 25 x 8; • 1 Agulha hipodérmica 13x4,5; • Fios de sutura nylon, agulhados, numerações 2-0, 3-0, 4-0; • Esparadrapo ou micropore; • Atadura de crepe; • EPI's: óculos, máscara, luvas estéreis, avental ou jaleco;				
INTRODUÇÃO Feridas superficiais são aquelas que atingem a pele, o tecido celular subcutâneo, as aponeuroses e os músculos, sem lesar estruturas profundas ou nobres como nervos, tendões, vasos de maior calibre, vísceras e ossos. As escoriações são um tipo de ferida superficial que atinge somente a pele e são produzidas pelo atrito de uma superfície áspera ou pontiaguda sobre ela. Feridas profundas são aquelas em que são atingidas estruturas profundas, às vezes, de importância vital.				
OBJETIVO Sutura é a aproximação ou ligação de pele, músculos, vasos sanguíneos e outros tecidos do corpo humano, após terem sido seccionados por um ferimento ou após uma cirurgia. Consiste em síntese da pele (sutura) a aproximação dos tecidos, no menor tempo possível após a lesão. Indicado em feridas limpas e				

com pequeno risco de infecção.

CRITÉRIOS

Tratar a ferida se faz necessário para restabelecer os tecidos e suas funções anatômicas, por isso a importância da sutura em muitos casos. A síntese se dá com sutura, com pontos simples separados, pontos contínuos ou intradérmicos contínuos. Ou ainda adesivos teciduais em feridas limpas, com baixa tensão e com tamanho menor do que 5 cm.

DESCRIÇÃO

- Explicar o procedimento ao paciente e solicitar autorização do mesmo ou do responsável;
- Realizar o preparo da área traumatizada, com limpeza ao redor da ferida, com água e sabão, e SF 0,9%;
- Realizar tricotomia se necessário (somente em áreas pilosas quando os pelos dificultam o tratamento adequado da ferida). Algumas regiões como supercílios e cílios não devem ser raspadas porque o crescimento dos pelos pode ser irregular, retardado ou ausente.
- Proceder uma limpeza ao redor da ferida, com água e sabão, e SF 0,9%. Lembrando que o uso de antissépticos no leito das feridas não deve ser feito, não só pela citotoxicidade, contribuindo para o retardo na cicatrização, mas também por não consistir no mecanismo mais eficiente de reduzir a contagem bacteriana nas lesões;
- Fazer a anestesia local, tipo infiltração e certificar-se do resultado;
- Após anestesia, realizar limpeza rigorosa do leito da ferida, irrigando a ferida com SF 0,9%, utilizando seringa de 20 ml com agulha 40x12, se necessário a fim de remover as sujidades e corpos estranhos, coágulos e bactérias;
- Iniciar a sutura (síntese) fazendo a aproximação dos tecidos separados por traumatismo acidental ou cirúrgico. O objetivo é restabelecer a anatomia e a função alteradas pelo traumatismo. Preferencialmente utilizar-se de pontos simples e separados com tensão suficiente para aproximar o tecido, sem atrapalhar a circulação local;
- Fazer um curativo oclusivo local com gazes estéreis e fixar o curativo com adesivo hipoalergênico ou com atadura de crepe;
- Retirar os equipamentos de proteção individual;
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Orientar profilaxia do tétano conforme Protocolo de Imunização Atualizado;
- Orientar retorno para retirada de pontos em aproximadamente: Face: 5 dias; Membros inferiores e regiões de articulações: 10-12 dias; outras regiões do corpo: 7 dias.
- Registrar o procedimento;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) publicou a [Resolução 731/2023](#), responsável por regulamentar a realização de sutura simples por enfermeiros. De acordo com a normativa, está autorizado o procedimento em ferimentos superficiais de pele, anexos e mucosas, com a aplicação de anestésico local injetável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caderno-de-atenc%C3%A7%C3%A3o-pri%C3%A9ria-n30-procedimentos.pdf>

<https://www.cofen.gov.br/cofen-normatiza-realizacao-de-sutura-simples-por-enfermeiros/>

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 040 Terapia de Reidratação Oral em Crianças		<i>Elaborado por:</i> Camila Szymanski Tliski Siqueira <i>Finalizado e revisado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde				
EXECUTANTE - Enfermeiros (as); - Auxiliar e Técnico (s) de Enfermagem;				
MATERIAL - 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; - Balança adulto e infantil.				
INTRODUÇÃO A terapia de reidratação oral (TRO) é um tipo de reposição fluida usado para prevenir e tratar desidratação, especialmente devido à diarreia. Envolve beber água com quantidades modestas de açúcar e sais, especificamente sódio e potássio. A terapia de reidratação oral também pode ser dada por sonda nasogástrica. Reposição de água e eletrólitos por via oral, para crianças ou adultos em situações de perdas de grandes volumes de líquidos em curto espaço de tempo (MS, 2025).				
OBJETIVO - Padronizar a Terapia de reidratação oral, permitindo a prevenção e tratamento adequado da desidratação em crianças e adultos.				
CRITÉRIOS 1. 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.				
DESCRIÇÃO 1. Higienizar as mãos; 2. Diluir um envelope de Soro de Reidratação Oral (SRO) em 1 litro de água filtrada fria, conforme prescrição médica ou do enfermeiro; 3. Apresentar-se ao paciente ou responsável e explicar o procedimento; 4. Oferecer o SRO, toda vez que a criança desejar, no volume que aceitar e sempre que evacuar;				

5. Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar a oferta de SRO, de forma mais lenta;
6. 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);
7. O enfermeiro deve reavaliar a criança a cada 30 minutos quanto à desidratação;

Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Orientar o paciente sobre:

1. Reconhecer os sinais de desidratação.
2. Preparar e administrar a solução de SRO.
3. Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavar adequadamente as mãos, tratar a água para consumo humano (ingestão) e higienizar os alimentos).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS :

Ministério da Saúde. Manejo do paciente com Diarreia. Acesso: 21 de fevereiro de 2025. Disponível em: file:///C:/Users/07502848975/Downloads/manejo_paciente_diarreia_4.pdf

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 041 Tratamento / Cuidado da Pessoa com Queimaduras		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.			
EXECUTANTE Auxiliares/ Técnicos de enfermagem, enfermeiros;			
MATERIAL • Luvas de procedimento e estéreis; • Soro fisiológico 0,9%; • Gaze estéril; • Pinça anatômica; • Tesoura estéril; • Solução antisséptica (clorexidina aquosa 0,5% ou PVPI); • Pomadas cicatrizantes (ex: sulfadiazina de prata, AGE, colagenase – conforme prescrição e tipo de lesão); • Filme transparente ou curativo estéril oclusivo;			
INTRODUÇÃO As queimaduras são lesões agudas provocadas por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos, podendo causar danos superficiais ou profundos à pele e tecidos subjacentes. O atendimento na Atenção Primária deve focar na estabilização inicial, avaliação da gravidade, curativo adequado, alívio da dor, prevenção de infecções e encaminhamento quando necessário. O cuidado adequado pode evitar complicações como infecção, cicatrização inadequada e sequelas funcionais.			
OBJETIVO • Garantir condutas seguras e padronizadas no manejo inicial das queimaduras; • Identificar critérios de gravidade e necessidade de encaminhamento; • Promover cicatrização adequada e prevenir infecções; • Acompanhar e orientar pacientes durante o processo de recuperação.			
CRITÉRIOS Inclusão: • Pacientes com queimaduras de 1º grau ou de 2º grau superficiais com extensão limitada (<10% da superfície corporal). • Lesões térmicas pequenas, químicas leves ou solares.			

- Queimaduras em locais não críticos (fora de face, mãos, pés, períneo ou articulações).
- Exclusão (encaminhar para unidade de maior complexidade):
- Queimaduras de 3º grau ou profundas.
 - Queimaduras extensas (>10% da superfície corporal em adultos ou >5% em crianças).
 - Queimaduras elétricas ou químicas graves.
 - Envolvimento de face, vias aéreas, genitais, articulações ou queimaduras circulares em membros.
 - Queimaduras associadas a traumas.

DESCRIÇÃO

- Avaliar o tipo da queimadura (térmica, química, elétrica, solar).
- Verificar extensão e profundidade (regra dos 9% para estimar área queimada).
- Avaliar dor, presença de bolhas, coloração e integridade da pele.
- Verificar sinais de infecção local ou sistêmica.

Limpeza:

- Lavar as mãos e calçar luvas.
- Irrigar a área queimada com soro fisiológico 0,9% à temperatura ambiente, em jato leve.
- Remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados com pinça estéril (se necessário).
- Não romper bolhas intactas pequenas; romper apenas bolhas muito tensas ou rompidas.

Antissepsia:

- Aplicar solução anti séptica suave ao redor da lesão.
- Secar suavemente com gaze estéril.

Aplicação do Tratamento Tópico:

- Aplicar a pomada cicatrizante indicada sobre a lesão em camada fina.
- Cobrir com gaze estéril / rayon e fixar com micropore ou faixa;
- Encaminhar para consulta médica, para prescrição de analgésicos conforme necessidade e intensidade da dor.

Orientações ao Paciente:

- Não manipular a ferida em casa.
- Manter o curativo limpo e seco.
- Retornar à unidade conforme agendamento ou ao surgimento de sinais de infecção (odor, pus, febre, dor intensa).
- Evitar exposição solar sobre a área lesada após cicatrização.

CONSIDERAÇÕES

- A troca de curativos deve ser realizada diariamente ou conforme orientação médica;
- O acompanhamento regular é essencial para avaliar evolução e prevenir complicações;
- Todos os atendimentos e condutas devem ser registrados no prontuário do paciente;
- As unidades devem estar preparadas para fornecer insumos básicos para o cuidado com queimaduras leves;
- Casos com má evolução ou cicatrização anormal devem ser reavaliados e encaminhados para

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Atendimento às Urgências na Atenção Básica – Queimaduras. Brasília: MS, 2013.

Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ). Manual de Condutas em Queimaduras, 2020.

SOBENFEE. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, 2022.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 042 Tratamento / Cuidado dos Pés da Pessoa Com Doença Neuropática		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.			
EXECUTANTE Auxiliares/ Técnicos de enfermagem, enfermeiros;			
MATERIAL • Luvas de procedimento; • Soro fisiológico 0,9%; • Sabonete neutro; • Gaze estéril; • Pinça e tesoura esterilizadas; • Toalha limpa; • Creme hidratante (sem ureia em caso de fissuras); • Material de curativo (se houver lesões); • Monofilamento de Semmes-Weinstein (se disponível)			
INTRODUÇÃO As doenças neuropáticas, especialmente as associadas ao diabetes mellitus, são causas comuns de perda de sensibilidade e alterações estruturais nos pés. Tais alterações favorecem o aparecimento de lesões, infecções e, em casos graves, amputações. A implementação de cuidados padronizados e preventivos no ambiente da Atenção Primária é fundamental para reduzir complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.			
OBJETIVO • Padronizar para a avaliação, prevenção, tratamento e acompanhamento de lesões nos pés de pessoas com alterações neuropáticas, promovendo o cuidado integral e a redução de complicações como úlceras, infecções e amputações; • Realizar avaliação sistemática e periódica dos pés de pessoas com neuropatia periférica; • Padronizar condutas para higiene, inspeção e proteção dos pés neuropáticos; • Identificar precocemente alterações cutâneas, estruturais e circulatórias nos pés; • Orientar pacientes e familiares sobre práticas seguras de autocuidado e prevenção de lesões; • Aplicar curativos adequados conforme o tipo, estágio e condição clínica da ferida; • Reduzir internações, tempo de cicatrização e riscos de amputações associadas a pé neuropático; • Promover o registro e monitoramento da evolução clínica dos casos acompanhados.			

CRITÉRIOS

- Pacientes com diagnóstico clínico de neuropatia periférica de qualquer etiologia (diabética, hansênica, alcoólica etc.);
- Pacientes com histórico de úlcera ou lesões nos pés;
- Presença de sinais como perda de sensibilidade, formigamento, calosidades ou deformidades.

DESCRIÇÃO

Avaliação:

A avaliação dos pés deve ser sistemática, padronizada e realizada periodicamente em todos os pacientes com diagnóstico de neuropatia periférica, especialmente em pessoas com diabetes, hanseníase ou outras condições predisponentes.

Avaliação da Pele e Unhas

- Inspeção visual detalhada dos dois pés:
 - Ressecamento, rachaduras, fissuras
 - Calosidades e hiperqueratose
 - Lesões abertas, úlceras ou escoriações
 - Presença de micoses (pé e unhas)
 - Alterações ungueais (unha encravada, espessada, frágil)
 - Hidratação e integridade da pele
- Coloração da pele: palidez, cianose, eritema ou escurecimento
- Presença de edema ou deformidades ósseas (ex: hálux valgo, dedos em garra)

Avaliação Neurológica (Sensibilidade)

- Monofilamento de Semmes-Weinstein (10 g):
 - Aplicar perpendicularmente em 10 pontos padrão na planta dos pés.
 - Considera-se perda de sensibilidade quando o paciente não percebe o toque em 4 ou mais locais.
- Teste com algodão ou toque leve: para avaliar sensibilidade superficial.
- Relatar queixas como formigamento, queimação, dor em repouso ou sensação de "choque".

Avaliação Vascular

- Palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior (presente, ausente, fraco).
- Observação de:
 - Temperatura dos pés (comparar ambos)
 - Tempo de enchimento capilar (>2 segundos sugere má perfusão)
 - Presença de cianose ou alterações tróficas (unhas quebradiças, perda de pelos)
- Presença de dor ao repouso ou claudicação intermitente (sinal de isquemia arterial)

Avaliação da marcha e calçados

- Observar padrão de marcha (se há sobrecarga, instabilidade, uso de bengalas).
- Verificar se os calçados:
 - São fechados, firmes e de tamanho adequado
 - Têm palmilhas internas regulares e sem costuras internas proeminentes
 - Estão livres de objetos ou dobras que possam causar lesões

Classificação de Risco (conforme estratificação do MS):

- Risco 0: sem neuropatia, sem deformidades
- Risco 1: com neuropatia, sem deformidades
- Risco 2: com neuropatia e deformidades ou doença vascular periférica
- Risco 3: com lesão ativa ou história prévia de ulceração/amputação

Tratamento de lesões (se houver):

- Realizar curativo conforme avaliação clínica.
- Utilizar coberturas apropriadas (hidrocoloides, espumas, alginato etc.).
- Registrar evolução da lesão.

Tipos de Curativos

A escolha do curativo ideal deve considerar o tipo da lesão, o estágio de cicatrização, a quantidade de exsudato, a presença de infecção e a integridade da pele ao redor. Os curativos mais utilizados incluem:

Gaze com Soro Fisiológico

- Indicação: Limpeza inicial da ferida; lesões simples e secas.
- Observação: Deve ser umedecida apenas no momento da aplicação e trocada diariamente. Não mantém ambiente úmido ideal para cicatrização.

Hidrogel

- Indicação: Feridas secas ou com necrose/esfacelo; promove desbridamento autolítico.
- Características: Gel transparente, mantém a ferida úmida.
- Frequência de troca: A cada 24–72 horas, conforme exsudato.
- Exemplo comercial: Curatec Hidrogel®, IntraSite Gel®.

Alginato de Cálcio

- Indicação: Feridas cavitárias e com grande quantidade de exsudato.
- Características: Forma um gel ao contato com a secreção, favorecendo a granulação e controle da umidade.
- Frequência de troca: A cada 1–3 dias.
- Exemplo comercial: Kaltostat®, Curasorb®.

Espumas de Poliuretano

- Indicação: Feridas com médio a alto exsudato e tecido de granulação.
- Características: Absorve o exsudato sem aderir ao leito da ferida, protegendo o tecido novo.
- Frequência de troca: A cada 2–4 dias.
- Exemplo comercial: Mepilex®, Allevyn®.

Hidrocolóide

- Indicação: Feridas com baixo exsudato, superficiais, em fase de epitelização.
- Características: Promove ambiente úmido e protege contra contaminação externa.
- Contra Indicação: Feridas infectadas.
- Frequência de troca: A cada 3–5 dias.
- Exemplo comercial: DuoDERM®, Tegisorb®.

Carvão Ativado com Prata

- Indicação: Feridas infectadas ou com odor fétido.
- Características: A prata tem ação antimicrobiana e o carvão controla o odor.
- Frequência de troca: A cada 1–3 dias.
- Exemplo comercial: Actisorb®, Carboflex®.

Curativos com Prata (sem carvão)

- Indicação: Feridas colonizadas ou com infecção leve a moderada.
- Características: A prata age contra bactérias e biofilmes.
- Frequência de troca: Conforme exsudato, geralmente 2–3 dias.
- Exemplo comercial: Aquacel Ag®, Mepilex Ag®.

Telas de Silicone (não aderentes)

- Indicação: Feridas com tecido de granulação sensível, para proteger sem aderência.
- Características: Evitam trauma à ferida na troca do curativo.
- Frequência de troca: A cada 3–7 dias, com trocas do curativo secundário.
- Exemplo comercial: Mepitel®, Adaptic®.

Desbridamento Enzimático

- Indicação: Feridas com tecido desvitalizado onde o desbridamento cirúrgico não é possível.
- Produto comum: Colagenase.
- Frequência de troca: Diária, geralmente associada a gaze ou outro curativo oclusivo.

Recomendações Gerais para Curativos em Pé Neuropático

- Nunca utilizar pomadas com antibiótico sem prescrição.
- Evitar uso de iodo ou álcool diretamente na lesão (podem lesionar tecidos saudáveis).
- Avaliar sinais de infecção (eritema, calor, secreção purulenta, odor fétido) e comunicar equipe médica.

- Curativos devem ser feitos em ambiente limpo, com técnica asséptica.
- Sempre registrar a evolução da lesão, tipo de curativo usado e resposta clínica.
-

CONSIDERAÇÕES

Orientações ao paciente:

- Realizar inspeção diária dos pés.
- Não andar descalço.
- Usar calçados fechados, confortáveis e sem costuras internas.
- Evitar fontes de calor direto (água quente, bolsas térmicas).
- Procurar a unidade de saúde ao menor sinal de alteração.

Higienização:

- Lavar os pés com água morna e sabão neutro.
- Secar cuidadosamente, especialmente entre os dedos.

Cuidados locais:

- Cortar as unhas retas, sem remover os cantos.
- Remover calosidades apenas com orientação profissional.
- Hidratar a pele, evitando áreas entre os dedos.

O cuidado sistemático com os pés neuropáticos é essencial para a prevenção de complicações graves, como úlceras e amputações. A atuação da equipe de saúde, especialmente da enfermagem, na avaliação contínua, orientação e realização de curativos é estratégica para garantir a saúde integral do paciente. É necessário o acompanhamento periódico e o registro em prontuário de todas as avaliações e intervenções realizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção à Pessoa com Pé Diabético na Atenção Primária. Brasília: MS, 2020.

Rolim L, Thyssen P, Flumignan R, Andrade D, Dib S, Bertoluci M. Diagnóstico e tratamento da neuropatia periférica diabética.

Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/557753.2022-14, ISBN: 978-85-5722-906-8.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético : estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 043 Tratamento de Miíase Furunculoide		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01
APLICAÇÃO			
EXECUTANTE Auxiliares/ Técnicos de enfermagem, enfermeiros;			
MATERIAL • Luvas estéreis; • Seringa com agulha 40x12; • Solução antisséptica (clorexidina ou PVPI); • Pomada antibiótica tópica; • Gazes estéreis; • Esparadrapo ou curativo adesivo; • Pinça anatômica ou dente-de-rato; • Óleo mineral, vaselina, éter, lidocaína gel ou outro agente oclusivo (opcional); • Recipiente para descarte biológico			
INTRODUÇÃO A miíase furunculoide é uma infestação cutânea causada pela penetração de larvas de dípteros (moscas), especialmente da espécie <i>Dermatobia hominis</i>, comum em regiões tropicais. É caracterizada pela presença de lesões nodulares, dolorosas, com orifício central, por onde a larva respira. No contexto da Atenção Primária, o diagnóstico precoce e o manejo adequado são fundamentais para aliviar o sofrimento do paciente e evitar infecções secundárias e complicações.			
OBJETIVO • Identificar e confirmar clinicamente a presença da larva; • Realizar a retirada segura e asséptica da larva; • Prevenir infecções secundárias e promover cicatrização; • Orientar o paciente sobre cuidados pós-retirada e prevenção.			
CRITÉRIOS Inclusão: • Pacientes com suspeita clínica de miíase furunculoide (lesão nodular com orifício central, presença de secreção serossanguinolenta e dor local). • Presença de larva visualizável ou palpável. Exclusão: • Miíases extensas ou múltiplas em pacientes imunossuprimidos.			

- Complicações como abscesso, celulite ou sinais de infecção sistêmica (febre, mal-estar).
- Lesões em áreas de risco (região ocular, genital, intracavitária), que devem ser encaminhadas a serviços de maior complexidade.

DESCRIÇÃO

- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas;
- Posicionar o paciente confortavelmente, expondo a lesão;
- Realizar limpeza com solução antisséptica ao redor da lesão.

Métodos para remoção da larva:

Extração mecânica direta:

- Com auxílio de pinça, comprimir suavemente as bordas da lesão para expelir a larva.
- Retirar a larva inteira com cuidado, evitando ruptura.

Oclusão prévia (quando a larva não é visível):

- Aplicar óleo mineral, vaselina, ou outro agente oclusivo sobre o orifício por 20 a 60 minutos para obstruir a respiração da larva.
- Após esse tempo, proceder à retirada com pinça, como descrito acima.

Cuidados pós-retirada:

- Confirmar a remoção completa da larva.
- Realizar limpeza da lesão.
- Aplicar pomada antibiótica.
- Cobrir com curativo estéril.
- Encaminhar para consulta médica para prescrição de antibióticos orais em caso de sinais de infecção secundária, e/ou analgésicos para controle da dor (se necessário);

CONSIDERAÇÕES

- Em caso de retirada incompleta da larva, ou fragmentos deixados, encaminhar o paciente para avaliação especializada;
- A lesão deve ser reavaliada em 48–72 horas para controle de sinais inflamatórios e troca de curativo;
- É importante registrar todo o procedimento no prontuário, incluindo número de larvas retiradas, integridade da remoção e orientações dadas;
- Orientar o paciente quanto à prevenção: uso de roupas protetoras, telas, repelentes e higiene pessoal;
- Casos suspeitos em crianças, idosos ou pessoas com múltiplas lesões devem ser comunicados à vigilância epidemiológica local.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SANTOS, J. B. et al. Miíase humana: abordagem terapêutica e prevenção. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2018.

SOBENFEE. Protocolo de Atendimento a Feridas na Atenção Primária à Saúde. São Paulo, 2020.

OLIVEIRA, F. A. et al. Manejo da miíase cutânea na prática clínica. Revista Brasileira de Enfermagem, 2021.

 Atenção Primária à Saúde Prudentópolis PR	Procedimento Operacional Padrão - POP 044 Verificação do Peso Corpóreo		<i>Elaborado por:</i> Cássia Jaine do Nascimento <i>Finalizado e revisado por:</i> Paola Heil Plem Michelle dos Santos Silvestre <i>Aprovado por:</i> CEPEN	
Data Emissão: 15/07/2025	Data da Vigência: 1 ano	Próxima Revisão: 15/07/2026	Versão nº 01	
APLICAÇÃO Todas as unidades de saúde.				
EXECUTANTE Auxiliares/ Técnicos de enfermagem, enfermeiros;				
MATERIAL • Balança; • folha de papel-toalha; • Caneta e papel.				
INTRODUÇÃO A verificação do peso permite a avaliação do estado nutricional do paciente. É um procedimento de baixo custo e de fácil obtenção.				
OBJETIVO Verificar o peso corpóreo do paciente.				
CRITÉRIOS Aos pacientes ambulatoriais e de pronto-atendimento com prescrição médica e/ou de enfermagem de verificação de peso corpóreo				
DESCRIÇÃO • Realizar a higienização das mãos; • Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; • Certifique-se que o paciente terá condições clínicas de se manter equilibrado sobre a balança; • Certifique-se que a balança está calibrada; • Encaminhe o paciente próximo à balança; • Coloque uma folha de papel-toalha na base da balança; • Solicite ao paciente que retire roupas pesadas e calçados; • Ajude o paciente a subir na balança; • Leia o valor apontado na balança; • Auxilie o paciente a descer da balança, calçar os sapatos e se vestir; • Registrar o procedimento realizado e anotar o valor encontrado no prontuário do paciente.				

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Crianças menores de 02 anos:

- Realizar a desinfecção da bandeja da balança com papel toalha e álcool a 70%;
- Forrar o prato da balança com papel toalha;
- Deixe a balança ligada antes de colocar a criança e aguarde zerar/tarar, o visor deverá marcar peso zero;
- Pedir para o responsável tirar a roupa da criança e fralda, se houver;
- Colocar a criança deitada ou sentada na balança (atentar para a sua segurança). Orientar a mãe ou responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento;
- Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura;
- Solicite ao responsável que retire a criança da balança e a vista;
- Desprezar o papel toalha na lixeira;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Procedimentos de enfermagem : guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani ... [et. al.]. -- 2. ed. -- Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017.