



POP

**PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO
PARA UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Candói-PR

2023



AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Municipal de Saúde Candói, e a todos os colaboradores que participaram direta ou indiretamente deste trabalho.



EQUIPE GESTORA

Prefeito Municipal

Aldino Goldoni Filho

Secretário Municipal de Saúde

João Marcio Freitas

Coordenadora Municipal de Atenção Básica

Paolla Maia Mandu

Enfermeira Atenção Primária Responsável pela Elaboração POP

Kellen V. Marques Siqueira

Coordenadora Municipal Epidemiologia

Maria Fernanda Copacheski



EQUIPE TÉCNICA

Andreia Stavny da Silva

Maria Francieli de Freitas

Aureo Antonio Aurelio Junior

Herval César de Andrade

Ihara Cristina Algeri



SUMÁRIO

ÁREA 01 HIGIENIZAÇÃO, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO	08
POP 01 NORMAS BÁSICAS DE HIGIENE	09
POP 02 PRECAUÇÕES PADRÃO	11
POP 03 TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS	12
POP 04 TÉCNICA DE LIMPEZA E/OU DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIE.....	13
POP 05 DESINFECÇÃO EM LOCAL COM RESPINGOS OU DEPOSIÇÃO DE MATÉRIA ORGÂNICA (SANGUE, SECREÇÕES, EXCRETAS E EXSUDATO).....	15
POP 06 DESCONTAMINAÇÃO DE SUPERFÍCIES CONTAMINADAS	166
POP 07 CUIDADOS A SEREM OBSERVADOS COM OS MATERIAIS E PRODUTOS DE LIMPEZA.....	17
POP 08 TÉCNICA DE VARREDURA ÚMIDA.....	20
POP 09 TÉCNICA DE LIMPEZA DE PISOS.....	22
POP 010 TÉCNICA DE LIMPEZA DE JANELAS E PORTAS.....	24
POP 011 TÉCNICA DE LIMPEZA DO MOBILIÁRIO, BANCADAS E EQUIPAMENTOS.....	26
POP 012 TÉCNICA DE LIMPEZA DE TETOS E PAREDES.....	28
POP 013 TÉCNICA DE LIMPEZA DE BANHEIROS.....	30
POP 014 TÉCNICA DE LIMPEZA MANUAL DE INSTRUMENTAL.....	32
POP 015 TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES (MÁSCARAS, COPINHO, CACHIMBO E TUBO DE CONEXÃO).....	33
POP 016 TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS.....	35
POP 017 TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS UMIDIFICADORES DE OXIGÊNIO.....	37
POP 018 TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE CABOS E LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO.....	38
POP 019 TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBÚ.....	39
POP 020 TRABALHO PARA A ÁREA DE EXPURGO.....	40
POP 021 TRABALHO NA ÁREA DE RECEPÇÃO DE MATERIAS.....	41
POP 022 TRABALHO NA ÁREA DE PREPARO DE MATERIAIS.....	42
POP 023 TRABALHO PARA O FUNCIONÁRIO DA ÁREA DE ESTERILIZAÇÃO..	43
POP 024 TRABALHO NA ÁREA DE GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS.....	45
POP 025 RECOLHIMENTO DOS RESÍDUOS.....	47
POP 026 ACONDICIONAMENTO DOS RESÍDUOS.....	48
POP 027 ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS DA SAÚDE CONFORME RDC 015..	49



PREFEITURA MUNICIPAL

Avante, com amor e trabalho!

POP 028 INDICADOR BIOLÓGICO	53
POP 029 TESTE QUÍMICO	55
AREA 2 -ASSISTÊNCIA À SAÚDE	57
POP 030 ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	58
POP 031 AGENDAMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS DE DEMANDA ESPONTÂNEA NAS UBS.....	59
POP 032 AFERIÇÃO DE PA.....	60
POP 033 VERIFICAÇÃO OXIMETRIA DE PULSO.....	62
POP 034 AFERIÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL	63
POP 035 VERIFICAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR.....	65
POP 036 PRÉ-CONSULTA.....	67
POP 037 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	68
POP 038 ATENDIMENTO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	72
POP 039 FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO ENTRE UBS' S.....	74
POP 040 RECEPÇÃO	77
POP 041 CONSULTÓRIOS GERAIS.....	78
POP 042 CONSULTÓRIOS DE GINECOLOGIA.....	79
POP 043 SALA DE CURATIVO.....	81
POP 044 SALA DE INALAÇÃO.....	82
POP 045 SALA DE PROCEDIMENTOS (SUTURA, ETC)	84
POP 046 SALA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	85
POP 047 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA.....	86
POP 048 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA.....	88
POP 049 ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA.....	90
POP 050 ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM).....	92
POP 051 ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA OCULAR.....	96
POP 052 ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA ORAL.....	98
POP 053 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA (SC).....	99
POP 054 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO.....	101
POP 055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA.....	103
POP 056 COLETA DE TESTE DO PEZINHO.....	106
POP 057 CURATIVO.....	108
POP 058 ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA.....	111
POP 059 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÃO PARENTERAL.....	113
POP 060 SONDAGEM NASOGÁSTRICA.....	115
POP 061 TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA.....	117
POP 062 SALA URGENCIA E EMERGENCIA.....	119
ÁREA 03 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	121
POP 063 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.....	122



PREFEITURA MUNICIPAL

Avante com amor e trabalho!

POP 064 SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	124
POP 065 PREVENÇÃO DE QUEDAS.....	127
POP 066 ÚLCERA POR PRESSÃO.....	131
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	134



ÁREA 01
HIGIENIZAÇÃO, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-001

DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/23

DATA DE REVISÃO:
01/10/2025

NORMAS BÁSICAS DE HIGIENE PARA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico, Auxiliar de enfermagem e demais profissionais.

Área: Higienização, desinfecção e esterilização

Objetivo: Garantir a higienização pessoal, o bem estar do profissional, evitando a transmissão de infecções.

Passos:

Higiene pessoal:

- Deve o profissional de saúde manter a higiene corporal, que está diretamente ligada à aparência pessoal.

Cuidados com o corpo:

- Através da execução do serviço de assepsia entra-se em contato com microrganismos que ficam aderidos à pele, unhas e cabelos. Somente o banho poderá eliminar o suor, sujidades e os microrganismos e tornar a aparência agradável.

Cuidados com os cabelos:

- Os cabelos devem estar limpos e, presos, se compridos.

Cuidado com as unhas:

- As unhas devem estar sempre aparadas para evitar que a sujidade fique depositada entre as unhas ea pele dos dedos. Deve-se dar preferência ao uso de esmaltes claros para visualizar a sujidade e poder eliminá-la. Deve-se evitar a retirada de cutículas para se manter a pele íntegra.

Cuidados com o uniforme:

- Todo trabalho requer esforço físico, o suor é inevitável, portanto, o uniforme deverá ser trocado todos os dias e todas as vezes que se fizer necessário. Deve-se observar no uniforme a limpeza com ausência de manchas, odor e descostura. A roupa de trabalho deverá ser lavada separadamente da roupa doméstica.

Cuidados com os sapatos:

- Devem ser fechados e impermeáveis, para proteger os pés. Devem ser lavados e colocados para secar na posição vertical, ao término do serviço, com isso evita-se os odores e frieiras.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski
Enfermeira RT.
Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO: POP-002	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/23	DATA DE REVISÃO: 01/10/2025
PRECAUÇÕES PADRÃO		
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico, Auxiliar de enfermagem e demais profissionais.		
Área : Higienização, desinfecção e esterilização		
Objetivo: Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções.		
Passos: Lavar as mãos ou usar soluções anti-sépticas antes e depois de qualquer procedimento. Usar luvas quando tocar em sangue e secreções corporais, mucosas ou lesão de pele de qualquer usuário, quando realizar punção venosa periférica. Usar avental quando houver risco de contaminação do uniforme com sangue e secreções corporais. Usar máscara, touca e protetor de olhos quando houver risco de respingos de sangue e secreções na face. Desprezar agulhas e instrumentos cortantes em recipientes rígidos e nunca reencapar agulhas.		

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski
Enfermeira RT.
Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO : POP-003	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/23	DATA DE REVISÃO: 01/10/2025
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS		
EXECUTANTE: Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Candói		
Àrea : Higienização, desinfecção e esterilização		
Objetivo: Garantir a higienização das mãos, evitando a transmissão de infecções		
<p>Passos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) retirar relógios, jóias e anéis das mãos e braços (sob tais objetos acumulam-se bactérias que não são removidas mesmo com a lavagem das mãos); 2) abrir a torneira com a mão dominante sem encostar na pia para não contaminar a roupa, quando na ausência de dispensador de pedal; 3) molhar as mãos; 4) Colocar em torno de 3 a 5ml de sabão líquido nas mãos; 5) ensaboar as mãos (proporcionar espuma), através de fricção por aproximadamente 30 segundos em todas as faces (palma e dorso das mãos), espaços interdigitais, articulações, unhas e extremidades dos dedos; 6) com as mãos em nível baixo, enxagua-las em água corrente, sem encostá-las na pia, retirando totalmente a espuma e os resíduos de sabão; 7) enxugar as mãos com papel toalha descartável; em caso de torneira sem dispensador de pedal, fechar a torneira com o mesmo papel toalha; 8) Desprezar o papel toalha na lixeira. 		

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski
Enfermeira RT.
Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-004

DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/23

DATA DE REVISÃO:
01/10/2025

TÉCNICA DE LIMPEZA E/OU DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIE

EXECUTANTE: Auxiliar de serviços gerais

Área : Higienização, desinfecção e esterilização

Objetivo: Realizar a limpeza e a higienização de superfícies.

Passos:

Lavar as mãos com água e sabão líquido e aplicar álcool glicerinado a 70% friccionando por

30 segundos:

- antes de iniciar as tarefas de limpeza;
- ao constatar sujidade;
- antes e após uso de toalete;
- após tossir, espirrar ou assoar o nariz;
- antes de se alimentar;
- após término das atividades.

Não comer ou fumar quando executar tarefas de limpeza;

Evitar o uso de bijouterias, jóias e relógios durante a execução do trabalho.

Usar uniforme durante o trabalho e o equipamento de proteção individual (EPI) de acordo com as circunstâncias de risco.

Preparar previamente todo o material necessário ao procedimento de limpeza e desinfecção a ser executado.

Remover o lixo do recinto, as roupas sujas e o material usado para os locais

Devidos, antes de iniciar a limpeza.

Não agitar peças de roupas, sacos de lixo ou qualquer material contaminado, não espanar e não fazer varredura a seco nas áreas internas da Central de Material Esterilizado e Unidades de Saúde.

Iniciar pelo mobiliário e/ ou paredes e terminar pelo piso.

Limpar com movimentos amplos, do lugar mais alto para o mais baixo e da parte mais distante para a mais próxima.

Começar a limpeza sempre do fundo dos recintos, salas e corredores e prosseguir em direção à saída.

Limpar primeiro uma metade do recinto e depois a outra metade, deixando espaço livre para

passagem de pessoas, remoção de equipamentos e mobiliários.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski
Enfermeira RT.
Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO : POP-005	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/23	DATA DE REVISÃO: 01/10/2025
DESINFECÇÃO EM LOCAL COM RESPINGOS OU DEPOSIÇÃO DE MATÉRIA ORGÂNICA (SANGUE, SECREÇÕES, EXCRETAS E EXSUDATO)		
EXECUTANTE: Auxiliares de serviço gerais		
Àrea : Higienização, desinfecção e esterilização		
Objetivo: Realizar a retirada de sujidades e focos de contaminação de superfícies		
Passos <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar luvas de autoproteção (látex); • Retirar o excesso da matéria orgânica em papel absorvente; • Desprezar o papel em saco de lixo para resíduo infectante; • Aplicar o desinfetante e deixar o tempo necessário -10 min; • Remover o desinfetante com pano molhado; • Proceder a limpeza com água e sabão. 		

Elaborado por:

—
Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

—
Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

—
Maria Fernanda
Copacheski
Enfermeira RT.
Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO : POP-006	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/23	DATA DE REVISÃO: 01/10/2025
DESCONTAMINAÇÃO DE SUPERFÍCIES CONTAMINADAS		
EXECUTANTE: Auxiliares de Serviços Gerais		
Área Higienização, desinfecção e esterilização.		
Objetivo: Garantir o cumprimento da práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções.		
<p>Passos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Utilizar luvas de autoproteção (látex); ● Retirar o excesso da matéria orgânica em papel absorvente; ● Desprezar o papel em saco de lixo para resíduo infectante; ● Aplicar o desinfetante e deixar o tempo necessário -10 min; ● Remover o desinfetante com pano molhado; ● Proceder a limpeza com água e sabão. 		

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski
Enfermeira RT.
Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO : POP-007	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/23	DATA DE REVISÃO: 01/10/2025
CUIDADOS A SEREM OBSERVADOS COM OS MATERIAIS E PRODUTOS DE LIMPEZA		
EXECUTANTE Auxiliares de Serviços Gerais		
Área Higienização, desinfecção e esterilização.		
Objetivo: Garantir a limpeza, assepsia e organização dos materiais e produtos a serem utilizados no processo de limpeza da unidade.		
Materiais Os materiais devem ser separados por cores para cada ambiente a ser higienizado. 1 balde específico para sala de vacina, juntamente com panos de chão e panos para limpeza de superfícies. 1 balde específico para banheiros e demais departamento da UBS, juntamente com panos de chão e panos para limpeza de superfícies. 1 balde específico para cozinha, juntamente com panos de chão. Passos <u>Pano de chão:</u> Utilizado para varrer, lavar e secar pisos. Deve ser de tecido forte, branco, embanhado ou aurelado e de tamanho suficiente para envolver o rodo ou vassoura. Limpeza e conservação: -Lavar com água e sabão; -Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos; -Enxaguar -Colocar para secar. <u>Pano para limpeza:</u> Tecido macio embanhado ou aurelado, usado para remover poeira; pode ser umedecido em água, solução desinfetante ou álcool a 70%. Limpeza e conservação: -Lavar com água e sabão; -Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos		

-Enxaguar;

-Colocar para secar.

VASSOURA DE FIO SINTÉTICO:

-Usada juntamente com o pano de chão.

Limpeza e conservação:

-Lavar com água e sabão;

-Colocar para secar pendurada pelo cabo.

VASSOURA DE VASO SANITÁRIO:

-Utilizada para limpeza da parte interna do vaso sanitário.

Limpeza e conservação:

-Lavar com água e sabão;

-Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos; -Lavar novamente;- Colocar para secar pendurada pelo cabo.

ESPONJAS:

Esponjas de aço:

-Usada para limpeza de superfícies com manchas ou resíduos. É descartável.

Esponja sintética:

-Usada na limpeza de superfícies que sofrem danos com esponjas de aço.

ESCADAS:

-Devem ser antiderrapantes com degraus emborrachados.

Limpeza e conservação:

-lavar com água e sabão;

-Secar com pano limpo.

BALDES:

-Devem ser de plástico rígido; geralmente são estabelecidas duas cores: uma para água e outra para solução detergente.

Limpeza e conservação:

-Lavar com água e sabão;

-Colocar emborcados para secar.

PÀS DE LIXO:

-São de metal ou plástico com cabo longo de plástico ou madeira, usados para recolher pequenas porções de lixo e pó

Limpeza e conservação:

-Lavar com água e sabão;

-Esfregar com esponja de aço;

-Guardar pendurada pelo cabo.

RODO:

-Utilizado para a remoção de água e limpeza de piso com pano.

Limpeza e conservação:

-Lavar com água e sabão;

-Fazer desinfecção com hipoclorito a 1% se necessário;

-Colocar para secar pendurado pelo cabo;

ESPÁTULA DE AÇO:

-De aço inoxidável e cabo de madeira, usada para remover resíduos aderidos às Superfícies.

Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão;
- esfregar com esponja sintética;
- Secar com pano limpo.

DESENTUPIDOR DE VASOS E PIAS:

- É constituído de material emborrachado com cabo de madeira ou plástico.

Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão;
- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% por 30min.;
- Enxaguar;
- Deixar secar pendurado pelo cabo.

ESCOVA MANUAL DE FIOS SINTÉTICOS:

- Usada para lavar superfícies com reentrâncias.

Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão;
 - Fazer desinfecção com solução de hipoclorito de sódio 1% por 30min., sempre que necessário
- Enxaguar.

ARAME:

- Utilizado para retirar detritos no ralo e pequenos entupimentos, desprezar em recipiente rígido após o uso.

LUVAS DE AUTO PROTEÇÃO:

- Utilizada para contato com sangue ou líquidos corporais (material biológico)

Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão;
- Fazer desinfecção com solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;
- Enxaguar;
- Secar;
- Guardar em local próprio.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski
Enfermeira RT.
Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-008

DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/23

DATA DE REVISÃO:
01/10/2025

TÉCNICA DE VARREDURA ÚMIDA

EXECUTANTE: Auxiliares de Serviços Gerais

Área : Higienização, desinfecção e esterilização.

Objetivo: Visa remover a sujidade do chão, devendo ser feita com pano limpo umedecido em água e sabão, a fim de evitar suspensão de partículas de poeira e dispersão de microrganismos.

Passos:

1. Reunir o material de limpeza:

- 2 baldes
- vassoura e rodo
- 2 panos limpos
- água e detergente líquido
- pa de lixo
- luvas
- botas
- touca

2. Colocar o EPI.

3. Preparar o ambiente para limpeza e reunir mobiliário leve para deixar a Área livre;

4. Encher os baldes até a metade, um com água limpa e o outro com água e detergente líquido.

5. Imergir o pano no balde com solução detergente, retirar o excesso e enrolar na vassoura ou rodo.

6. Passar o pano no piso, sem retirar o pano do chão, iniciando do fundo da sala e se dirigindo para a porta, de forma que todas as áreas do piso sejam limpas.

7. Recolher a sujidade e jogar no lixo.

8. Imergir outro pano no balde de Água limpa, torcer e enrolar na vassoura.

9. Retirar o sabão do piso, iniciando do fundo da sala e se dirigindo para a porta.

10. Secar o piso usando o pano bem torcido.

11. Limpar os rodapés.

12. Recolocar o mobiliário no local original.

13. Limpar o material de trabalho e guardar em local apropriado.

-Este procedimento deve ser realizado diariamente;

-Toda área que permanece úmida ou molhada tem mais condições de albergar e reproduzir germes gram negativos e fungos, as áreas empoeiradas podem albergar germes gram positivos,

micobactérias e outros. Conclui-se dessa forma que deve-se evitar excesso de água na limpeza, secar muito bem o piso e abolir varredura seca nos Estabelecimentos de Saúde.

Elaborado por:

—

Enfermeira

Kellen V M Siqueira

Revisado por:

—

Enfermeira

Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a Saúde

Aprovado por:

—

Maria Fernanda Copacheski
Enfermeira RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-009

DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/23

DATA DE REVISÃO:
01/10/2025

TÉCNICA DE LIMPEZA DE PISOS

EXECUTANTE: Auxiliares de Serviços Gerais

Área : Higienização, desinfecção e esterilização.

Objetivo: Visa remover a sujidade dos pisos mediante escovação.

Passos:

1. Reunir o material para lavagem:
 - 2 baldes
 - vassoura e rodo
 - panos limpos
 - escova manual
 - água e detergente líquido
 - luvas de autoproteção
 - botas
 - touca
2. Colocar EPI;
3. Preparar o ambiente para a limpeza:
 - afastar os móveis da parede;
 - reunir o mobiliário leve para desocupar a área
4. Encher a metade dos baldes, um com água limpa e outro com água e detergente líquido;
5. Colocar um pano seco na entrada da sala;
6. Imergir outro pano no balde com solução detergente e, sem retirar o excesso, enrolar na vassoura ou rodo;
7. Passar o pano no piso, molhando toda a área ser escovada;
8. Esfregar a vassoura no piso, começando dos cantos em direção à porta;
9. Retirar a água suja, com rodo, até o ralo de escoamento;
10. Repetir toda operação até que a área fique limpa;
11. Limpar os rodapés com escova manual, se necessário;
12. Enxaguar o piso até retirar todo o sabão, utilizando o pano embebido em água limpa e enrolando no rodo ou vassoura;
13. Secar o piso, utilizando um pano limpo enrolado na vassoura ou rodo;
14. Recolocar o mobiliário no local original;
15. Limpar o material de trabalho e guardar no local apropriado;

Este procedimento deve ser realizado quinzenalmente.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski
Enfermeira RT.
Imunização

 <p>CANDÓ PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>	
<p>NÚMERO : POP-010</p>	<p>DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/23</p>	<p>DATA DE REVISÃO: 01/10/2025</p>
<p>TÉCNICA DE LIMPEZA DE JANELAS E PORTAS</p>		
<p>EXECUTANTE: Auxiliares de Serviços Gerais</p>		
<p>Área : Higienização, desinfecção e esterilização.</p>		
<p>Objetivo: Consiste em retirar a poeira e manchas das janelas e portas de madeira, vidro ou metal.</p>		

<p>Passos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Reunir o material necessário: <ul style="list-style-type: none"> · escada · 2 baldes · Água · detergente líquido · esponja de aço fina · panos de limpeza · espátula · panos de chão · cinto de segurança · touca · botas · luvas de autoproteção 2) Colocar o EPI; 3) Preparar o ambiente para a operação; afastar os móveis e os equipamentos das janelas e portas; 4) Forrar o piso com pano de chão, colocando-o debaixo da janela ou porta; 5) Encher metade de dois baldes, um com água e outro com água e detergente líquido; 6) Imergir o pano no balde com água limpa e torcer; 7) Remover a poeira passando o pano de cima para baixo e da esquerda para a direita; 8) Imergir o outro pano no balde com solução detergente; retirar o excesso e passar no vidro, moldura da janela ou porta, soleira da janela e maçanetas; 9) Imergir o outro pano de limpeza no balde com Água Limpa; 10) Passar o pano em toda a extensão da janela ou porta para remover a solução detergente;
--

- 11) Secar a janela ou porta, com pano de limpeza seco;
 - 12) Retirar o pano de chão colocado debaixo da janela ou porta;
 - 13) Recolocar o mobiliário e equipamento no local original;
 - 14) Limpar o material de trabalho e guardar em local apropriado.
- Este procedimento deve ser realizado quinzenalmente.

Elaborado por:

—

Enfermeira

Kellen V M Siqueira

Revisado por:

—

Enfermeira

Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a Saúde

Aprovado por:

—

Maria Fernanda Copacheski
Enfermeira RT. Imunização

 <p>CANDÓ PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>	
<p>NÚMERO : POP-011</p>	<p>DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/23</p>	<p>DATA DE REVISÃO: 01/10/2025</p>
<p>TÉCNICA DE LIMPEZA DO MOBILIÁRIO, BANCADAS E EQUIPAMENTOS</p>		
<p>EXECUTANTE: Auxiliares de Serviços Gerais</p>		
<p>Área : Higienização, desinfecção e esterilização.</p>		
<p>Objetivo: Consiste em retirar a poeira, lavar, retirar manchas, polir e escovar bancadas, móveis e equipamentos, diariamente.</p>		
<p>Passos: Reunir o material necessário: · panos de limpeza · 2 baldes · água · detergente líquido · escova · touca · botas · luvas de autoproteção Colocar o EPI; Encher metade dos baldes, um com Água limpa e outro com água e detergente líquido; Retirar os objetos de cima e, se possível, do interior do móvel ou equipamento a ser limpo; Retirar a poeira do móvel ou equipamento com o pano úmido dobrado, para obter várias superfícies de limpeza; Imergir o outro pano na solução detergente e retirar o excesso; Limpar o móvel ou equipamento, esfregando o pano dobrado com solução detergente; se necessário usar a escova; Retirar toda a solução detergente com pano umedecido em água limpa; Enxugar o móvel ou equipamento; Limpar o material de trabalho e guardar em local apropriado. Observação: Este procedimento deverá ser realizado diariamente e sempre que necessário</p>		

Elaborado por:

—

Enfermeira

Kellen V M Siqueira

Revisado por:

—

Enfermeira

Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a Saúde

Aprovado por:

—

Maria Fernanda Copacheski
Enfermeira RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-012

DATA DE VALIDAÇÃO :
01/10/23

DATA DE REVISÃO:
01/10/2025

TÉCNICA DE LIMPEZA DE TETOS E PAREDES

EXECUTANTE: Auxiliares de Serviços Gerais

Área : Higienização, desinfecção e esterilização.

Objetivo: Consiste em retirar a poeira e substâncias aderidas ao teto, paredes, luminárias e interruptores.

Passos:

Reunir o material de limpeza:

- escada
- 2 baldes
- vassoura
- 3 panos de chão
- esponja de aço fina
- escova
- espátula
- água
- detergente líquido
- touca
- botas
- luvas de autoproteção

Colocar o EPI;

Preparar o local para limpeza;

- Afastar os móveis e equipamentos das paredes
- Forrar os móveis e os equipamentos

Encher metade dos baldes, um com água limpa e outro com água e detergente líquido;

Imergir um pano no balde com água limpa, retirar o excesso de água, enrolar na vassoura ou rodo;

Retirar o pó do teto e paredes, com o pano úmido fazendo movimentos em um único sentido;

Enxaguar delimitando pequenas áreas;

Imergir outro pano na solução detergente, torcer e enrolar o pano em uma vassoura;

Esfregar o pano no teto, sempre num mesmo sentido, iniciando de um dos cantos;

Imergir o pano limpo na água limpa, torcer e enrolar na vassoura;

Retirar toda solução detergente do teto;

Imergir o pano na solução detergente, torcer e enrolar na vassoura;

Esfregar o pano na parede, sempre no mesmo sentido;

Enrolar na vassoura o pano com água limpa e retirar toda solução detergente da parede;

Verificar se o teto e as paredes estão bem limpos, se necessário repetir a operação;
Retirar a forração dos móveis e equipamentos;
Recolocar o mobiliário e os equipamentos no local original;
Limpar o material de trabalho e guardar no local apropriado.
Deve-se dividir o local para limpeza em pequenas áreas para que seja feito o enxàgüe antes de secar a solução detergente.
Paredes: iniciar na parte superior (próximo ao teto) até a metade da parede e deste ponto até a parte inferior (próximo ao piso).
Observação:
Este procedimento deverá ser realizado mensalmente.

Elaborado por:

—

Enfermeira

Kellen V M Siqueira

Revisado por:

—

Enfermeira

Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a Saúde

Aprovado por:

—

Maria Fernanda Copacheski
Enfermeira RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>		
<p>NÚMERO : POP-013</p>	<p>DATA DE VALIDAÇÃO : 01/10/23</p>	<p>DATA DE REVISÃO: 01/10/2025</p>	
<p align="center">TÉCNICA DE LIMPEZA DE BANHEIROS</p>			
<p>EXECUTANTE: Auxiliares de Serviços Gerais</p>			
<p>Área : Higienização, desinfecção e esterilização.</p>			
<p>Objetivo: Consiste em remover a sujidade, substâncias aderidas, detritos do teto, paredes, lavatórios, mictórios, instalações sanitárias e piso dos banheiros. Promove o controle de microrganismos, evitando transmissão de doenças, controla odores, mantém uma boa aparência e garante o conforto dos usuários.</p>			
<p>Passos: Recolher o lixo (conforme rotina); Limpar tetos e paredes (conforme rotina); Limpar janelas e portas (conforme rotina); Limpar pias: Separar o material necessário: -panos de limpeza -detergente líquido -saponáceo -esponja sintética -arame -luvas de autoproteção -avental -botas -touca Colocar o EPI; . Umedecer a esponja de aço e espalhar o sapóleo sobre ela; . Esfregar a esponja sintética com sapóleo na parte interna da pia; . Passar a esponja com detergente líquido na torneira; Retirar os detritos localizados no interior da válvula, usando um gancho de arame; . Esfregar a parte externa da pia, as torneiras e encanamentos sob a pia com pano umedecido em Água e detergente líquido; Enxaguar a parte interna e externa da pia com Água limpa; Secar a pia com um pano seco, polindo a torneira; Limpar o material de trabalho e guardá-lo em local apropriado; Limpar instalações sanitárias: Separar o material necessário:</p>			

- panos de limpeza
- vassoura para vaso sanitário
- escova sintética
- 2 baldes
- água
- detergente líquido
- sapólio
- hipoclorito de sódio a 1%
- botas
- luvas de autoproteção
- avental
- touca

Colocar o EPI;

Encher metade dos baldes, um com Água limpa e outro com água e detergente líquido

Dar descarga no vaso sanitário;

. Esfregar o tampo do vaso por cima e por baixo, com a escova sintética, usando solução detergente;

Espalhar sapólio no pano embebido em solução detergente;

. Esfregar o assento do vaso, por dentro e por fora com pano;

Esfregar a parte externa do vaso com pano embebido em solução detergente e sapólio;

Enxaguar o tampo, o assento, a borda e a parte externa do vaso com água limpa;

Jogar solução detergente e sapólio dentro do vaso, esfregando-o com vassoura de vaso, iniciando pela borda interna do vaso e terminando na saída de água

Dar descarga no vaso sanitário continuando a esfregar a parte interna com vassoura de vaso, até a água ficar limpa;

Lavar a alavanca ou botão de descarga com pano umedecido em água e detergente;

Retirar o detergente com pano umedecido em água limpa;

Secar o tampo e o assento do vaso sanitário com pano limpo;

Secar a parte externa do vaso e a alavanca ou botão de descarga com pano limpo;

Limpar o material de trabalho e guardá-Lo no local apropriado;

Lavar o piso (conforme rotina)

Observação:

Este procedimento devera ser realizado diariamente e sempre que necessário.

Elaborado por:

 Enfermeira
 Kellen V M Siqueira

Revisado por:

 Enfermeira
 Paolla Maia Mandu
 Atenção Primária a
 Saúde

Aprovado por:

 Maria Fernanda
 Copacheski Enfermeira
 RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-014

**DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/23**

**DATA DE REVISÃO:
01/10/2025**

TÉCNICA DE LIMPEZA MANUAL DE INSTRUMENTAL

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem

Área : Higienização, desinfecção e esterilização.

Objetivo: Realizar a limpeza do instrumental após a sua utilização.

Passos:

Separar o material:

- EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos, luvas de autoproteção)
- Bacia, balde ou cuba de plástico de tamanho compatível com a quantidade de material
- Escova de cerdas duras e finas
- Compressas ou panos limpos e macios
- Solução de água e detergente neutro ou detergente enzimático.

Usar EPI para iniciar a limpeza do instrumental;

Manipular o material cuidadosamente evitando batidas ou quedas;

Separar as pinças de pontas traumáticas (Pozzi, Backhaus) e lavar separadamente, evitando acidentes;

Imergir o instrumental aberto na solução de água e detergente (conforme orientação do fabricante), para remoção dos resíduos de matéria orgânica;

Observar para que o instrumental mais pesado e maior fique sob os pequenos e leves;

Lavar a instrumental peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimentos no sentido das serrilhas. Dar atenção especial para as articulações, serrilhas e cremalheiras;

Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações;

Enxugar as peças com compressa ou pano macio e limpo, em toda a sua extensão, dando especial atenção para as articulações, serrilhas e cremalheiras.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-016

DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/23

DATA DE REVISÃO:
01/10/2025

TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES (MÁSCARAS, COPINHO, CACHIMBO E TUBO DE CONEXÃO)

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem

Área : Higienização, desinfecção e esterilização.

Objetivo: Realizar a limpeza do material de inalação após a sua utilização.

Passos:

1) Separar o material necessário:

-EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos e luvas de autoproteção);

-Solução de água e detergente;

-Hipoclorito de sódio a 1%;

-Recipiente com tampa;

-Balde ou bacia plástica com tampa (opacos);

-Compressas ou panos limpos e secos;

-Seringa de 20ml.

2) Colocar o EPI;

3) Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente com Água e detergente;

4) Injetar a solução de água e detergente na luz do tubo com ajuda de uma seringa de 20ml;

5) Enxaguar o tubo com água corrente, usando o mesmo processo anterior para parte interna;

6) Colocar para escorrer ou secar com ar comprimido;

7) Enxaguar as demais peças rigorosamente interna e externamente;

8) Deixar escorrer sobre um papel toalha limpo, completar a secagem manualmente se necessário;

9) Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos; no recipiente opaco e com tampa;

10) Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e/ou pinça longa;

11) Enxaguar as peças rigorosamente em água corrente;

12) Secar com pano limpo e seco;

13) Guardar as peças montadas em recipiente tampado;

14) Desprezar a solução de hipoclorito, enxaguar e secar o recipiente;

15) Manter área limpa e organizada.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-016

DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/23

DATA DE REVISÃO:
01/10/2025

TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem

Área : Higienização, desinfecção e esterilização.

Objetivo: Realizar a limpeza e desinfecção nas almotolias após o término da solução e/ou semanalmente.

Passos:

1. Separar o material:
 - EPI (avental impermeável, touca, máscara, óculos e luvas de autoproteção);
 - 01 esponja macia de limpeza;
 - 01 escova de mamadeira;
 - Solução de água e detergente;
 - Panos limpos e secos;
 - Balde ou bacia com tampa;
 - Hipoclorito de sódio a 1%.
2. Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia;
3. Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;
4. Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira;
5. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
6. Colocar as almotolias e tampas para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente;
7. Imergir as almotolias em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos;
8. Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;
9. Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso

Observações:

- A quantidade de solução colocada nas almotolias deve ser suficiente apenas para uso diário ou semanal.
- Nunca reabastecer as almotolias sem limpeza e desinfecção prévia.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-017

**DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/23**

**DATA DE REVISÃO:
01/10/2025**

TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS UMIDIFICADORES DE OXIGÊNIO

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem

Área : Higienização, desinfecção e esterilização.

Objetivo: Realizar a limpeza do material de oxigenioterapia após a sua utilização

Passos:

Separar o material:

-EPI (avental impermeável, touca, máscara, óculos e luvas de autoproteção);

-01 esponja macia de limpeza;

-01 escova de mamadeira;

-Solução de água e detergente;

-Panos limpos e secos;

-Balde ou bacia com tampa;

-Hipoclorito de sódio a 1%.

Esvaziar os umidificadores, desprezando a solução na pia;

Lavar externamente, incluindo a tampa e tubo metálico, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;

Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira;

Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;

Colocar para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente;

Imergir em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos (somente o recipiente plástico);

Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;

Friccionar álcool a 70% por 3 vezes na parte metálica que acompanha o umidificador;

Guardar em recipiente limpo com tampa.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprovado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Maria Fernanda Copacheski
Enfermeira RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-018

DATA DE VALIDAÇÃO :
01/10/23

DATA DE REVISÃO:
01/10/2025

TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE CABOS E LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem

Área : Higienização, desinfecção e esterilização.

Objetivo: Realizar a limpeza e desinfecção dos cabos e lâminas de laringoscópio após a sua utilização.

Passos:

Separar o material:

- EPI (avental impermeável, óculos, touca, máscara e luvas de autoproteção);
- Cabos e lâminas de laringoscópio;
- Recipiente plástico;
- Solução de água e detergente neutro ou enzimático;
- Panos limpos e secos;
- Álcool a 70%;
- Esponja ou escova macia.

1. Imergir a lâmina do laringoscópio na solução de Água e detergente, lavando com a esponja (não deixar de molho);
2. Enxaguar abundantemente em água corrente;
3. Secar a lâmina com pano limpo;
4. Friccionar álcool a 70% na lâmina conforme rotina;
5. Limpar o cabo do laringoscópio com pano umedecido em solução de Água e detergente;
6. Remover a solução detergente com pano umedecido em Água e secar;
7. Friccionar álcool a 70% no cabo conforme rotina;
8. Montar o laringoscópio testando o seu funcionamento;
9. Guardar o laringoscópio desmontado, sem pilhas, protegido em saco plástico ou recipiente com tampa.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
NÚMERO : POP-019	DATA DE VALIDAÇÃO : 01/10/23	DATA DE 01/10/2025	REVISÃO:
TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBÚ			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem			
Área : Higienização, desinfecção e esterilização.			
Objetivo: Realizar a Limpeza no ambu e acessórios após a sua utilização.			
Passos: Separar o material: -EPI (avental impermeável, óculos, máscara, touca e luvas de autoproteção); -1 Esponja macia; -Solução de água e detergente neutro e detergente enzimático; -Panos limpos e secos; Desmontar o ambú (retirar a máscara e conexões); Limpar a bolsa ventilatória externamente com pano úmido e sabão. Evitar penetração de água no interior da bolsa; Lavar a máscara e conexões com água e sabão; 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 em água Corrente; Secar e guardar em recipiente tampado; Observação: A desinfecção com hipoclorito é necessária somente em presença de matéria orgânica.			

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
NÚMERO : POP-020	DATA DE VALIDAÇÃO : 01/10/23	DATA DE 01/10/2025	REVISÃO:
TRABALHO PARA A ÁREA DE EXPURGO			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem			
Área Higienização, desinfecção e esterilização.			
Objetivo: Organizar o trabalho da enfermagem na execução de procedimentos contaminados na área do expurgo.			
Passos: <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos e friccionar álcool glicerinado a 70% antes e após as atividades; • Fazer desinfecção das bancadas com álcool a 70% a cada turno e quando necessário; • Usar EPI (jaleco, touca, avental impermeável, máscara, luvas de procedimento e óculos de acrílico); • Receber todo o material contaminado conferindo rigorosamente. Observar: limpeza, integridade e se o mesmo está completo; anotar em impresso próprio as alterações encontradas. • Efetuar a limpeza e / ou desinfecção do material conforme rotina do setor; • Encaminhar o material para a área de Preparo; • Preparar soluções e recipientes que serão usados para desinfecção de material; • Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvida no desenvolvimento das atividades. 			

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO : POP-021	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/23	DATA DE REVISÃO: 01/10/2025
TRABALHO NA ÁREA DE RECEPÇÃO DE MATERIAS		
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem		
Área Higienização, desinfecção e esterilização.		
Objetivo: Organizar o fluxo de trabalho do pessoal da área de esterilização de materiais		
Passos: Lavar as mãos e friccionar álcool glicerinado antes e após executar as atividades; Fazer desinfecção com um pano umedecido em álcool a 70% das mesas e bancadas, no início do plantão e sempre que necessário; Usar EPI durante a conferência dos instrumentais (avental, luvas de procedimento, touca). Avaliar rigorosamente a limpeza e a integridade dos materiais recebidos. Encaminhar o material para a Área de Preparo; Manter a bancada livre e anotar no relatório de instrumentais as pendências (danificados, incompletos); Encaminhar para o enfermeiro os instrumentais danificados para providencias devidas; Manter os armários em ordem; Manter a área limpa e organizada		

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski
Enfermeira RT.
Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
NÚMERO : POP-022	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/23	DATA DE	REVISÃO: 01/10/2025
TRABALHO NA ÁREA DE PREPARO DE MATERIAIS			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem			
Área Higienização, desinfecção e esterilização.			
Objetivo: organizar o processo de trabalho do pessoal da área de preparo, lavagem e secagem de materiais, instrumentais			
Passos: Lavar as mãos e friccionar álcool glicerinado antes e após executar as atividades; Usar EPI (jaleco, touca e luvas de procedimento); Realizar desinfecção das mesas, bancadas, estantes, e armários com álcool a 70% antes de iniciar as atividades; Verificar a quantidade de material necessário à execução das atividades e solicitar a reposição; Receber o material proveniente do Expurgo, selecioná-lo de acordo com o pacote a ser feito, conferindo a limpeza e integridade; Confeccionar os pacotes conforme a técnica do envelope; Identificar os pacotes colocando no rótulo: . Nome do pacote de acordo com a padronização; . Data da esterilização (será preenchido quando for esterilizado) . Validade (será preenchido quando for esterilizado) . Assinatura legível do funcionário que preparou o pacote. Anotar a produção no impresso de estatística. Observações: Preencher a identificação antes de fixar no pacote; Fixar o rótulo no pacote, em local visível e plano, observando para que a fita teste não cubra a identificação.			
Elaborado por: <hr/> Enfermeira Kellen V M Siqueira	Revisado por: <hr/> Enfermeira Paolla Maia Mandu Atenção Primária a Saúde	Aprovado por: <hr/> Maria Fernanda Copacheski Enfermeira RT. Imunização	

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>		
<p>NÚMERO : POP-023</p>	<p>DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/23</p>	<p>DATA DE</p>	<p>REVISÃO: 01/10/2025</p>
<p>TRABALHO PARA O FUNCIONÁRIO DA ÁREA DE ESTERILIZAÇÃO</p>			
<p>EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem</p>			
<p>Área Higienização, desinfecção e esterilização.</p>			
<p>Objetivo: Organizar o processo de trabalho do pessoal da área de esterilização de materiais, instrumentais.</p>			
<p>Passos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lavar as mãos e friccionar álcool glicerinado antes e após executar as atividades; 2) Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água; 3) Passar álcool a 70% em toda a superfície dos móveis e bancadas; 4) Usar EPI (jaleco, touca e luvas de amianto quando necessário); 5) Controlar o funcionamento das autoclaves, registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido; 6) Complementar rótulo do material anotando a data da esterilização, validade e o número do lote; 7) Montar a carga de acordo com as orientações básicas: <ul style="list-style-type: none"> · Utilizar cestos de aço para acondicionar os pacotes; · Observar o tamanho do pacote e adequá-lo ao tamanho do cesto; · Colocar os pacotes na posição vertical, dentro dos cestos ou na rack; · Evitar que o material encoste nas paredes da câmara; · Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor; · Posicionar os pacotes pesados na parte inferior da rack; · Colocar os materiais: bacias, vidros e cubas com a abertura voltada para baixo; · Utilizar no máximo 85% da capacidade da autoclave. 8) Colocar nas autoclaves os pacotes com os testes biológicos no primeiro ciclo diariamente; 9) Entreatbrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização e aguardar 15 minutos para retirar o material; 10) Após o esfriamento dos pacotes, encaminhá-los ao Arsenal; 11) Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvidas na execução das atividades; 12) Manter a área limpa e organizada. 			

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
NÚMERO : POP-026	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/23	DATA DE	REVISÃO: 01/10/2025
TRABALHO NA ÁREA DE GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS			
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem			
Área Higienização, desinfecção e esterilização.			
Objetivo: Organizar o processo de trabalho do pessoal da área de guarda e distribuição de materiais, instrumentais			
Passos: Lavar as mãos e friccionar álcool glicerinado a 70%, antes e após a execução das atividades; Usar EPI (jaleco e touca); Realizar a desinfecção dos armários, bancadas, das estantes e suportes livres, com pano Umedecido em álcool a 70% diariamente e sempre que necessário; Controlar a quantidade de material a ser distribuído conforme a demanda diária; Conferir e fornecer o material embalado em saco plástico às unidades nos horários padronizados; Receber o material da área de esterilização e guardá-lo após o esfriamento, no local identificado; Observar em cada pacote recebido pela área de esterilização: . Modificação ocorrida na coloração da fita teste, para autoclave a vapor; . Preenchimento do rótulo; . Integridade do pacote. Verificar diariamente se os pacotes estocados estão dentro do prazo de validade da esterilização, colocando os pacotes com data de validade mais próxima do vencimento na frente; Solicitar a orientação do enfermeiro, sempre que houver dúvidas no desenvolvimento das atividades; Manter a área limpa e organizada.			

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
NÚMERO: POP-025	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/23	DATA DE 01/10/2025	REVISÃO:
RECOLHIMENTO DOS RESÍDUOS			
EXECUTANTE: Auxiliares de serviços gerais			
Área Higienização, desinfecção e esterilização.			
Objetivo Consiste em recolher todos os resíduos de uma Unidade, acondicionando-os de forma adequada e manuseando-os o mínimo possível. É a operação que precede todas as rotinas técnicas de limpeza e desinfecção. Deve ser iniciada, sempre, da área menos contaminada para a mais contaminada.			
Passos: Reunir o material para recolher o lixo: · sacos de lixo de material plástico; · botas; · luvas de autoproteção. Colocar o EPI; Recolher o saco de lixo que se encontra na lixeira, amarrando bem as bordas; Colocar um saco de lixo novo na lixeira, fixando-o firmemente nas bordas; Transportar o lixo recolhido até o depósito para a remoção pela coleta externa. Observações: -As lixeiras devem ser lavadas com água e sabão, semanalmente e sempre que necessário; -Verificar as regras básicas de acondicionamento do lixo de acordo com o tipo de resíduos; -Para o transporte do lixo é recomendado a utilização de carrinho fechado. Este carrinho deverá ser higienizado após sua utilização; Deve-se evitar, durante o transporte de resíduos, o cruzamento com pessoas e/ou material limpo nos corredores e elevadores			

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-026

DATA DE VALIDAÇÃO :
01/10/2023

DATA DE REVISÃO:
01/10/2025

ACONDICIONAMENTO DOS RESÍDUOS

EXECUTANTE: Auxiliares de serviços gerais

Área

Higienização, desinfecção e esterilização.

Objetivo: Realizar a limpeza do material após a sua utilização.

Passos:

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

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avançar com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO:POP-027	DATA DE VALIDAÇÃO:22/05/2023	DATA DE REVISAO:22/05/2025
ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS DA SAÚDE CONFORME RDC 15		
Executante Auxiliares e técnicos de enfermagem.		
Área:Higienização,desinfecção e esterilização.		
<p>Definição: Conforme a Resolução RDC número 15, de 15 de marco de 2012, seu objetivo é estabelecer os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos servicos que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos. Este regulamento se aplica aos Centros de Material e Esterilização-CME dos serviços de saúde públicos e privados, civis e militares, e às empresas processadoras envolvidas neste processo.</p> <p>Caracterização da Central de Material Esterilizado (CME) É a área responsável pela limpeza e processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares. Ocorre o preparo, controle, esterilização e distribuição de materiais. As atividades exercidas são:</p> <p>Esterilização: Segundo a ANVISA, o processo que destrói ou elimina todas as formas de vida microbiana presentes, inclusive sob forma de esporos.</p> <p>Reprocessamento: Processo a ser aplicado a produtos médico-hospitalares, exceto os de uso único, para permitir sua reutilização neste processo inclui a limpeza, desinfecção, embalagem, esterilização e testes de qualidade.</p> <p>Reesterilização: Processo de esterilização de produto já esterilizado, mas não utilizado dentro do prazo de validade.</p> <p>A CME deve ser dividida minimamente em três áreas separadas por barreira física, são elas:</p> <p>Área suja: Destinada ao recebimento e separação dos materiais sujos advindo dos setores de assistência. Local onde é realizado o processo de limpeza, desinfecção e secagem dos instrumentais. Deve ser de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais da saúde deverão trabalhar paramentados com gorro, máscara, luva de borracha cano longo, avental de brim manga longa, avental impermeável, óculos de proteção e sapato fechado.</p> <p>Área limpa: Local destinado aos processos de separação dos instrumentais, conferência da limpeza, funcionalidade e integridade dos artigos. Assim como empacotamento, selagem das embalagens e esterilização. Local de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais deverão trabalhar paramentados com gorro, avental, luva de procedimento e sapato fechado.</p> <p>Área de guarda e distribuição de artigos esterilizados: Local destinado a guarda dos instrumentais esterilizados e dispensação dos mesmos, com fluxo restrito de pessoas e a lavagem das mãos realizada rigorosamente para manipulação dos materiais esterilizados. O fluxo dos materiais na CME deve ser unidirecional e com barreira física entre as áreas:</p>		

Expurgo	Preparo de material e carga	Guarda do Material estéril
Area Suja	Area limpa	Area estéril

Conceitos

a) **ARTIGOS:** Compreendem instrumentais, objetos de natureza diversa, utensílios (talheres, louças e outros) e acessórios de equipamentos.

b) **ARTIGOS NÃO CRÍTICOS:** Aqueles que entram em contato com a pele íntegra do usuário. Requerem limpeza e/ou desinfecção de baixo ou médio nível. Deve-se atentar para o risco de transmissão secundária por parte dos profissionais que lidam com o artigo e entrem em contato com o usuário. Ex: termômetro clínico.

c) **ARTIGOS SEMI-CRÍTICOS:** Aqueles que entram em contato com a pele não intacta ou com mucosas íntegras. Exigem desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização. Ex: equipamentos respiratórios, anestesia e endoscópios.

A RDC 15 de 2012 classifica as CME em Classe I e Classe II.

Art. 5º Para cumprimento desta resolução os CME passam a ser classificados em CME Classe I e CME Classe II.

§1º O CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não críticos, semicríticos e críticos não complexa, passíveis de processamento.

§2º O CME Classe II é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não críticos, semicríticos e críticos complexa e não complexa, passíveis de processamento.

§3º O CME só pode processar produtos compatíveis com a sua capacidade técnica operacional e conforme a sua classificação.

§4º Quando não especificada a classificação, as determinações desta resolução se aplicam aos dois tipos de CME e às empresas processadoras.

Art. 6º A responsabilidade pelo processamento dos produtos no serviço de saúde é do Responsável Técnico.

Art.7º A responsabilidade pelo processamento dos produtos na empresa processadora é do Representante Legal.

Objetivo: Organizar o fluxo do trabalho da equipe de esterilização. Otimizando as atividades na área de preparo, lavagem e secagem de materiais, instrumentais. E realizara esterilização do material.

Passos:

Lavar as mãos e friccionar álcool glicerinado a 70% antes e após executar as atividades;

Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água;

Passar álcool a 70% em toda a superfície dos móveis e bancadas;

Usar EPI (jaleco, touca e luvas de amianto-quando necessário);

Controlar o funcionamento das autoclaves, registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido;

Complementar rótulo do material anotando a data da esterilização, validade e o número do lote;

Montar a carga de acordo com as orientações básicas

Utilizar cestos de aço para acondicionar os pacotes;

- Observar o tamanho do pacote e adequá-lo ao tamanho do cesto;
- Colocar os pacotes na posição vertical, dentro dos cestos ou na rack;
- Evitar que o material encoste nas paredes da câmara;
- Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor;
- Posicionar os pacotes pesados na parte inferior da rack;
- Colocar os materiais: bacias, vidros e cubas com a abertura voltada para baixo;
- Utilizar no máximo 85% da capacidade da autoclave.

Colocar nas autoclaves os pacotes com os testes biológicos no primeiro ciclo do dia a cada 7 dias.
 Entreabrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização e aguardar 15 minutos para retirar o material;

Após o esfriamento dos pacotes, encaminhá-los ao Arsenal;

Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvidas na

Execução das atividades;

Manter a área limpa e organizada.

Lavar as mãos e friccionar álcool glicerinado a 70% antes e após executar as atividades;

Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água;

Passar álcool a 70% em toda a superfície dos móveis e bancadas;

Controlar o funcionamento das autoclaves, registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido;

Complementar rótulo do material anotando a data da esterilização, validade e o número do lote;

Montar a carga de acordo com as orientações básicas:

Papel Grau Cirúrgico

Utilizar o papel grau cirúrgico em tamanho adequado ao material, observando a data de validade (data de limite de uso) do mesmo;

Colocar o material a ser esterilizado no papel grau cirúrgico e encaminhar para selagem. A selagem de embalagens tipo envelope ou rolo deve ser feita por termo seladora ou conforme orientação do fabricante, no selamento deverá ser deixada uma borda livre de no mínimo 3cm da borda, com uma largura de 1cm de selagem, para facilitar a abertura, assim como deve ser íntegra, contínua, sem pregas e rugas;

Identificar na borda livre com nome do produto, número do lote, data de esterilização, prazo de validade (30 dias) e assinatura.

O prazo de validade dos materiais esterilizados está relacionado a:

Integridade da embalagem (ausência de rasgos, perfurações, fissuras); · Observar o tamanho do pacote e adequá-lo ao tamanho do cesto;

Ausência de manchas ou umidade no pacote

Ausência de sujidade no pacote;

Presença da ativação do integrador químico;

Local de armazenamento.

Posicionar os pacotes pesados na parte inferior da rack;

Utilizar no máximo 85% da capacidade da autoclave.

Colocar nas autoclaves os pacotes com os testes biológicos no primeiro ciclo a cada 7 dias;

Entre abrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização e aguardar 15 minutos para retirar o material;

Após o esfriamento dos pacotes, encaminhá-los ao Arsenal;

Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvidas na execução das atividades;

·Observação: Ao final da esterilização os pacotes devem estar secos. Se os mesmos estão ficando umedecidos, deve-se verificar a ocorrência de falha técnica (posição dos pacotes, quantidade dos mesmos, volume de água utilizada no ciclo, entre outros), se a técnica estiver correta, solicitar a manutenção da autoclave

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NUMERO: POP-028	DATA DE VALIDAÇÃO:01/10/2023	DATA DE REVISAO:01/10/2025
INDICADOR BIOLÓGICO		
Executante: Auxiliares e técnicos de enfermagem.		
Área: Higienização, desinfecção e esterilização.		
Objetivo: Indicado para certificar a eficácia do processo de esterilização, demonstrando a destruição dos microrganismos frente aos processos.		
<p>Material necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Par de luvas de procedimento; -01 incubador biológico; -01 pacote grande; -02 ampola de indicador biológico; - Impresso de controle de resultados; - Rack montada com pacotes a serem esterilizados; - Fita teste para autoclave; <p>Passos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calçar as luvas de procedimentos; - Identificar a ampola de indicador biológico colocando: número da autoclave, nível escolhido, número do ciclo e data; - Colocar a ampola de indicador biológico no centro do pacote, entre os campos; - Fechar o pacote, conforme a técnica do envelope, identificando-o; - Colocar o pacote teste dentro do cesto de aço; - Posicionar o cesto com o pacote teste, no local escolhido da rack, entre os demais pacotes; - Realizar o ciclo de esterilização; - Retirar o pacote após o esfriamento; - Abrir o pacote retirando a ampola de teste biológico; - Quebrar a ampola, homogeneizar e colocá-la no incubador, juntamente com a ampola controle; - Proceder a 1ª leitura a partir de 4 horas de incubação ou conforme orientação do fabricante; - Fazer as leituras seguintes no intervalo máximo de 4 em 4 horas até completar 24 horas de incubação; - Retirar as ampolas do incubador e verificar o resultado final; - Preencher o impresso de controle dos resultados; - Suspender a utilização do material autoclavado durante o teste, caso ocorra mudança de coloração na ampola, repetir o teste utilizando novo pacote; - Solicitar avaliação técnica da autoclave caso persista a alteração na coloração da ampola; - Manter a área limpa e organizada. 		

Observações:

- Recomenda-se a realização do teste biológico: No 1º ciclo de autoclave, a cada 7 dias;



Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NUMERO: POP-029	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023	DATA DE REVISAO: 01/10/2025
TESTE INDICADOR QUÍMICO		
Executante: Auxiliares e técnicos de enfermagem.		
Área: Higienização, desinfecção e esterilização.		
<p>Objetivo: Os indicadores químicos são fitas de papel impregnadas com tinta termocrômica que mudam de cor quando expostas a temperatura elevada por certo tempo. Podem apenas indicar a exposição ou não ao calor (indicadores específicos de temperatura) ou ainda indicar a ação de tempo, temperatura e vapor.</p> <p>Passos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar o teste diariamente; pode ser em qualquer carga do dia; 2. Colocar o teste acondicionado dentro do pacote desafio (criado pelo próprio serviço), pacotes com campos, pode ser fenestrado ou até compressas, deve ser de tecido para dificultar a ação do agente esterilizante (vapor); 3. Ligar a autoclave e colocar o pacote desafio dentro do mesmo, pode ser com a carga normal da unidade; 4. Realizar o ciclo normal de esterilização; 5. Após finalizar o ciclo aguardar a completa expulsão do vapor; 6. Retirar o teste e aguardar seu resfriamento; -Abrir o pacote e retirar o teste integrador para leitura; fazer a leitura do teste com a verificação da mudança de cor do mesmo que deve alterar pelo menos o item 1 e 2 que se localiza na parte inferior, se ocorrer a mudança de cor no item 3 o processo está perfeito, mas item 1 e 2 já está considerado satisfatório; 7. Caso o teste não mude de cor ou apresentar coloração azulada/ou alguma falha, ou apenas a lacuna do número 1 mudado de cor (escuro) o teste foi reprovado, comunicar o enfermeiro responsável imediatamente; 8. Interditar a autoclave; 9. Comunicar imediatamente com o técnico da manutenção. 		

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

ÁREA 02
ASSISTÊNCIA Á SAÚDE

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO : POP-030	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023	DATA DE REVISÃO: 01/10/2025
ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE		
EXECUTANTE: Auxiliare, técnicos de enfermagem e enfermeiros.		
Área : Assistência à Saúde		
Objetivo: Acolher o usuário com escuta ativa, visando atender suas necessidades básicas.		
<p>Passos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar uma escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido; 2. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação; 3. Comunicar ao enfermeiro ou médico quando o motivo for uma queixa, sinal ou sintoma para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas; 4. Referenciar o paciente à equipe responsável por ele (quando em UBS com ESF) 5. Agendar retornos a partir de solicitação da equipe de saúde e/ou de acordo com o atendimento programático (programas de saúde) 6. Responder às demandas de vigilância à saúde e encaminhar queixas ou denúncias de cunho ambiental/social às instâncias pertinentes Departamento de Vigilância à Saúde) e realizar as orientações de saneamento. <p>Cabe ao enfermeiro da UBS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Supervisionar o acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem; 2) Receber os pacientes que procuram o serviço com queixa, sinal ou sintoma, realizar acolhimento e, quando necessário, consulta de enfermagem, assim como proceder os encaminhamentos necessários. 		

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO : POP-031	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023	DATA DE REVISÃO: 01/10/2025
AGENDAMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS DE DEMANDA ESPÓNTÂNEA NAS UBS		
EXECUTANTE: Auxiliare, técnicos de enfermagem e enfermeiros.		
Àrea Assistência à Saúde		
Objetivo: Agendar consultas de demanda espontânea na UBS		
Passos: Abrir a UBS no horário determinado. Acolher os usuários que aguardam na fila, tratando-os com serenidade e respeito. Agendar as consultas conforme o número de vagas determinados pelo protocolo Encaminhar ao acolhimento os usuários que relatarem sinais e sintomas para avaliação Preencher novos prontuários para usuários novos se necessário; Localizar prontuários de usuários já existentes e encaminhar a enfermagem para pré-consulta. Comunicar o usuário deverá chegar na Unidade com 30 minutos de antecedência, para realizar sua pré-consulta sendo que após este tempo sua consulta estará cancelada e outro usuário poderá ser encaixado em seu lugar. Todos os usuários que procurarem consulta na unidade terão de passar pelo acolhimento, fora do horário. OBSERVAÇÃO: AGENDAMENTO DE CONSULTAS DE DEMANDA PROGRAMADA NAS UBS As consultas de demanda programada referem-se aos procedimentos programáticos da Saúde Coletiva relativos à Saúde da Mulher, Adulto e Criança. Estas deverão ser agendadas de acordo com os respectivos protocolos estabelecidos pela SMS.		

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-032

**DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/2023**

**DATA DE REVISÃO:
01/10/2025**

AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

Área

Assistência à Saúde

Objetivo

Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS:

1. Esfigmomanômetro Aneróide ou de coluna de mercúrio.
2. Estetoscópio.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Explicar o procedimento ao paciente, questionar sobre uso de medicação, horário e queixas.
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida.
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento e envolver pelo menos 80% do braço.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 100 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.
9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase 1 de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade

dedeção. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica/ diastólica/ (zero).

10. Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.

11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.

12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.

13. Registrar procedimento em prontuário/mapa de controle, assinando e carimbando.

14. Comunicar médico/ enfermeiro caso de alteração da PA.

15. Registrar procedimento em planilha de produção.

16. Lavar as mãos.

17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÕES

A. Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10' em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento.

B. Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses.

C. Gestante recomenda-se que a PA seja verificada na posição sentada.

D. Em pacientes obesos, deve-se utilizar o manguito de tamanho adequado à circunferência do braço.

E. Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em posição ortostática, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti-hipertensiva

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-033

**DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/2023**

**DATA DE REVISÃO:
01/10/2025**

VERIFICAÇÃO DE OXIMETRIA DE PULSO

EXECUTANTE: Responsável Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

Área : Assistência a Saúde

Objetivo: Detectar nível de saturação de oxigênio da hemoglobina.

Material Necessário

Oxímetro;
Algodão seco;
Álcool a 70%.

Descrição da Atividade

Realizar higienização das mãos;
Orientar o usuário ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado;
Limpar o sensor de oximetria com o algodão embebido em álcool 70%,
Deixar secar;
Posicionar o usuário confortavelmente;
Colocar o sensor do oxímetro no dedo médio ou polegar;
Durante 3 minutos medir a SPO2 e registrar no prontuário;
Realizar higienização das mãos;
Realizar registro no prontuário físico ou eletrônico, carimbar e assinar.

Observações

Se necessário, trocar o dedo de verificação para outro com melhor perfusão;
Taxas normais são da ordem de 95 a 100% e valores abaixo destes parâmetros devem ser comunicados ao enfermeiro e ou médico;
Locais de colocação do sensor do oxímetro: Dedos das mãos;
O local onde for instalado o sensor do oxímetro deverá estar aquecido;
Se necessário, remover esmalte da unha para melhor leitura.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO : POP-034	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023	DATA DE REVISÃO: 01/10/2025
AFERIÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL		
Executante <ul style="list-style-type: none"> • Todos os profissionais envolvidos no cuidado 		
Àrea <ul style="list-style-type: none"> • Assistência a Saúde 		
Objetivos Auxiliar no esclarecimento diagnóstico; Acompanhar a curva de variação da temperatura; Alertar para possível presença de infecção ou outras reações sistêmicas.		
Materiais: Termômetro digital; Álcool a 70%; Algodão; Papel para anotação; Caneta;.		
Passos Higienizar as mãos; Informar ao acompanhante e paciente do procedimento; Reunir material necessário e levá-los a unidade ou no local em que o paciente esteja como pré-consulta ou observação; Posicionar o paciente de acordo com o local de aferição escolhido: Colocar a ponta do termômetro debaixo da axila; posicionar o bulbo do termômetro no oco axilar (ponto central da cavidade); Aduzir e fletir o braço, posicionando-o transversalmente sobre o tórax; Esperar alguns segundos até ouvir um sinal sonoro; Retirar o termômetro e ler o valor da temperatura na tela; Limpar a ponta metalizada com algodão ou gaze molhada em álcool;		

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-035

**DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/2023**

**DATA DE REVISÃO:
01/10/2025**

GLICEMIA CAPILAR

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Área

Assistência à Saúde

OBJETIVOS

É um teste onde é feita a coleta de sangue periférico das gestantes ou puérperas para verificação do valor glicêmico através de aparelho eletrônico específico (glicosímetro).

Conhecer o nível de glicose no sangue, auxiliando na avaliação clínica e eficiência do plano alimentar, da infusão de glicose ou das medicações hipoglicemiantes, assim como orientar as mudanças no tratamento.

INDICAÇÃO:

Em clientes com diagnóstico de diabetes.

Em clientes que apresentem lipotímia.

Diagnóstico e prevenção de hipoglicemia assintomática e noturna.

Diagnóstico e prevenção da hipoglicemia pós-prandial.

Alteração na composição de carboidratos da dieta.

Quantificação da resposta a um agente antidiabético.

Material necessário:

Luva de procedimento.

Cuba rim.

Algodão.

Álcool a 70%.

Lanceta.

Aparelho para verificação de glicemia capilar.

Fitas para o aparelho da marca compatível com o aparelho de verificação.

Algodão com álcool 70%

Caneta.

Impresso próprio

Passos:

Realizar a higienização das mãos

• Reunir material (cuba rim, algodão com álcool, algodão seco, lanceta, fita reagente e aparelho de glicemia capilar).

• Explicar o procedimento para paciente, promovendo tranquilidade e possibilitando o conhecimento sobre o procedimento.

• Calçar luvas de procedimentos.

- Certificar-se de que o código da fita reagente está compatível com o chip e colocá-la adequadamente no local indicado.
- Manter o membro do dedo a ser puncionado abaixo do nível do coração para facilitar o fluxo sanguíneo para o local.
- Introduzir a fita apropriada no aparelho de glicemia capilar, evitando tocar na parte reagente.
- Realizar antissepsia no local de punção com algodão embebido em álcool a 70%.
- Aguardar a evaporação do álcool antes de puncionar para evitar alterações nos níveis glicêmicos.
- Proceder à punção com a lanceta na face lateral da ponta do dedo escolhido.
- Realizar compressão do dedo puncionado, aplicando e soltando a pressão alternadamente até que seja produzida uma gota de sangue na quantidade suficiente para a verificação do nível de glicemia capilar.
- Colocar a gota de sangue no local indicado na fita.
- Limpar o dedo da paciente com algodão seco, comprimindo o local para minimizar o sangramento
- Verificar o resultado no aparelho de glicemia capilar.
- Informar à puérpera o valor da medição.
- Descartar a lanceta no recipiente de perfurocortantes.
- Retirar as luvas.
- Realizar a higienização das mãos

OBSERVAÇÕES:

- Verificar a validade das fitas reagentes.
- Assegurar-se que as fitas reagentes sejam mantidas dentro do frasco, protegidas da luz e da umidade para não serem inativadas.
- Usar uma nova lanceta para cada procedimento.
- Atentar para os resultados dos valores glicêmicos e proceder à conduta conforme prescrição ou avaliação da equipe médica.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO : POP-036	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023	DATA DE REVISÃO: 01/10/2025
PRÉ-CONSULTA		
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.		
Área Assistência à Saúde		
Objetivo As atividades desenvolvidas na pré-consulta, também chamada consulta de preparo, devem anteceder, quando e onde possível, as consultas médicas de demanda espontânea e dos Programas de Hipertensão e Diabetes. A pré-consulta também favorece a detecção de casos suspeitos que devem ser encaminhados para a confirmação e, posterior inscrição nos Programas, além de servir como foco de divulgação das atividades da Unidade.		
Material necessário: Esfigmomanômetro e estetoscópio, Termômetro Balança antropométrica Algodão com álcool 70% Passos: Lavar as mãos antes do procedimento; Orientar o usuário quanto ao procedimento; Questionar o motivo porque procurou a UBS; Registrar no prontuário os dados de aferição de: peso e estatura, pulso e respiração, temperatura corporal, pressão arterial, além de outros dados que estejam programados para o caso. Encaminhar o usuário para aguardar o atendimento. Manter a sala em ordem e guardar o material.		

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO: POP-037	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023	DATA DE REVISÃO: 01/10/2023
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
EXECUTANTE: Enfermeiro e médico		
Área : Assistência à Saúde		
<p>Objetivo: Determinar prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança. Considerar-se-á a expectativa do paciente e seus familiares e o tempo em que intervenção médica possibilitará melhor resultado. Tempo de espera ideal nem sempre pode ser conseguido, mas será estudado para ser alcançado. Reavaliações estão previstas e poderão alterar a classificação.</p>		
<p>1 Introdução O Conselho Federal de Medicina, na Resolução 1451/95 define URGÊNCIA como "ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata"; EMERGÊNCIA como "constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida, ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato.</p> <p>2 Critérios de Classificação</p> <p>Deverá ser considerada a apresentação usual da doença, sinais de alerta, situação / queixa, intuição e experiência: paciente se apresenta doente? Intuição, entretanto, não será usada para diminuir prioridade, só para aumentar. Outros dados: sinais vitais, saturação de O₂, escala de dor e Escala de Coma de Glasgow (ECG), glicemia, etc.</p> <p>Horário: Diariamente das 8 às 17h. Haverá uma sala própria para realização do Acolhimento com a Classificação do Risco. Após estes horários e finais de semana e feriados, a classificação será realizada no Pronto Atendimento na Sala de Emergência.</p> <p>Classificação:</p>		

Vermelho	Emergência - será atendido imediatamente na sala de emergência. Deve ser atendido imediatamente;
Amarelo	Urgência - será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação. Deverá ser atendido imediatamente após os VERMELHOS podendo esperar por até 1 hora. Caso o fluxo de paciente exceda a capacidade de Atendimento este período poderá ser aumentado, mas sempre realizando reavaliações periódicas;
Verde	Sem risco de morte imediato - somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO e AMARELO podendo esperar por até 2 horas. Caso o fluxo de paciente exceda a capacidade de Atendimento este período poderá ser aumentado, mas sempre realizando reavaliações periódicas;
Azul	Quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social - deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde / Unidade de Saúde da Família ou atendido pelo Serviço Social. Se desejar poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO, AMARELO e VERDE podendo esperar por até 4 horas. Caso o fluxo de paciente exceda a capacidade de Atendimento este período poderá ser aumentado, mas sempre realizando reavaliações periódicas;

Obs: Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado.

3 Situação/queixa

Prioridade Vermelha

Pacientes que necessitam de atendimento imediato.

Politraumatizado grave - Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG < 12.

Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios. Trauma Cranioencefálico grave - ECG. Estado mental alterado ou

em coma ECG, histórico de uso de drogas, comprometimentos da coluna vertebral, desconforto respiratório grave, Dor no peito associada à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso). Perfurações no peito, abdome e cabeça. Crises convulsivas (inclusive pós-crise). } Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12. } Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória. } Tentativas de suicídio. } Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia). } Parada cardiorrespiratória. } Alterações de sinais vitais em paciente sintomático: } Pulso } > 140 ou < 45 PA diastólica } < 130 mmHg PA sistólica } < 80 mmHg FR } >34 ou Hemorragias não controláveis. Infecções graves - febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de } consciência. Há muitas condições e sinais perigosos de alerta, chamadas Bandeiras Vermelhas, que deverão ser levados em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente: Acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h. } Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões. Perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente. } Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de } discurso e, ocasionalmente, com respostas inapropriadas. Fraturas da 1.ª e 2.ª costela. } Fraturas 9.ª, 10.ª, 11.ª costela ou mais de três costelas. } Possível aspiração. } Possível contusão pulmonar. Óbitos no local da ocorrência }

Prioridade Amarela

Pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida.

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais. } Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou } sintomas neurológicos, paraestésias, alterações do campo visual, dislalia, afasia. Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15). } Diminuição do nível de consciência. } Alteração aguda de comportamento - agitação, letargia ou confusão mental. } História de Convulsão /pós-ictal-convulsão nas últimas 24 horas. } Dor torácica intensa. } Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes). } Crise asmática. } Diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, } vômitos, taquipnéia, taquicardia. Desmaios. } Estados de pânico, overdose. } Alterações de sinais vitais em paciente sintomático: } FC } < 50 ou > 140 PA sistólica } < 90 ou > 240 PA diastólica } > 130 T } < 35 ou. 40 História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC } > 120. Epistaxe com alteração de sinais vitais. } Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais } (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre). Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais; gravidez } confirmada ou suspeita.

Náuseas/Vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave - letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais. Desmaios. } Febre alta (39/40° C). } Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa. } Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15. } Vítimas de abuso sexual. } Imunodeprimidos com febre }

Prioridade Verde

Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples - espera até 02 horas para atendimento médico e/ou encaminhamento para especialidades

Idade superior a 60 anos. Gestantes com complicações da gravidez. } Pacientes escoltados. } Deficientes físicos. } Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro. } Impossibilidade de deambulação. } Asma fora de crise. } Enxaqueca - pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca. } Dor de ouvido moderada à grave. } Dor abdominal sem alteração de sinais vitais. } Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve. Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação. } História de convulsão sem alteração de consciência. } Lombalgia intensa. } Abscessos. } Distúrbios neurovegetativos. } Intercorrências ortopédicas }

Prioridade Azul

Demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima. Queixas crônicas sem alterações agudas. } Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de } resultados de exames, solicitações de atestados médicos.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-038

DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/2023

DATA DE REVISÃO:
01/10/2025

ATENDIMENTO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem

Área : Assistência à Saúde

Objetivo: Contribuir para que os pacientes sejam diferenciados de acordo com sua necessidade de atendimento, melhorando a qualidade e agilidade do serviço prestado.

Passos:

Diretrizes e Normativas

Nº	Ação (O que?)	Atribuição (Quem?)	Informações Complementares (Como?)
01	Execute os procedimentos de rotina da sala de classificação de risco (sala de emergência)	Equipe de Enfermagem	
02	Faça a ficha de atendimento	Tecnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem ou apoio administrativo	
03	Inicie a chamada dos pacientes	Equipe de Enfermagem	POP 36
04	Verifique sinais vitais	Equipe de Enfermagem	POP 32,33 e 34
05	Realize anamnese e exame físico direcionando conforme queixa	Enfermeiro	Registrar os dados coletados em prontuário manual ou eletrônico.
06	Necessidade de verificar glicemia capilar?	Sim 07	Não 08
		Enfermeiro	

07	Verifique glicemia Capilar			Tecnico/Auxiliar de Enfermagem	POP 35
08	Necessidade de verificar oximetria de pulso / ausculta pulmonar?	Sim 9	Não 10	Enfermeiro	POP 33
09	Verifique oximetria de pulso e/ou ausculta pulmonar			Técnico de enfermagem e Enfermeiro	
10	Conclua classificação de Risco			Enfermeiro	
11	Encaminhe o paciente conforme classificação de risco.	FIM		Tecnico de Enfermagem	

2 Disposições Gerais

Verificação de Glicemia:

Caso o paciente apresente Histórico de Diabetes Mellitus ou quaisquer sinais e sintomas como: sudorese excessiva, pele "fria e pegajosa", hálito cetônico, prostração, confusão mental e/ou vertigem; deverá ser verificada glicemia deste paciente.

Verificação de Oximetria de Pulso / Ausculta Pulmonar:

Caso o paciente apresente quaisquer sinais ou sintomas como dispnéia e/ou cianose e taquicardia, deverá ser verificado oximetria de pulso/ausculta pulmonar.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-039

DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/2023

DATA DE REVISÃO:
01/10/2025

FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

EXECUTANTE: Todos os profissionais envolvidos no cuidado

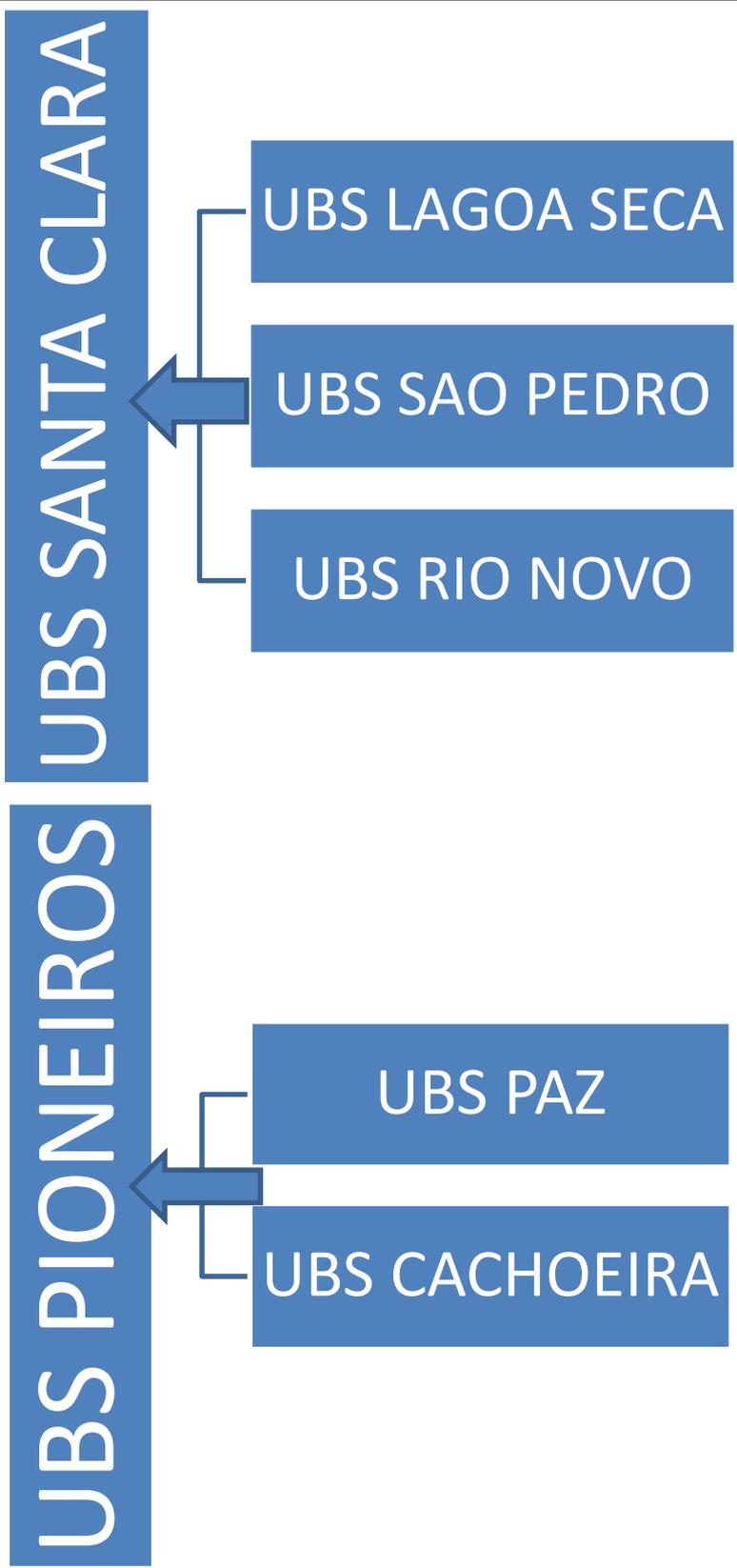
Área : Assistência a Saúde

Objetivos: Realizar os devidos encaminhamentos de pacientes para UBS' s de referência em caso de ausência de atendimento médico nas UBS' s localizadas no interior do município, assim, não sobrecarrega a demanda, otimizando o atendimento

Materiais: Aferição de SSVV, materiais de realização conforme descrito nos POP' s , impresso de encaminhamento para UBS de Referência, carimbo do profissionais.

Passos

- 1) Realizar classificação de risco com base nas queixas e sinais vitais do paciente;
- 2) Preencher o encaminhamento (em anexo) obedecendo o fluxo estabelecido;
- 3) Acionar o transporte conforme necessidade avaliada;
- 4) Após as 17h até as 21 h todos os pacientes serão atendidos na UBS Pioneiros passando por classificação de risco;
- 5) Após as 21 h em dias da semanas, sábados, domingos, feriados e pontos facultativos decretados, os pacientes serão atendidos em regime de urgência e emergência no Instituto de Saúde Santa Clara
- 6) Os encaminhamentos de referência e contra-referencia devem ser preenchidos preferencialmente por técnicos de enfermagem ou enfermagem, mas de acordo com a realidade local outros profissionais podem estar realizando os encaminhamentos como Agente Comunitário de Saúde, Auxiliar de Consultório odontológico ou Dentista.





ANEXO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CANDÓI-PR
FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Assinatura e carimbo do profissional solicitante

Referência _____
Data ___/___/___ Hora ___:___
Contra-referência _____

Motivo do encaminhamento _____

Paciente _____ Idade _____
Vitalis: PA _____ SaO2 _____ HGT _____ FC _____

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO : POP-040	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023	DATA DE REVISÃO 01/10/2025
RECEPÇÃO		
EXECUTANTE: Recepcionistas		
Área Assistência à Saúde		
Objetivo Estabelecer rotinas de organização e funcionamento da recepção		
Passos: 1. Organizar o espaço; 2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão; 3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e mensalmente limpeza terminal; 4. Abrir prontuário; 5. Repor o material necessário; 6. Organizar prontuários e arquivos		

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>	
<p>NÚMERO : POP-041</p>	<p>DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023</p>	<p>DATA DE REVISÃO: 01/10/2025</p>
<p>CONSULTÓRIOS GERAIS</p>		
<p>EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem</p>		
<p>Área Assistência à Saúde</p>		
<p>Objetivo: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento dos consultórios de ginecologia</p>		
<p>Passos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organizar a sala; 2. Realizar limpeza concorrente a cada início do plantão; 3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal; 4. Checar o funcionamento dos equipamentos da sala: balança, negatoscópio chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro; 5. Encaminhar espéculos de ostoscópios para desinfecção;; 6. Trocar almotolias semanalmente; 7. Repor materiais e impressos próprios e específicos 		

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>	
<p>NÚMERO : POP-042</p>	<p>DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023</p>	<p>DATA DE REVISÃO: 01/10/2025</p>
<p align="center">CONSULTÓRIOS DE GINECOLOGIA</p>		
<p>EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem</p>		
<p>Área Assistência à Saúde</p>		
<p>Objetivo: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento dos consultórios de ginecologia</p>		
<p>Passos: Realizar limpeza concorrente no início de cada plantão; Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal; Lavar e organizar as bandejas em uso, diariamente; Repor as roupas no início do atendimento e encaminhar as sujas ao Expurgo ao final do atendimento; No início do plantão providenciar recipiente próprio com água e sabão para colocação de instrumentais sujos e encaminhar ao Expurgo após o uso; Trocar as almotolias, previamente limpas identificadas e datadas, semanalmente colocando novas soluções. As almotolias devem ser preenchidas 50% do volume; Verificar a data de validade de materiais esterilizados; Checar o funcionamento dos equipamentos da sala: colposcópio, foco de luz, Doppler, eletrocautério, balança chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro; Repor materiais (soluções, instrumentais, etc) e impressos próprios e específicos; Manter arquivos organizados; Marcar em livro próprio as biópsias encaminhadas e recebidas; . Preparar a caixa de citologia oncótica semanalmente para ser enviado ao Almojarifado; Registrar em livro próprio toda coleta de citologia oncótica realizada e resultado recebido; E no prontuário da paciente; Arquivar (pasta ou livro) as fichas de inserção de dispositivo intra-uterino (DIU) na sala</p>		

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-043

**DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/2023**

**DATA DE REVISÃO:
01/10/2025**

SALA DE CURATIVO

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem

Área

Assistência à Saúde

Objetivo: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de curativo

Passos

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Trocar as almotolias semanalmente colocando novas soluções, previamente limpos identificados e datados. As almotolias devem ser preenchidas 50% do volume;
5. Verificar a data de validade de materiais esterilizados;
6. Repor materiais necessários, conforme a rotina da unidade;
7. Realizar os curativos conforme prescrição médica e/ ou do enfermeiro;
8. Executar rotina de troca de curativo (conforme orientação do manual de normas técnicas);
9. Colocar o material utilizado em solução com água e sabão, encaminhando-o ao expurgo ao término do plantão;
10. Após a realização de curativos contaminados solicitar ao zelador limpeza concorrente e descontaminação se necessário;
11. Desprezar o resíduo em recipiente adequado

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-044

**DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/2023**

**DATA DE REVISÃO:
01/10/2025**

SALA DE INALAÇÃO

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem

Área

Assistência à Saúde

Objetivo: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de inalação

Passos:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Checar o funcionamento do compressor, chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro; proceder a sangria do sistema ao final de cada dia;
5. Preparar material necessário para o plantão, trocar o soro fisiológico utilizado no procedimento a cada 24 horas;
6. Executar os procedimentos conforme prescrição médica e/ ou do enfermeiro, anotando no verso na própria receita com letra legível a data, horário, nome e COREN, preenchendo boletim de produção;
7. Lavar criteriosamente os inaladores logo após o uso com água e sabão os materiais, retirando os resíduos, em seguida enxaguar-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo;
8. Secar o material com pano limpo;
9. Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro necessidade de reposição;
10. Colocar o material seco em imersão no hipoclorito à 1% -em caixa fechada -por 30 minutos, registrando em formulário o horário de início do processo;
11. Enxaguar o material em água corrente, secar e armazenar em local fechado e limpo;
12. Manter a sala limpa, organizada e abastecida, verificando diariamente a validade dos medicamentos;
13. Ao final do expediente retirar os extensores e proceder a limpeza e desinfecção conforme rotina das mascaras de inalação, desprezar o hipoclorito de sódio e lavar a caixa;

14. Anotar a validade do hipoclorito.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO : POP-045	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023	DATA DE REVISÃO: 01/10/2025
SALA DE PROCEDIMENTOS (SUTURA, ETC)		
EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem		
Área Assistência à Saúde		
Objetivo Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de procedimentos.		
Passos: 1. Organizar a sala; 2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão; 3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal; 4. Checar o volume, vazamento e funcionamento do cilindro de oxigênio, e verificar chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro; 5. Repor e checar materiais e medicamentos; 6. Executar os procedimentos conforme prescrição médica e/ou do enfermeiro, checando na própria receita e/ ou prontuário com data, horário, COREN e nome legível e preenchendo boletim de produção; 7. Manter a sala limpa, organizada e abastecida.		

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-046

**DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/2023**

**DATA DE REVISÃO:
01/10/2025**

SALA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem

Área : Assistência à Saúde

Objetivo: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de urgência e emergência.

Passos:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão e a cada paciente pós-alta;
3. Solicitar ao zelador que realize limpeza terminal sempre que houver atendimento de urgência;
4. Checar funcionamento dos equipamentos -aspirador, cilindro de oxigênio, chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro;
5. Checar medicação e material de urgência, conforme padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde, diariamente. Solicitar reposição após uso;
6. Manter a sala limpa, organizada e abastecida

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-047

**DATA DE VALIDAÇÃO :
01/10/2023**

**DATA DE REVISÃO:
01/10/2025**

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros

Área : Assistência à Saúde

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

Passos:

MATERIAIS

1. Seringa.
2. Agulha 40x15.
3. Agulha 25x6.
4. Algodão.
5. Álcool.
6. Garrote.
7. Fita crepe para identificação.
8. Bandeja.
9. Luva de procedimento.
10. Medicamento prescrito.
11. Abocath no nº adequado.
12. Esparadrapo/ micropore.
13. Soro.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Selecionar a ampola, observando nome, validade, alteração de cor e presença de Resíduos.

Escolher seringa de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrado.

Lavar as mãos.

Fazer assepsia nas ampolas com auxílio do algodão e álcool 70%.

Abrir a seringa e conectar a agulha 40x12.

Preparar medicação, conforme técnica descrita.

Explicar ao paciente o que será realizado.

Calçar as luvas.

Selecionar veia de grande calibre para punção, garrotear o braço do paciente.

Realizar antissepsia do local escolhido.

Posicionar seringa bisel voltado para cima e proceder a punção venosa.

Soltar o garrote.

Administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas.

Retirar a seringa e pressionar o algodão no local da punção.

Lavar as mãos.

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

Registrar procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho em ordem.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>	
<p>NÚMERO : POP-048</p>	<p>DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023</p>	<p>DATA DE REVISÃO: 01/10/2025</p>
<p>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA</p>		
<p>EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e enfermeiros</p>		
<p>Área : Assistência à Saúde</p>		
<p>Objetivo</p> <p>Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem</p>		
<p>MATERIAIS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Copo nebulizador. 2. Màscara. 3. Medicação prescrita. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos com técnica adequada. 2. Preparar a medicação prescrita no copo nebulizador, observando a dose, via, nome paciente, Data. 3. Explicar o procedimento ao paciente. 4. Ligar o copo nebulizador à extensão de látex acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio, conforme prescrição. 5. Regular o fluxo (5 a 10 litros/ min). 6. Orientar o paciente a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento. 7. Ao término, oferecer papel toalha para o paciente secar a umidade do rosto. 8. Colocar copo e màscara de nebulização para lavagem e desinfecção. 9. Lavar as mãos. 10. Anotar, assinar e carimbar em prontuário/ receituário, comunicando médico prescritor, caso haja necessidade de avaliação após procedimento. 11. Anotar na planilha de produção. 12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado. 		

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO : POP-049	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023	DATA DE REVISÃO: 01/10/2025
ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA		
EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e enfermeiros		
Àrea : Assistência à Saúde		
Objetivo Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem		
MATERIAIS: <ol style="list-style-type: none"> 1. Seringa 1 ml. 2. Agulha 10 x 5mm ou 13 x 4,5mm. 3. Solução prescrita. 4. Bandeja. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente. 2. Lavar as mãos 3. Preparar medicação conforme técnica já descrita. 4. Orientar o paciente sobre procedimento. 5. Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura): a face anterior do antebraço é o local mais utilizado. 6. Fazer a antisepsia da pele com água e sabão caso seja necessário. O álcool 70% não é indicado, para não interferir na reação da droga. 7. Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o indicador. 8. Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça. 9. Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo, até introduzir toda a dose. 10. Retirar o polegar da extremidade do êmbolo e a agulha da pele. 11. Não friccionar o local. 12. Desprezar os materiais perfuro-cortantes em recipiente adequado. 13. Lavar as mãos. 14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar. 15. Registrar procedimento em planilha de produção. 		

16. Manter ambiente de trabalho em ordem.

Imediatamente após a injeção, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO : POP-049	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023	DATA DE REVISÃO: 01/10/2025
ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)		
EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e enfermeiros		
Área : Assistência à Saúde		
Objetivo Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem		
MATERIAIS 1. Seringa -conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml.). Agulha -comprimento/ calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado. 3. Algodão. 4. Álcool 70%. 5. Bandeja. 6. Medicação prescrita. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1. Checar prescrição medicamentosa (data, dose, via, nome paciente). 2. Lavar as mãos com técnica adequada. 3. Preparar injeção, conforme técnica já descrita. 4. Orientar o paciente sobre o procedimento 5. Escolher local da administração. 6. Fazer antisepsia da pele com algodão/ álcool. 7. Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar. 8. Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo. 9. Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento). 10. Injetar o líquido lentamente. 11. Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme.		

12. Fazer leve compressão no local.
13. Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado (caixa resíduo-perfuro-cortante).
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar
16. Realizar anotações em planilhas de produção.
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÕES:

Locais de aplicação:

O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. Na seleção do local deve-se considerar o seguinte:

- Distância em relação a vasos e nervos importantes;
- Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;
- Espessura do tecido adiposo;
- Idade do paciente;
- Irritabilidade da droga;
- Atividade do paciente.

Dorsoglútea (DG):

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

Ventroglútea (VG):

1. Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal.
2. Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente.
3. Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior direita.
4. Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca.
5. Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador em triângulo.

Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Face Vasto Lateral da Coxa:

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

Deltóide:

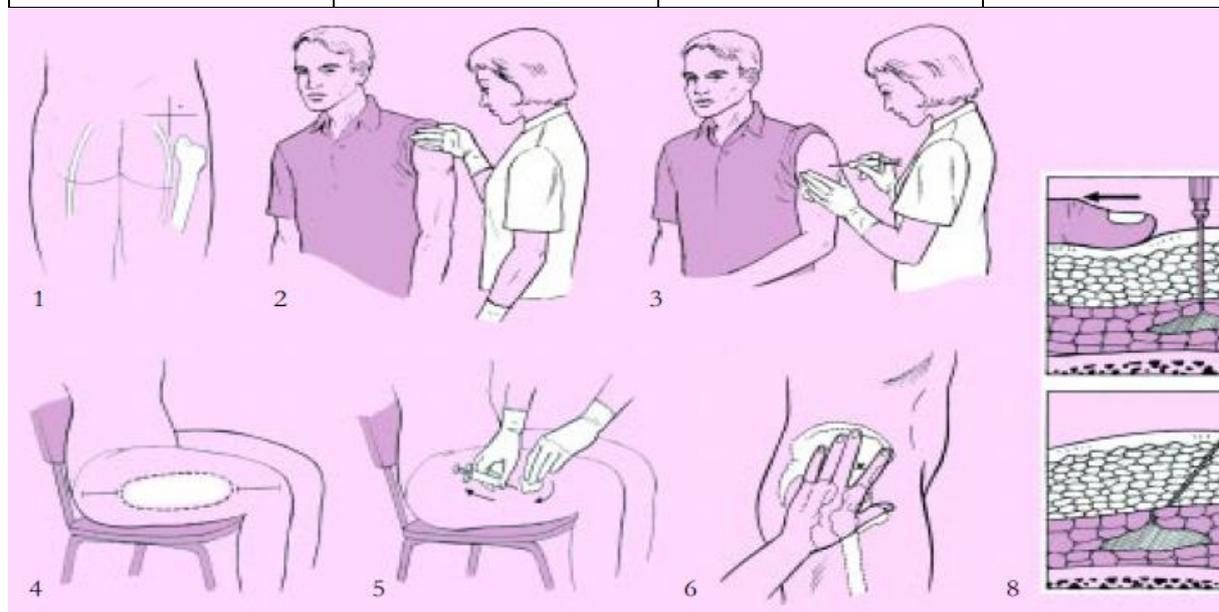
- Paciente poderàficar sentado ou decúbito lateral.
- Localizar músculo deltóide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicação no centro do triângulo imaginário.

Escolha correta do ângulo:

- Vasto lateral da coxa :ângulo 45 em direção podàlica.
- Deltóide :ângulo 90°.
- Ventroglúteo :angulação dirigida ligeiramente à crista íliaca.
- Dorso glúteo :ângulo 90°.

Escolha correta da agulha

FAIXA ETÀRIA	ESPESSURA SUBCUTÂNEA	SOLUÇÃO AQUOSA	SOLUÇÃO OLEOSA OU SUSPENSÃO
ADULTO	Magro Normal Obeso	25 x 6/7 30 x 6/7 30 x 8	25 x 8 30 x 8 30 x 8
CRIANÇA	Magro Normal Obeso	20 x 6 25 x 6/7 30 x 8	20 x 6 25 x 8 30 x 8



Fonte: Google imagens

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>	
<p>NÚMERO : POP-051</p>	<p>DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023</p>	<p>DATA DE REVISÃO: 01/10/2025</p>
<p>ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA OCULAR</p>		
<p>EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e enfermeiros</p>		
<p>Área : Assistência à Saúde</p>		
<p>Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem</p>		
<p>MATERIAIS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Colírio ou pomada oftalmológica. 2. Gaze. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <p>Apresentação: Colírio</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Checar prescrição (data, nome do paciente, dose, apresentação,). 2. Separar medicação prescrita. 3. Lavar as mãos. 4. Orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para trás. 5. Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente. 6. Pedir para o paciente olhar para cima e pingar a medicação no centro da membrana conjuntiva. 7. Orientar o paciente a fechar a pálpebra. 8. Lavar as mãos. 9. Anotar data, nome, horário de execução do procedimento. 10. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar. 11. Anotar na planilha de produção. 12. Manter ambiente limpo e organizado. <p>Apresentação: pomada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Com o auxílio da gaze, afastar a pálpebra inferior, apoiando a mão na face do paciente e colocar com o próprio tubo a pomada. 2. Pedir para o paciente fechar os olhos. 3. Proceder a leve fricção sobre a pálpebra inferior 		

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-052

**DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/2023**

**DATA DE REVISÃO:
01/10/2025**

ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA ORAL

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e enfermeiros

Área : Assistência à Saúde

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS:

1. Copo descartável/ graduado.
2. Medicação.
3. Conta gotas.
4. Bandeja.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e apresentação.
2. Lavar as mãos.
3. Separar a medicação evitando tocar as mãos nos comprimidos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar.
4. Em caso de líquido agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado, ou conta gotas.
5. Explicar o procedimento ao paciente.
6. Oferecer a medicação.
7. Certificar-se que o medicamento foi deglutido.
8. Lavar as mãos.
9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
10. Anotar na planilha de produção.
11. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

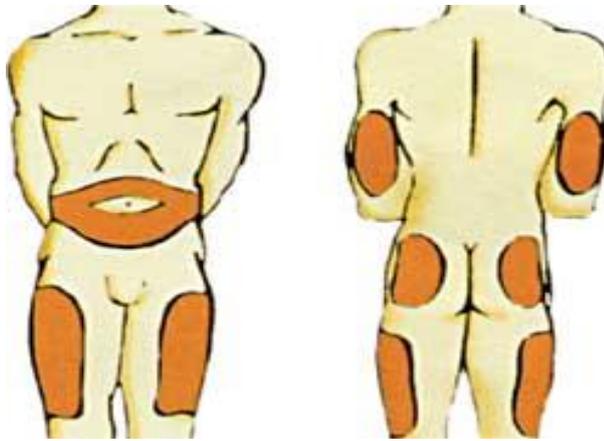
 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO : POP-053	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023	DATA DE REVISÃO: 01/10/2025
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA (SC)		
EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e enfermeiros		
Área : Assistência à Saúde		
Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem		
<p>MATERIAIS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seringa de 1ou 3 ml. 2. Agulha 10x5, 20x6. 3. Álcool 70%. 4. Algodão. 5. Bandeja. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente. 2. Lavar as mãos. 3. Preparar medicação, conforme técnica descrita. 4. Orientar paciente sobre o procedimento. 5. Escolher o local da administração. 6. Fazer antisepsia da pele com algodão/ álcool 70%, de cima para baixo. 7. Firmar com o dedo polegar e indicador o local da administração. 8. Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo de 90°. 9. Aspirar, observando se atingiu algum vaso sanguíneo. 10. Injetar o líquido lentamente. 11. Retirar a seringa/agulha num movimento único e firme. 12. Fazer leve compressão no local com algodão. 13. Desprezar material perfuro-cortante em recipiente apropriado. 14. Lavar as mãos. 15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar. 16. Registrar procedimento em planilha de produção. 17. Manter ambiente de trabalho em ordem. <p>OBSERVAÇÕES:</p> <p>A. Na administração de insulina não realizar massagem após aplicação, para evitar a absorção rápida.</p> <p>B. Locais de aplicação:</p>		

Região deltóide no terço proximal.

Face superior externa do braço.

Face anterior da coxa.

Face anterior do antebraço.



fonte: google imagens

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-054

**DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/2023**

**DATA DE REVISÃO:
01/10/2025**

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

EXECUTANTE: Enfermeiros

Área : Assistência à Saúde

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas estéreis.
2. Sonda uretral estéril descartável.
3. PVPI tópico.
4. Compressas de gaze estéril.
5. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).
6. Campo fenestrado.
7. Lençol.
8. Frasco para coleta de urina se necessário.
9. Lidocaína gel.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Paciente do sexo feminino

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

11. Secar a área, tornar o paciente confortável.

Paciente do sexo masculino

1. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.

2. Realizar a assepsia com PVPI tópico e gaze estéril em movimentos únicos da base do pênis até o púbis, e após da base do pênis até raiz da coxa, bilateralmente.

Após, da glande até a base, e por último em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.

3. Usar as luvas estéreis, introduzir a sonda dentro da uretra até que a urina flua.

4. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.

5. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.

6. Secar a área, tornar o paciente confortável.

7. Lavar as mãos.

8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar

9. Registrar procedimento em planilha de produção.

10. Manter ambiente de trabalho em ordem

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO : POP-055	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023	DATA DE REVISÃO: 01/10/2025
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		
EXECUTANTE: Enfermeiros		
Área : Assistência à Saúde		
Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem		
<p>MATERIAIS NECESSÁRIOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Luvas estéreis. 2. Sonda folley estéril descartável. 3. PVPI tópico. 4. Compressas de gaze estéril. 5. Lidocaína gel. 6. Coletor de urina de sistema fechado. 7. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron). 8. Seringa de 20 ml. 9. Água destilada -ampola. 10. Campo fenestrado. 11. Lençol. <p>DESCRIÇÃO DO PROCESSO</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente do sexo feminino</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar a paciente confortavelmente. 2. Lavar as mãos. 3. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível. 4. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados. 5. Calçar as luvas estéreis. 6. Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado; mantendo-os afastados, até que o cateterismo termine. 7. Realizar antisepsia da região perineal com PVPI tópico e gaze estéril com movimentos únicos: Horizontalmente, do meato até monte de Vênus. A seguir, verticalmente do meato até final da comissura labial posterior, inicialmente sobre grandes lábios, após entre grandes e pequenos lábios e, por último, em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora. 		

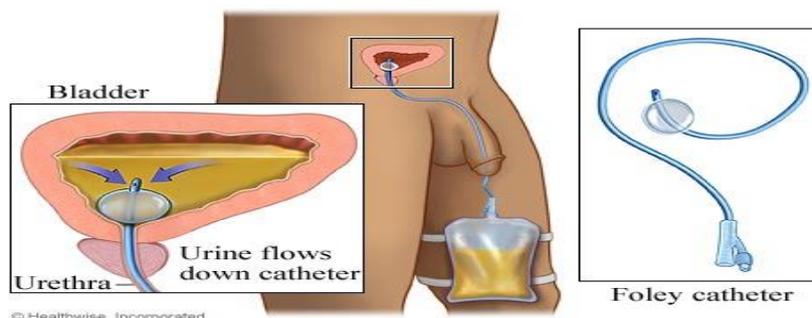
8. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
9. Introduzir a sonda pré-conectada a um coletor de drenagem de sistema fechado, bem lubrificada por 5 a 7 cm no meato uretral, utilizando técnica asséptica estrita.
10. Tracionar suavemente a sonda até sentir resistência.
11. Insuflar o balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml), certificando-se de que a sonda está drenando adequadamente.
12. Fixar a sonda de demora, prendendo-a juntamente com o equipo de drenagem na coxa.
13. Secar a área e manter paciente confortável.
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
16. Registrar procedimento em planilha de produção.
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

□ Paciente do sexo masculino

1. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
2. Realizar a antisepsia com PVPI tópico e gaze estéril em movimentos únicos da base do pênis até o púbis, e após da base do pênis até raiz da coxa, bilateralmente. Após, da glande até a base, e por último em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.
3. Introduzir a sonda dentro da uretra quase até sua bifurcação, até que a urina flua.
4. Quando a resistência é sentida no esfíncter externo, aumentar discretamente a tração do pênis e aplicar pressão suave e contínua sobre a sonda. Pedir para que o paciente faça força (como se estivesse urinando), para ajudar a relaxar o esfíncter.
5. Insuflar balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml).
6. Fixar a sonda de demora, prendendo-a abaixo do umbigo na vertical.
7. Secar a área e manter paciente confortável.
8. Lavar as mãos.
9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
10. Registrar procedimento em planilha de produção.
11. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÃO:

Trocar a sonda de demora e a bolsa coletora a cada 7 dias ou quando necessário após avaliação médica ou do enfermeiro.



Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>	
<p>NÚMERO : POP-056</p>	<p>DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023</p>	<p>DATA DE REVISÃO: 01/10/2025</p>
<p align="center">COLETA DE TESTE DO PEZINHO</p>		
<p>EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros</p>		
<p>Área : Assistência à Saúde</p>		
<p>Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem</p>		
<p>MATERIAL:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Luvas de procedimento. 2. Álcool a 70%. 3. Gaze ou algodão. 4. Lanceta com ponta triangular. 5. Cartão específico para a coleta. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recepcionar a família, orientando-a sobre o exame. 2. Preencher os formulários, livros de registros e cartão de coleta, checando todas as informações com a família. 3. Solicitar à mãe que permaneça em pé e segure a criança na posição vertical. 4. Lavar as mãos. 5. Envolver o pé e o tornozelo da criança, com o dedo indicador e o polegar, mantendo-o fletido, deixando exposto apenas o calcanhar. 6. Massagear o calcanhar do bebê suavemente. 7. Fazer antissepsia no local, com algodão e álcool a 70%. 8. Secar o excesso de álcool. 9. Puncionar o local, com movimento firme e contínuo (sentido quase perpendicular a superfície da pele). 10. Desprezar a primeira gota, limpando-a com algodão ou gaze seca. 11. Encostar levemente o verso do papel de filtro, na direção do círculo, a partir da segunda gota, fazendo leves movimentos circulares. 12. Repetir o procedimento até preencher os quatro círculos. 13. Ao término da coleta deitar a criança no colo ou na maca, comprimir o local com algodão ou gaze. 		

14. Desprezar a lanceta no lixo para perfuro-cortante.
15. Colocar a amostra para a secagem por período de 3 a 4 horas.
16. Lavar as mãos.
17. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
18. Registrar o procedimento em planilha de produção.
19. Manter a sala em ordem.

Observações:

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

Observações: Código para inserir no envelope 0075.988.712. O correio envia para Curitiba nas segundas, quartas e sextas até as 10:45hrs

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

 <p>CANDÓI PREFEITURA MUNICIPAL <i>Avante com amor e trabalho!</i></p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>	
<p>NÚMERO : POP-057</p>	<p>DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023</p>	<p>DATA DE REVISÃO: 01/10/2025</p>
<p style="text-align: center;">CURATIVO</p>		
<p>EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros</p>		
<p>Área : Assistência à Saúde</p>		
<p>Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem</p>		
<p>MATERIAL:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacote de curativo (pinça Kelly, pinça dente de rato, pinça anatômica e ou pinça mosquito). 2. Soro fisiológico (0,9%), água tratada ou fervida. 3. Agulha 40/12 ou 25/8. 4. Seringa 20 ml. 5. Gaze, chumaço. 6. Luva de procedimento ou estéril se necessário. 7. Cuba estéril ou bacia plástica. 8. Cobertura ou produto tópico prescrito (cremes, pomadas, hidrocolóides, etc.). 9. Espadrapo, fita adesiva e "micropore" ou similar. 10. Faixa crepe de 8 ou 15cm (atadura). 11. Tesoura (Mayo e Iris). 12. Cabo de bisturi e lâmina de bisturi. <p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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: <p>Lesões fechadas:</p> <p>Incisão simples:</p> <p>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.</p>		

Proceder a limpeza da incisão de dentro para fora, sem voltar ao início da lesão.

Secar a incisão de cima para baixo.

Ocluir com gaze, chumaço ou outro curativo prescrito.

Fixar com micropore.

Trocar o curativo a cada 24 horas ou sempre que estiver saturado (úmido).

Manter a incisão aberta se estiver limpa e seca no período de 24 a 48 horas após o procedimento cirúrgico.

Incisão com pontos subtotais:

Remover a cobertura anterior.

Lavar todos os pontos subtotais, introduzindo soro fisiológico no interior de cada ponto, com auxílio de seringa e agulha, colocando gaze do lado oposto para reter a solução.

Proceder a limpeza como descrita para lesões simples. Proteger a área central com gaze seca ou chumaço.

Fixar com micropore.

Manter o curativo ocluído enquanto houver exsudação.

Realizar troca a cada 24 horas ou sempre que estiver saturado.

Lesões abertas:

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 úlcera úmido.

Manter a área ao redor da úlcera sempre seca, evitando a maceração e facilitando a fixação da cobertura.

9. Lavar as mãos.

10. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar

11. Registrar o procedimento em planilha de produção.

12. Manter a sala em ordem.

Observações:

A. A prescrição do curativo é privativa do enfermeiro e do médico.

B. A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita através de irrigação com jato de soro fisiológico morno, com seringa de 20 ml e agulha 40x12 ou 25x8, ou ainda frasco de soro perfurado de diferentes maneiras.

C. Proteger sempre as úlceras com gazes, compressas, antes de aplicar uma atadura.

D. Não apertar demais a atadura, devido ao risco de gangrena, por falta de circulação.

E. Iniciar o enfaixamento sempre, no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro.

F. Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada.

G. Trocar o curativo com gaze a cada 24 horas ou quando estiver úmido, sujo ou solto.

H. 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.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-058

**DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/2023**

**DATA DE REVISÃO:
01/10/25**

ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

Área : Assistência à Saúde

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS:

1. Cateter nasal nº adequado conforme avaliação prévia ou máscara.
2. Gaze.
3. Esparadrapo/ micropore.
4. Intermediário.
5. Umidificador.
6. Oxigênio canalizado ou em torpedo.
7. Bandeja.
8. Água filtrada.
9. Luvas de procedimento.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar prescrição
2. Lavar as mãos com técnica adequada.
3. Preparar o umidificador com água enchendo com 2/3 de sua capacidade.
4. Reunir todo material.
5. Orientar o paciente quanto ao procedimento, deixá-lo em posição confortável (cabeceira elevada 30-45°).
6. Conectar o cateter ao intermediário de borracha, e ao umidificador já montado.
7. Medir a distância do cateter entre a ponta do nariz e o lóbulo da orelha, identificando com esparadrapo para saber até que ponto o cateter será introduzido (cateter "tipo óculos" - não há necessidade deste procedimento).
8. Colocar as luvas conforme técnica adequada.
9. Introduzir o cateter até local marcado.
10. Fixar o cateter com esparadrapo/ micropore sobre a testa ou face do paciente, garantindo que o mesmo sinta-se confortável.
11. Colocar o número de litros de O₂ conforme prescrição.

12. Observar reações do paciente.
13. Retirar as luvas, desprezando em lixo contaminado.
14. Lavar as mãos.
15. Anotar data, nome, horário do procedimento e anotações necessárias quanto a condições do paciente (presença de cianose, retração de fúrcula esternal intercostal...) e evolução do quadro, comunicando médico solicitante também verbalmente quando necessário.
16. Assinar e carimbar
17. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
NÚMERO : POP-059	DATA DE VALIDAÇÃO: 01/10/2023	DATA DE REVISÃO: 01/10/2025
PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÃO PARENTERAL (SOROTERAPIA)		
EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros		
Área : Assistência à Saúde		
Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem		
<p>MATERIAIS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seringa descartável apropriada à via de administração e volume. 2. Agulha descartável apropriada. 3. Algodão. 4. Álcool 70%. 5. Bandeja. 6. Medicação. 7. Cateter Teflon. 8. Scalp. 9. Garrote (endovenosa). 10. Esparadrapo (venoclise). <p>DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Checar prescrição medicamentosa. 2. Separar medicação a ser preparada. 3. Lavar as mãos com técnica adequada. <p>AMPOLA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agitar a ampola, limpar o gargalo com algodão embebido em álcool 70°. 2. Montar a seringa/agulha com técnica adequada. 3. Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze para apoio e proteção dos dedos. 4. Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio da mão, e com a outra pegar a seringa e introduzir cuidadosamente dentro da ampola sem tocar as bordas externas, com o bísel voltado para baixo, em contato com o líquido. 5. Aspirar a dose prescrita. 6. Deixar a seringa/ agulha para cima em posição vertical, expelindo todo o ar que tenha penetrado. 7. Proteger a agulha com protetor próprio. 8. Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado. 9. Identificar com nome do paciente, via de administração e colocar na bandeja. 		

FRASCO -LIÓFILO

1. Retirar o lacre metálico superior, limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70°.
2. Preparar a ampola diluente conforme técnica anterior.
3. Montar seringa/agulha, usando agulha de maior calibre.
4. Retirar a seringa, protegendo a agulha.
5. Realizar rotação de frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma.
6. Colocar ar na seringa na mesma proporção e quantidade de líquido injetado no frasco.
7. Erguer o frasco verticalmente, logo após a introdução do ar, aspirando a dose prescrita.
8. Retirar o ar da seringa.
9. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente, líquido e via de administração.
10. Desprezar material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
11. Identificar a seringa com nome do paciente e via de administração, colocar na bandeja.

FRASCO-AMPOLA

1. Retirar o lacre metálico superior, limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70°.
2. Montar seringa/agulha.
3. Colocar ar na seringa na mesma proporção da quantidade do líquido a ser aspirado.
4. Erguer o frasco verticalmente, logo após a introdução do ar, aspirar a dose prescrita.
5. Retirar o ar da seringa.
6. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente, líquido e via de administração.
7. Desprezar material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
8. Identificar com nome do paciente, via de administração e colocar na bandeja.

OBSERVAÇÃO:

A. Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, data e horário da diluição.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-060

**DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/2023**

**DATA DE REVISÃO:
01/10/2025**

SONDAGEM NASOGÁSTRICA

EXECUTANTE: Enfermeiros

Área : Assistência à Saúde

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS:

1. Sondas nasogástricas.
2. Lubrificante hidrossolúvel.
3. Aspirador, quando prescrito.
4. Toalha, lenço de papel.
5. Cuba rim.
6. Copo de água.
7. Esparadrapo hipoalergênico.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Explicar ao paciente o procedimento.
2. Solicitar ao paciente que respire pela boca e engolir.
3. Colocar o paciente em posição sentada ou semi-sentado.
4. Remover dentaduras se necessário; colocar cuba rim e toalhas de papel ao alcance do paciente.
5. Selecionar o número da sonda de acordo com o diâmetro da narina do paciente.
6. Lavar as mãos e calçar as luvas descartáveis
7. Medir a sonda: distância do lóbulo da orelha à ponta do nariz e daí ao apêndice xifóide e marcando-a neste local.
8. Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína geléia.
9. Solicitar ao paciente que permaneça com o queixo próximo ao peito, se necessário, auxiliá-lo.
10. Introduzir a sonda pela narina do paciente fazendo movimentos para cima e para trás.
11. Após a sonda passar pela orofaringe, solicitar ao paciente que faça movimento de deglutição.
12. Introduzir até a marcação realizada anteriormente.
13. Comprovar localização da sonda pela injeção de ar (cerca de 20 ml no adulto e 5 a

10 ml na criança) realizando ausculta da região epigástrica, com objetivo de ouvir ruído brusco e borbulhante, também se pode confirmar o posicionamento da sonda aspirando-se o conteúdo gástrico.

14. Fixar a sonda no nariz ou maxilar do paciente.

15. Retirar as luvas.

16. Lavar as mãos.

17. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar

18. Registrar o procedimento em planilha de produção.

19. Manter a sala em ordem.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-061

**DATA DE VALIDAÇÃO :
01/10/2023**

**DATA DE REVISÃO:
01/10/2025**

TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

Área : Assistência à Saúde

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS:

1. Luvas de procedimento
2. Bolsa indicada ao paciente.
3. Placa
4. Compressas de gaze ou papel higiênico.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Receber o paciente com atenção.
2. Manter o paciente relaxado em posição confortável, mantendo privacidade.
3. Lavar as mãos.
4. Calçar as luvas de procedimentos.
5. Remover a bolsa, tencionando levemente a pele para baixo, enquanto levanta a placa.
6. Descartar a bolsa suja e a placa e o saco plástico; guardar o clamp para reutilização.
7. Limpar a pele, utilizando papel higiênico ou compressa de gaze, para remover as fezes.
8. Lavar e secar a pele por completo, depois de limpar. É normal que o estoma sangre discretamente durante a limpeza e secagem.
9. Aplicar a placa, utilizando guia de medição ou padrão para determinar o tamanho do estoma.
10. Marcar o tamanho correto sobre a parte posterior da placa e cortar conforme o tamanho do estoma (é aceitável cortar cerca de 0,5 cm maior que o tamanho do estoma).
11. Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal.
12. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa de acordo com as orientações do fabricante.
13. Aplicar o fechamento na parte posterior da bolsa com o clamp.
14. Retire as luvas.
15. Lave as mãos.
16. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar

17. Registrar o procedimento em planilha de produção.

18. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÃO:

A. A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes.

B. Orientar o paciente para eliminar o gás através da abertura do clamp

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO: POP-062

DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/2023

DATA DE REVISÃO:
01/10/2025

SALA URGENCIA E EMERGENCIA

EXECUTANTE: Auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros e medicos

Área : Assistência à Saúde

Objetivo: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de urgência e emergência. Contribuir para que, através da padronização dos procedimentos, todos os usuários da Rede Municipal de Saúde tenham acolhimento adequado aos padrões de qualidade e humanização.

Passos:

1 Abordagem primaria:

- a) Vias áreas + controle de coluna cervical
- b) PPPH - padrão respiratório
- c) Controle circulatório
- d) Avaliação neurológica
- e) Exposição + controle de hipotermia

2 .Diretrizes Normativas

Nº	Ação (O que?)	Atribuição (Quem?)	Informações Complementares (Como?)
01	Acolher o paciente	Tecnico de Enfermagem	Na sala de emergência, juntamente com o acompanhante, se for o caso.Encaminhar para abertura da ficha de atendimento
02	Coletar os dados clínicos para classificação de risco;	Enfermeiro	Solicitar as informações para o paciente ou seu acompanhante e realizar sua classificação de risco (POP 37)



03	É emergência?	Não 4	Sim 5	Enfermeiro	-
04	Encaminhar para consulta eletiva.	Fim		Equipe de enfermagem	Orientar para consulta médica eletiva.
05	Realizar abordagem primária			Enfermeiro	Posicione o paciente em maca e proceda conforme procedimentos técnicos afins
06	Solicitar atendimento médico			Equipe de Enfermagem	Encaminhar para atendimento médica na UBS, plantões, encaminhar para o Hospital Referência de atendimento médico.
07	Realizar atendimento clínico Emergencial			Médico e equipe de enfermagem	Avaliação; - Prescrição; - Encaminhamento;
08	Preencher os registros de atendimento;			Medico e Enfermeiro	Registrar em ATA de plantão e prontuário do paciente
09	Executar os procedimentos de rotina de urgência.			Equipe de Enfermagem	Pop-041

3. Disposições Gerais

Orientar o acompanhante para ir até a recepção e abrir a ficha de atendimento. Caso não tenha, solicitar a presença de um funcionário para pegar os dados com o paciente para abri-la. Caso o paciente não esteja em condições de responder ou entregar documentos, o funcionário abrirá uma ficha provisória (manual) para que o atendimento ocorra.

4 Encaminhamento de pacientes

Técnico da sala de urgência/emergência deve acompanhar o paciente à avaliação médica devidamente acompanhada pelos registros pertinentes ao mesmo.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

ÁREA 03
SEGURANÇA DO PACIENTE



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-063

DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/2023

DATA DE REVISÃO:
01/10/2025

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

EXECUTANTE: Todos os profissionais envolvidos no cuidado

Área : Segurança do paciente

Objetivo: Atender a meta internacional de Segurança de Identificação do Paciente respaldada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente e garantir a correta identificação do usuário, a fim de reduzir a ocorrência de eventos adversos

Materiais

Cartão SUS, CPF, quando menor de idade, apresentar certidão de nascimento. No caso de transgêneros fazer o uso do nome social. Em situações onde a identidade do paciente não estiver disponível ou não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes, como sexo e raça.

Processo	Recursos Humanos Envolvidos	Descrição do processo
Exigir cartão SUS e CPF	Recepção	1-Solicitar ao paciente e/ou acompanhante que confirme os dados - nome completo ou nome social, nome da mãe e data de nascimento (solicitar no mínimo dois identificadores).****solicitar em todos os atendimentos
Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado e na dispensação de medicamentos e insumos	Todos profissionais envolvidos no cuidado	1-Apresentar-se ao paciente; 2-Ao executar o cuidado deve-se conferir os dados com paciente ou seu acompanhante, perguntando-lhe o nome completo ou nome social e nome da mãe ou data de nascimento.

Urgência/emergência	Todos profissionais envolvidos no cuidado	Nos casos de pacientes/vítimas sem documentação, identificá-los com características físicas (sexo, raça, cicatrizes, tatuagens), ficando de responsabilidade do serviço social realizar busca ativa de informações.
---------------------	---	---

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-064

DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/2023

DATA DE REVISÃO:
01/10/2025

SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

EXECUTANTE: Todos os profissionais envolvidos no cuidado

Área : Segurança do paciente

Objetivo: Seguir os treze certos na administração de medicamentos ("prescrição certa", "paciente certo", o "medicamento ou vacina certa", "validade certa", "forma e apresentação certa", "dose certa", "compatibilidade certa", "orientação ao paciente certo" "via certa" à "hora certa", "tempo de administração certo", "ação certa" e "registo certo")

Passos:

Solicitar ao usuário ou acompanhante a confirmação dos dados de identificação em receiturário antes da administração do medicamento

Orientar o uso da medicação com clareza e certificar-se do entendimento do usuário e/ou família. Sugestão: Usar a técnica ensinar de volta.

Dupla Checagem

Prescrição correta

Todos os medicamentos devem ser prescritos no prontuário eletrônico, inclusive as intercorrências. Medicamentos prescritos, se necessário, devem ter indicação clara - ex.: se dor, se febre, se hiperglicemia e conter as informações do paciente:

Nome completo do paciente;

Data de nascimento;

Número do atendimento;

Número da prescrição;

Data atualizada.

Paciente certo

Conferir sempre nome completo e data de nascimento.

Medicamento certo

Verifique atentamente qual o medicamento está prescrito e se o paciente não possui algum tipo de alergia ao composto. Leia o rótulo do medicamento com atenção (nome, validade, conservação...). Rotule seringas e frascos de medicamentos e tenha bastante atenção para alergias.

Armazene os medicamentos no local correto, identificando-os corretamente.
Medicação com nome e/ou aparência semelhante: armazenar em locais separados quando possível

Validade certa

Observe a data de validade antes de administrar o medicamento.

Forma / apresentação certa

Sempre verifique se o medicamento está na sua forma de apresentação correta.

Dose certa

Observe com atenção a dose prescrita, como por exemplo, paracetamol 750 mg 1 comprimido via oral de 8/8 horas.

Compatibilidade certa

Veja se a medicação administrada é compatível com outra que o paciente já recebe, pois existem algumas drogas que não podem ser administradas juntas.

Orientação ao paciente

Comunique o paciente quando você for medicá-lo, avisando qual é o medicamento e a via, pois é um direito do mesmo saber o que está recebendo.

Via de administração certa

Atente-se à qual via de administração do medicamento conforme prescrição médica, pois alguns medicamentos possuem diversas vias de administração.

Horário certo

Deve-se administrar o medicamento no horário correto, para que o tratamento seja mais eficaz. Identifique prioridades e estimule o uso de horários ímpares (atenção para aprazamento de diversos medicamentos no mesmo horário). Garanta que o intervalo prescrito é suficiente para obter os resultados esperados no mesmo horário. Considere o preparo para exames (jejum).

Tempo de administração certo

É de extrema importância que o medicamento seja infundido no tempo certo, pois existem alguns medicamentos que precisam de um tempo X para fazer o efeito esperado, como por exemplo, os antibióticos.

Ação certa

Deve-se observar se o paciente não irá apresentar uma reação adversa ao medicamento durante sua administração, para que seja atendido o mais rápido possível.

Registro certo

Importante que seja registrado no prontuário do paciente o medicamento administrado, com a hora, a dose e a via e se o paciente apresentou alguma reação durante o tratamento.

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-065

**DATA DE VALIDAÇÃO :
01/10/2023**

**DATA DE REVISÃO:
01/10/2025**

PREVENÇÃO DE QUEDAS

EXECUTANTE: Todos os profissionais envolvidos no cuidado

Área : Segurança do paciente

Objetivo: Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

PROCESSO	RECUROS HUMANOS ENVOLVIDOS	DESCRIÇÃO DO PROCESSO
Orientação sobre o risco de queda		1 - Realizar orientação do risco de queda durante a permanência na unidade. 2 - Orientar pacientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais.
Identificação e redução de fatores de risco para quedas		1 - Identificar os seguintes fatores: pisos inadequados, mobiliário (cadeiras, grade de proteção), iluminação insuficiente, obstáculos na área de circulação (equipamentos, materiais e entulho, imobiliários, degraus), movimentação segura dos pacientes, falta de acessibilidade, falta de sinalização(durante limpeza, portas de vidro). 2 - Reduzir os fatores de risco identificados através de ações como: •

		<p>Sinalizações (porta de vidro, degraus, pisos molhados, materiais e/ou equipamentos com defeitos); • Mudança de mobiliários; • Adequar iluminação e; • Treinamento com equipe de limpeza.</p>
<p>Segurança do paciente durante a assistência de enfermagem</p>		<p>- Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação; 3 - Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala); 4 - Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante; 5 - Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais e alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda. 6 - Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída</p>

		<p>(grades e degraus); 7 - Em caso de hipotensão postural - Orientar o paciente a levantar -se progressivamente (elevar a cabeça 30°, sentar -se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado; 8 - Avaliar risco psiquiátrico e psicológicos.</p>
<p>Segurança do paciente no domicílio</p>		<p>Garantir a segurança do paciente identificando fatores de risco para queda: a) Demográfico: crianças < 5 anos e idosos > 65 anos. b) Psico - cognitivos: declínio cognitivo, depressão ou ansiedade. c) Condições de saúde e presença de doenças crônicas: acidente vascular cerebral prévio, hipotensão postural, tontura, convulsão, síncope, dor intensa, baixo índice de massa corpórea, quadro de anemia, insônia, incontinência ou urgência miccional, incontinência ou urgência para evacuação, artrite, osteoporose, alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia). d) Funcionalidade: dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária, necessidade de dispositivo de auxílio à marcha; fraqueza muscular e articular, amputação de membros inferiores e</p>

		<p>deformidades nos membros inferiores. e) Comprometimento sensorial: visão , audição ou tato. f) Equilíbrio corporal: marcha alterada. g) Uso de medicamentos: Benzodiazepínicos, antiarrítmicos, antihistamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina e polifarmácia (uso de quatro ou mais medicamentos). h) Obesidade severa. i) História prévia de queda</p> <p>Realizar orientações ao paciente, familiares, cuidador</p>
--	--	---

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO : POP-066

DATA DE VALIDAÇÃO:
01/10/2023

DATA DE REVISÃO:
01/10/2025

ÚLCERA POR PRESSÃO

EXECUTANTE: Todos os profissionais envolvidos no cuidado

Área : Segurança do paciente

Objetivo: Promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele. A manutenção da integridade da pele dos pacientes acamados e/ou com a mobilidade restrita tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de úlcera por pressão (UPP) como para quaisquer outras lesões da pele.

Materiais: Conforme disponibilidade de materiais

Processo	Recursos Humanos Envolvido	Descrição do processo
Identificação de risco de úlcera por pressão de todos os pacientes acamados e com restrição de mobilidade.	Todos os profissionais de saúde	Identificar: a) mobilidade; b) incontinência; c) déficit sensitivo e; d) estado nutricional, incluindo desidratação (identificação visual e/ou referida).
Avaliação e aplicação de escala de risco de úlcera por pressão de todos os pacientes acamados e com restrição de mobilidade.	Equipe de assistência	Avaliar: a) mobilidade; b) incontinência; c) déficit sensitivo e; d) estado nutricional,
Atenção domiciliar: autocuidado e cuidadores.	Familiares, cuidadores, amigos e rede de apoio.	Utilizar de colchão especial ou de coxins, como colchão de espuma do tipo caixa de ovo ou colchão d'água; • Utilizar apoio (travesseiros, coxins ou espumas) na altura da panturrilha afim de erguer os pés e proteger os calcanhares; • Manter higiene corporal; • Hidratar diariamente a pele do paciente com hidratantes e

		umectantes e; • Manter nutrição adequada para favorecer a cicatrização dos tecidos
Atenção domiciliar: profissionais da assistência a saúde	Equipe de assistência	<p>Aplicar Escala de Braden • Seguir as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco: Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de Braden). 1- Seguir cronograma de mudança de decúbito (relógio anexo); 2- estimular e orientar a mobilização (ativa e passiva); 3-Proteção das proeminências ósseas; 4- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.</p> <p>Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden). 1-Continuar as intervenções do risco baixo; 2- Orientar mudança de decúbito com posicionamento a 30°. Risco alto (10 a 12 pontos na escala de Braden). 1-Continuar as intervenções do risco moderado; 2- Intensificar mudança de decúbito; 3- Utilizarcoxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°. Risco muito alto (\leq 9 pontos na escala de Braden). 1- Continuar as intervenções do risco alto; 2- Realizar manejo da dor.</p>

ESCALA DE BRADEN



Escala de Braden

Utilizada para avaliação do grau de risco de desenvolvimento de lesão por pressão.

Percepção Sensorial	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma Limitação
Umidade	1. Completamente Molhada	2. Muito Molhada	3. Ocasionalmente Molhada	4. Raramente Molhada
Atividade	1. Acamado	2. Confinado à cadeira	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente
Mobilidade	1. Totalmente imóvel	2. Bastante limitado	3. Levemente limitado	4. Não apresenta limitações
Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequado	3. Adequado	4. Excelente
Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema em potencial	3. Nenhum Problema	—
TOTAL	Risco Brando 15 a 16 pontos		Risco Moderado 12 a 14 pontos	Risco Severo Abaixo de 11 pontos

Elaborado por:

Enfermeira
Kellen V M Siqueira

Revisado por:

Enfermeira
Paolla Maia Mandu
Atenção Primária a
Saúde

Aprovado por:

Maria Fernanda
Copacheski Enfermeira
RT. Imunização

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M.E. Fundamentos de Enfermagem. Guanabara Koogan: São Paulo, 1989.
- ANGÊLO, F. T. O. POP Serviços farmacêuticos. Ebah, 2009. Disponível em: Acesso em: 23 de jul. 2012.
- BELO HORIZONTE. Manual de Normas e Rotinas Técnicas Central Distrital de Material Esterilizado SMSA/PBH. 119 p. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/esterilizacao.pdf>> Acesso em 17 jun.2018.
- 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. 126 p.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas para o Processamento de Materiais de Enfermagem/Médico/Odontológico.2014
- COLOMBO.Prefeitura Municipal.POP-procedimentos operacionais padrão para as unidades básicas de saúde.2012
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem, 2014. CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio [et al.]. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. - [Reimp.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. POP-procedimentos operacionais padrão para unidades básicas de saúde.2016
- NETTINA, Sandra M. Prática de Enfermagem. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016
- NETTO, P. A. Automonitorização glicêmica e monitorização contínua da glicose. Disponível em: Acesso em: 18 de dez. 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Métodos e critérios para o diagnóstico de diabetes mellitus. Diretrizes SBD. São Paulo, 2009.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2000. - SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C.A. Atlas fotográfico de Procedimentos de Enfermagem. Artmed: São Paulo, 2005.
- <http://www.consaude.org.br/wp-content/uploads/2014/01/protocolo-hrvr.pdf>
- <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/wp-content/uploads/sites/30/2017/03/20121213131717.pdf>
- RDC nº15 de 15/03/2012-ANVISA-Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
- SILVA, L.D.; PEREIRA, S.R.M.; MESQUITA, M.F. Procedimentos de Enfermagem: semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- STACCIARINI,T.S.G.;CUNHA.M.H.R. Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2014.