



MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DE ENFERMAGEM

**POLÍCIA
PENAL** **MINAS
GERAIS**

JUSTIÇA E
SEGURANÇA
PÚBLICA



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Enfermeiros responsáveis pela elaboração em 2016 e atualização em 2018

Aline Danielle Silva Pereira
Carlos Eduardo Prates Fonseca
Fernanda Mendes Amaral
Giséllia Caroline de Oliveira
Júlio César Rodrigues dos Santos
Leslie Diniz Alves
Maria Cristina de Oliveira
Milena Eduarda Andrade Nascimento
Natália de Azevedo Costa
Priscila de Moraes Machado
Priscila Tegethoff Motta
Priscilla Cristina Amaral Costa

Enfermeiros responsáveis pela revisão em 2020

Aline Danielle Silva Pereira
Fernanda Mendes Amaral
Júlio César Rodrigues dos Santos
Milena Eduarda Andrade Nascimento
Natália de Azevedo Costa
Priscila de Moraes Machado
Priscilla Cristina Amaral Costa

Enfermeiros responsáveis pela revisão em 2023

Aline Danielle Silva Pereira
Carlos Eduardo Prates Fonseca
Carolina Braga de Carvalho
Daniane dos Santos Alves
Danielle Cunha Campos
Fernanda Mendes Amaral
Gisellia Caroline de Oliveira
Gláucia de Oliveira Vieira Costa
Janaína de São José Rodrigues
Magda Aline Teles
Priscila de Moraes Machado
Priscilla Cristina Amaral Costa



"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!"

Florence Nightingale

ABREVIATURAS

COREN MG – Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais

CTC – Comissão Técnica de Classificação

DM – Diabetes Mellitus

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

EV – Endovenoso

IMC – Índice de Massa Corporal

INFOPEN – Sistema de Informações Penitenciárias

MS – Ministério da Saúde

PCR – Parada Cardiorrespiratória

PGPS – Prontuário Geral Padronizado de Saúde

POP – Procedimentos Operacionais Padrão

PNI – Programa Nacional de Imunização

PPD – Teste Tuberculínico

PPL – Pessoa Privada de Liberdade

ReNP – Regulamento e Normas de Procedimentos do Sistema Prisional de Minas Gerais

RN – Recém-nascido

SF – Soro Fisiológico

SIGPRI – Sistema Integrado de Gestão Prisional

SIAD – Sistema Integrado de Administração de Materiais e Serviços

VAS – Via Aérea Superior

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	7
II. OBJETIVOS.....	8
III. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES PRISIONAIS.....	9
1. Enfermeiro.....	9
2. Técnico de Enfermagem.....	10
IV. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO.....	12
CÓDIGO: 01 - ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA.....	12
CÓDIGO: 02 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA AURICULAR.....	15
CÓDIGO: 03 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA ENDOVENOSA.....	18
CÓDIGO: 04 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADÉRMICA.....	24
CÓDIGO: 05 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR.....	27
CÓDIGO: 06 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA NASAL.....	31
CÓDIGO: 07 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR.....	34
CÓDIGO: 08 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA ORAL.....	37
CÓDIGO: 09 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA RETAL.....	40
CÓDIGO: 10 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA SUBCUTÂNEA.....	433
CÓDIGO: 11 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA SUBLINGUAL.....	455
CÓDIGO: 12 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA TÓPICA.....	477
CÓDIGO: 13 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA VAGINAL.....	49
CÓDIGO: 14 - ANOTAÇÃO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM.....	52
CÓDIGO: 15 - ATADURAS.....	55
CÓDIGO: 16 - COLETA DE ESCARRO.....	59
CÓDIGO: 17 - COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL.....	63
CÓDIGO: 18 - CONFERÊNCIA DE DOCUMENTOS DE SAÚDE.....	69
CÓDIGO: 19 - CONSULTA E ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM.....	72
CÓDIGO: 20 - CUIDADOS COM SONDA VESICAL DE ALÍVIO.....	75
CÓDIGO: 21 - CUIDADOS DO CORPO PÓS-MORTE.....	809
CÓDIGO: 22 - CURATIVOS.....	832
CÓDIGO: 23 - FÓRMULAS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	86
CÓDIGO: 24 - GLICEMIA CAPILAR PERIFÉRICA.....	89

CÓDIGO: 25 - IMUNIZAÇÃO	911
CÓDIGO: 26 - LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	95
CÓDIGO: 27 - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	100
CÓDIGO: 28 - NEBULIZAÇÃO	104
CÓDIGO: 29 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	106
CÓDIGO: 30 - OXIGENOTERAPIA	110
CÓDIGO: 31 - REANIMAÇÃO PULMONAR.....	113
CÓDIGO: 32 - RETIRADA DE PONTOS	116
CÓDIGO: 33 - TERMOTERAPIA	118
CÓDIGO: 34 - TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA OU ILEOSTOMIA.....	121
CÓDIGO: 35 - USO DE PRECAUÇÃO PADRÃO: DE CONTATO.....	126
CÓDIGO: 36 - USO DE PRECAUÇÃO PADRÃO: DE VIAS AÉREAS.....	128
CÓDIGO: 37 - VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS: PRESSÃO ARTERIAL.....	130
CÓDIGO: 38 - VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS: FREQUÊNCIA DE PULSO.....	133
CÓDIGO: 39 - VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS: CONTROLE DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	135
CÓDIGO: 40 - VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS: CONTROLE DA TEMPERATURA...137	
CÓDIGO: 41 - COLETA DE SWAB NASOFARINGEO	140
CÓDIGO: 42 - CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	142
CÓDIGO: 43 - PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	145
CÓDIGO: 44 - TESTE RÁPIDO DE HIV, SIFILIS, HEPATITE B e C	148

I. INTRODUÇÃO

Os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) consistem nas descrições detalhadas e sequenciais dos procedimentos de enfermagem, a fim de uniformizar as técnicas utilizadas pelos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem, de acordo com os recursos disponíveis e a característica da clientela. São capazes de minimizar as variações causadas por imperícia ou adaptações pessoais, garantindo uma assistência de enfermagem segura e livre de danos.

O Manual de Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem caracteriza-se pela reunião dos procedimentos de enfermagem frequentemente executados nas unidades prisionais de Minas Gerais em um único documento, detalhando a forma correta de fazê-los. Insta salientar que esse documento será atualizado a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

O presente Manual foi elaborado e revisado por uma comissão composta por enfermeiros das unidades prisionais e administrativas de Minas Gerais, a fim de aprimorar os conhecimentos técnicos de enfermagem relacionados à saúde no sistema prisional e facilitar a prática de trabalho da equipe de enfermagem na assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Considerando a Portaria Interministerial nº 01/2014, ressalta-se que os profissionais de enfermagem atuantes nas unidades prisionais de Minas Gerais devem ofertar assistência às pessoas privadas de liberdade no âmbito da Atenção Primária à Saúde, o que implica na atuação integrada com a rede municipal de saúde para a continuidade da assistência no âmbito secundário ou terciário.

II. OBJETIVOS

Os Procedimentos Operacionais Padrão têm como objetivos:

- Garantir a padronização na execução dos procedimentos de enfermagem;
- Fornecer um roteiro de trabalho para que a equipe de enfermagem possa prestar uma assistência com segurança, agilidade e respeito aos princípios científicos;
- Prevenir ou diminuir infecções ao respeitar as técnicas assépticas;
- Evitar erros e acidentes provocados por falta de atenção, de conhecimento ou imperícia;
- Minimizar a ocorrência de desvios na execução de tarefas e, conseqüentemente, proporcionar maior eficiência na assistência prestada;
- Economizar recursos materiais e físicos;
- Ter um padrão de excelência nos procedimentos;
- Reduzir gastos;
- Poupar tempo;
- Exercer a enfermagem com segurança;
- Livrar o paciente de danos causados por imprudência, imperícia ou negligência;
- Disponibilizar informações e procedimentos com o objetivo de aprimorar o comportamento organizacional, oportunizando a formação de novas percepções, atitudes, competências e capacidades.

A estrutura de cada Procedimento Operacional Padrão contém os seguintes itens:

- Conceito
- Objetivo
- Indicação
- Material utilizado
- Procedimento
- Recomendação
- Responsabilidade
- Referência bibliográfica

III. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES PRISIONAIS

As atribuições dos profissionais de enfermagem atuantes nas unidades prisionais de Minas Gerais estão definidas no Regulamento de Normas e Procedimentos do Sistema Prisional (ReNP-2016):

1. Enfermeiro

- Direção e organização do Serviço de Enfermagem;
- Planejar, supervisionar e coordenar ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem;
- Executar atribuições de natureza técnica conferidas por lei aos profissionais graduados em enfermagem;
- Acompanhar e orientar a execução dos procedimentos de transferência do preso, encaminhando o Prontuário Geral Padronizado de Saúde (PGPS) físico para a continuidade da assistência pela unidade de destino;
- Prestar assistência ao preso de acordo com a competência e habilidade técnica e em situação de urgência/emergência, encaminhar o preso para atendimento na Unidade de Pronto Atendimento do município;
- Realizar, em casos emergenciais nas dependências da Unidade Prisional, atendimento aos servidores e ao familiar do preso e providenciar, de imediato, o devido encaminhamento à rede de saúde;
- Promover campanhas educativas de saúde em conformidade com a proposta anual estabelecida a nível central;
- Atuar como educador para a saúde e a ressocialização;
- Acompanhar o tratamento de HIV/AIDS e Tuberculose, providenciando os encaminhamentos necessários;
- Informar aos familiares sobre a situação de saúde do paciente, quando necessário;
- Realizar a síntese para a Comissão Técnica de Classificação (CTC) na Entrevista Inicial de Enfermagem do prontuário digital do SIGPRI;
- Participar das reuniões da CTC;
- Executar as indicações do PIR, avaliando a evolução do preso;


- Participar em reuniões de trabalho externo, capacitações internas e externas e mutirões de saúde, quando convocado;
- Registrar no prontuário digital do SIGPRI todo atendimento prestado à pessoa privada de liberdade;
- Auxiliar no controle do estoque dos medicamentos e materiais de saúde;
- Encaminhar as prescrições médicas para o atendimento trimestral, na ausência do farmacêutico;
- Auxiliar no controle dos pedidos do almoxarifado;
- Solicitar exames complementares, transcrever e prescrever tratamentos, em conformidade com os protocolos estabelecidos nos programas de Atenção Primária no âmbito Federal, Estadual e Municipal, observados os limites e disposições legais atinentes ao exercício da profissão;
- Promover a articulação constante com a rede externa de saúde, conforme diretrizes vigentes, realizando os encaminhamentos necessários;
- Realizar procedimentos de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de bases científicas e capacidade de tomada de decisões imediatas;
- Executar demais procedimentos de competência técnica da área, observada as disposições legais da profissão.

2. Técnico de Enfermagem

- Executar, juntamente com toda a equipe do atendimento, as ações de Atenção Primária;
- Executar procedimentos de admissão do preso na Unidade Prisional, priorizando os acometidos por doenças em geral e realizando os devidos encaminhamentos aos profissionais responsáveis em dar andamento no cuidado;
- Executar procedimentos de transferência do preso, encaminhando o Prontuário Geral Padronizado de Saúde (PGPS) físico para a continuidade da assistência pela unidade de destino;
- Realizar procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão;
- Realizar o correto registro dos atendimentos realizados no prontuário digital do SIGPRI;
- Participar das campanhas educativas de saúde;
- Participar de reuniões de CTC na ausência do enfermeiro;
- Executar as indicações do PIR, avaliando a evolução do preso de acordo com suas atribuições técnicas;

- Participar em reuniões de trabalho externo, capacitações internas e externas e mutirões de saúde, quando convocado;
- Solicitar escoltas externas de presos apresentando justificativa da demanda de enfermagem;
- Relatar as intercorrências e informações de saúde pertinentes das pessoas privadas de liberdade em livro próprio de relatórios;
- Em situação de urgência/emergência, encaminhar o preso para atendimento na Unidade de Pronto Atendimento do município;
- Executar demais procedimentos de competência técnica da área conforme determinação do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (Coren-MG).

IV. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 01
	ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA		Criação:2016 Revisão:2023
Elaborado por:	Revisado por:		Próxima revisão: 2025
Priscila de Moraes Machado Enfermeira COREN-MG: 240.340	Carlos Eduardo Prates Fonseca Enfermeiro COREN-MG: 251.759		
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
CONCEITO: <ul style="list-style-type: none">É o ato de preparar e administrar a insulina por via subcutânea para sua absorção de forma rápida, e/ou lenta e/ou contínua.			
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none">Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de insulina por via subcutânea;Relacionar os procedimentos necessários para a administração de insulina por via subcutânea;Melhorar a segurança da pessoa privada de liberdade (PPL), minimizando erros na administração de medicamentos;Fornecer subsídios para implementação e acompanhamento da terapêutica medicamentosa.			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">PPL em uso de insulina (para tratamento de Diabetes Mellitus tipo I e, em alguns casos, do tipo II);Quadros de hiperglicemia.			
MATERIAIS UTILIZADOS: Frasco de insulina <ul style="list-style-type: none">Bandeja;Frasco de Insulina NPH, Regular ou ultrarrápida;Álcool 70%;Algodão;Seringa 1 ml de 100 unidades;Agulha 13x4,5 em um ângulo de 90º ou Agulha 25x7 ou 25x8 em um ângulo de 45º;			

- Prescrição médica;
- Prontuário de saúde.

Caneta de Auto Aplicação

- Caneta de insulina de auto aplicação NPH ou Regular;
- Agulha tamanho 04mm.

PROCEDIMENTOS:

- Ler a prescrição médica e verificar: data, nome da PPL, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação (aplicação);
- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Homogeneizar a insulina prescrita (se suspensão) rolando o frasco entre as palmas das mãos por no mínimo, 20 vezes;
- Realizar a desinfecção da borracha do frasco de insulina com algodão embebido em álcool 70%;
- Manter o protetor da agulha e puxar o êmbolo até a graduação correspondente à dose de insulina;
- Retirar o protetor da agulha e injetar o ar dentro do frasco de insulina; Se for caneta de auto aplicação, inserir a agulha de 04 mm;
- Posicionar o frasco virado, na altura dos olhos, sem retirar a agulha e aspirar a dose prescrita. Se for caneta de auto aplicação, girar o dosador de unidades, conforme prescrição, aplicar em locais recomendados;
- Eliminar bolhas de ar, se existentes, batendo levemente com os dedos, até que as mesmas atinjam o bico da seringa e sejam eliminadas;
- Virar o frasco para a posição inicial, remover a agulha do frasco, se a aplicação não for imediata colocar o protetor de agulha para prevenir contaminação;
- Levar a bandeja para perto da PPL;
- Orientar a PPL sobre o procedimento a ser realizado;
- Checar as condições da região escolhida;
- Calçar as luvas;
- Fazer antisepsia da pele com algodão/álcool a 70% e esperar a pele secar;
- Com a mão não dominante fazer uma prega na pele utilizando o dedo indicador e polegar, com a mão dominante segurar o corpo da seringa;
- Introduzir a agulha em ângulo de 90° (perpendicular à pele) para que a absorção se faça de forma eficaz através dos capilares existentes na camada profunda do tecido;
- Para a PPL obesa, pince a pele do local e insira a agulha em um ângulo de 90° e confirmar a ausência de sangue;
- Injetar o líquido lentamente e aguardar, no mínimo, 5 segundos para retirar a agulha;
- Retirar a seringa/agulha, não massagear o local e não aspirar;
- Soltar a prega realizada na pele;
- Importante que se faça rodízio entre as áreas de aplicação;
- Desprezar material perfurocortante em recipiente apropriado;
- Retirar luvas de procedimento;
- Re higienizar as mãos, conforme POP nº 29;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário de saúde e checar a prescrição médica.

RECOMENDAÇÕES:

- Na aplicação da insulina, utilizar a técnica de revezamento, um sistema padronizado de rodízio de locais, para evitar abscessos, hipotrofias e endurecimento dos tecidos na área de injeção;
- Os locais indicados são: face posterior externa do braço (no espaço entre três dedos abaixo do ombro e três dedos acima do cotovelo); região lateral esquerda e direita do abdômen; região frontal e lateral superior da coxa; e região lateral externa do glúteo, tendo como referência a prega interglútea;
- Entre uma aplicação e outra é importante dar uma distância de aproximadamente 1 a 2 cm;
- O frasco de insulina deve ser conservado na geladeira (de preferência na gaveta); A Caneta de auto aplicação pode ficar fora do refrigerador, se em uso e condições do ambiente permitirem;
- Não realizar massagem após aplicação para evitar a absorção rápida.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de enfermagem.


REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

EBSERH. Hospital Universitário Gafrée Guinle – UNIRIO. Procedimento Operacional Padrão. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/aceso-a-informacao/documentos-institucionais/pops/enfermagem-geral/pop-1-31_insulinoterapia.pdf/view> Acesso em: 24 abr. 2023.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ROCHA, F.C.V. et al. **Padronização Operacional Padrão do Hospital Getúlio Vargas,** Belo Horizonte – MG, 2012.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem medicocirúrgica.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 02
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA AURICULAR		Criação:2016 Revisão:2023
Elaborado por:	Revisado por:	Próxima revisão: 2025	
Carlos Eduardo Prates Fonseca Enfermeiro COREN-MG: 251.759	Carlos Eduardo Prates Fonseca Enfermeiro COREN-MG: 251.759		
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
CONCEITO: Consiste na introdução de medicamentos (em gotas, soluções ou pomadas) no canal auditivo externo, com a finalidade de prevenir ou tratar processos inflamatórios, infecciosos, facilitar a saída de cerúmen e/ou corpos estranhos.			
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none">• Preparar a PPL para exames auriculares;• Administrar medicação prescrita em PPL em tratamento de patologias otológicas;• Dissolver cerúmen, aliviar a dor e anestesiá-lo.			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">• Remoção de corpo estranho;• Tratamento de afecções otológicas;• Limpeza e remoção de cerúmen.			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">• Bandeja;• Álcool a 70%;• Medicação a ser administrada;• Gaze estéril ou algodão;• Luvas de Procedimentos;• Prescrição médica;• Prontuário de saúde.			
PROCEDIMENTOS: <ul style="list-style-type: none">• Higienizar as mãos (conforme POP nº 29);• Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;• Antes de preparar a medicação conferir: nome da medicação, dose, via, horário e o nome da PPL;• Conferir a data de validade do medicamento;• Reunir o material e levar à PPL;			

- Apresentar-se à PPL e orientar sobre o procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar a PPL sentado ou deitado, com a cabeça lateralizada, deixando para cima o ouvido que receberá a medicação;
- Com a mão não dominante, puxar suavemente a porção superior do pavilhão auricular para cima e para trás (para maiores de 03 anos) e para baixo para trás (para menores de 03 anos);
- Observar presença de secreção. Se houver, o canal auditivo deve ser cuidadosamente limpo com gaze;
- Descansar o punho da mão dominante do lado da face da PPL próximo à área temporal, gotear o número receitado de gotas do medicamento no canal do ouvido sem tocar este com o frasco;
- Se for administrado medicamento sob a forma de pomada, recomenda-se a instilação da dose do mesmo, introduzindo-o no pavilhão com o auxílio de pinça com pequeno chumaço de gaze, em movimentos circulares e superficiais, evitando a região da membrana timpânica;
- Caso a solução seja aquosa, esta deverá estar prévia e levemente aquecida, de modo que sejam confortáveis para a PPL. Administrá-la diretamente no canal auricular e não no pavilhão auricular;
- Soltar a porção superior do pavilhão auricular e remover o excesso de medicação ao redor do mesmo com compressa de gaze estéril;
- Orientar o cliente a permanecer na posição por 3-5 minutos para absorção da medicação;
- Retirar as luvas e desprezá-las em lixo adequado;
- Recompôr a unidade e recolher o material;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário digital do SIGPRI e checar a prescrição médica.

RECOMENDAÇÕES:

- Atentar a presença de vertigem, ajudando a PPL se necessário;
- Checar o medicamento após a sua administração. Se não houve a administração, circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- Atentar para PPL em isolamento de contato, utilizando as precauções padrão, para evitar contaminação cruzada.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner. **Tratado de Enfermagem MédicoCirúrgica**. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

EBSERH. Hospital Universitário Gafrée Guinle – UNIRIO. Procedimento Operacional Padrão. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/aceso-a-informacao/documentos->


institucionais/pops/enfermagem-geral> Acesso em 24 abr. 2023.

KOCH, R.M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.

NETTINA, S.M. **Prática de Enfermagem**. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

SILVA, L.D.; PEREIRA, S.E.M; MESQUITA, A.M.F. **Procedimentos de Enfermagem: semiotécnica para o cuidado**. Rio de Janeiro: Medsi; 2005.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 03
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA ENDOVENOSA	Criação: 2016	Revisão: 2023
Elaborado por: Milena Eduarda Andrade Nascimento Enfermeira COREN-MG 354.799	Revisado por: Carlos Eduardo Prates Fonseca Enfermeiro COREN-MG: 251.759		Próxima revisão: 2025
EXECUTORES Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
CONCEITO: <p>Refere-se à administração de medicamentos, nutrientes ou hemoderivados diretamente na corrente sanguínea, através de uma via parenteral (veia), com a finalidade de absorção rápida da substância em uso, sejam elas: soluções hipertônicas, isotônicas, hipotônicas, sais orgânicos, eletrólitos e medicamentos que deverão ter solubilidade sanguínea e estar livre de cristais ou qualquer outra partícula visível em suspensão.</p>			
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Administração segura e sem riscos de um medicamento ou droga por via endovenosa; • Implementar prescrições, para que haja uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica rápida. 			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Administração de medicamentos em PPL em que outras vias sejam inviáveis; • Quando se deseja uma absorção rápida e ação imediata do medicamento; • Administração de medicamentos e drogas irritantes se inoculadas por outras vias; • Administração de grandes volumes de solução; • Administração de soluções em que se requer um efeito lento e contínuo, e controle rigoroso da dose e volume infundido; • Administração de soluções em que se requer um efeito em bolus, lento, contínuo e intermitente, e ainda, controle rigoroso da dose e volume infundido; • Recuperação ou manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico. 			
MATERIAIS UTILIZADOS: Preparo:			

- Bandeja;
- Fita crepe ou etiqueta;
- Caneta;
- Medicamento prescrito pelo profissional médico;
- Solução para reconstituição/diluição;
- Seringa (tamanho de acordo com o volume da solução);
- Agulha 40x12;
- Gaze não estéril ou algodão;
- Álcool a 70%;
- Equipo (macrogotas, fotossensível, bureta), se necessário;
- Dispositivo intermediário de 02 ou 04 vias estéril, para administração de soluções, preenchido com SF 0,9%;
- Equipo (macro gotas, fotossensível, bureta), se necessário;
- Equipamento de Proteção Individual (EPIs).
- Prescrição médica;
- Prontuário de saúde.

Administração:

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Medicamento preparado;
- Gaze estéril;
- Álcool a 70%;
- Fita micro porosa;
- Saco plástico para resíduos;
- Dispositivo venoso (como jelco ou scalp) apropriado;
- Equipo e seu suporte, se necessário;
- EPIs.

PROCEDIMENTOS:

- Conferir no prontuário de saúde se a PPL possui alergias medicamentosas;
- Ler atentamente a prescrição médica e conferir: nome da medicação, dose, via, horário e o nome da PPL;
- Preparar o medicamento imediatamente antes à administração;
- Fazer a identificação do medicamento (etiqueta contendo o nome e sobrenome da PPL, INFOPEN, nome e dose do medicamento, nome e volume do diluente, horário, via de administração e tempo de infusão);
- Higienizar as mãos conforme POP nº29;
- Separar o medicamento e o diluente, se houver, e conferir o nome, validade, dose e apresentação dos mesmos;
- Reunir o material para preparo em uma bandeja limpa;
- Separar o frasco ou ampola e fazer a desinfecção da superfície de abertura com algodão ou gaze não estéril embebido em álcool 70%;
- Conectar a agulha à seringa e retire o ar (se medicamento em frasco pronto para uso, conecte ao equipo e retire o ar);

Se medicamento sem necessidade de diluição – aspire a dose prescrita.

Se medicamento em pó liofilizado – faça a reconstituição com o diluente recomendado e aspire a dose prescrita.

Se medicamento com necessidade de diluição – aspire a dose prescrita e

faça a diluição com a solução recomendada.

- Colocar a etiqueta de identificação do medicamento na seringa ou no frasco da solução;
- Reunir o material para administração em uma bandeja;
- Levar a bandeja ao local onde se encontra a PPL. Colocar em uma mesa auxiliar previamente limpa;
- Conferir o nome completo da PPL e o medicamento que consta na prescrição;
- Orientar a PPL sobre o medicamento que será administrado, via de administração e tempo de infusão;
- Observar a área exposta quanto à integridade da pele e as condições do dispositivo venoso para a administração do medicamento. Na ausência de anormalidade, dê continuidade ao procedimento;
- Higienizar as mãos conforme POP nº29;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar a desinfecção de extensores e conexões com gaze embebida em álcool a 70% antes da manipulação;
- Realizar a punção venosa;
- Conectar a seringa/equipo ao dispositivo venoso e testar a permeabilidade do cateter (observar a presença de refluxo de sangue e/ou infusão de fluidos sem alterações no local);
- Certificar-se de não haver bolhas de ar no interior da seringa ou circuito com medicação;
- Iniciar a infusão do medicamento seguindo o volume/tempo recomendado;
- Observar constantemente quaisquer sinais de alterações durante a infusão do medicamento. Na ausência destes, dar continuidade ao procedimento;
- Permeabilizar o dispositivo venoso, ao término da infusão;
- Colocar nova tampinha de proteção no dispositivo;
- Certificar de que o dispositivo venoso esteja com boa fixação;
- Deixar a PPL confortável;
- Recolher o material e colocar na bandeja;
- Desprezar os materiais descartáveis e as luvas de procedimento em saco plástico para resíduos;
- Desprezar o material perfurocortante recipiente apropriado;
- Retirar e descartar as luvas e higienizar as mãos;
- Fazer assepsia da bandeja com papel toalha e passar álcool a 70%;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica. Registrar no prontuário de saúde o procedimento realizado, tipo de dispositivo intravascular, região de inserção do dispositivo e possíveis intercorrências;
- Registrar o procedimento no prontuário de saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- O aprazamento (horários de administração) deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando as interações medicamentosas. Se houver medicamentos incompatíveis, os mesmos devem ser aprazados em horários distintos;
- É obrigatório escrever na etiqueta o nome e sobrenome da PPL, INFOPEN, nome e dose do medicamento, nome e volume do diluente, horário, via de administração e tempo de infusão;
- Quando houver medicamentos de alta vigilância, a atenção deve ser

redobrada;

- EPIs devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada PPL conforme as diretrizes preconizadas;
- Se a PPL questionar uma prescrição medicamentosa ou disser que o medicamento está diferente da dose usual, faça outra verificação com a prescrição médica e confirme com o médico. Após esse procedimento, reoriente a PPL;
- Todo medicamento deve ser checado imediatamente após sua administração;
- Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro e/ou médico da unidade prisional e anote o motivo no prontuário de saúde e livro de registro de enfermagem;
- Medicamentos administrados fora do horário determinado, comunique o enfermeiro e/ou médico da unidade prisional, cheque e justifique no prontuário de saúde e livro de registro de enfermagem;
- Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo paciente após a administração do medicamento;
- Todos os incidentes relacionados aos medicamentos devem ser notificados à Coordenação de Enfermagem. São considerados incidentes: evento adverso, erro, quase erro e não conformidade;
- Medicamentos de alto risco profissional devem ser preparados com EPI adequada;
- Verifique se há compatibilidade entre os medicamentos prescritos;
- É fundamental conhecer as características do medicamento quanto à sua estabilidade (no seu estado original, após a reconstituição e/ou diluição), fotossensibilidade e termolabilidade;
- Se houver mais de um medicamento intravenoso aprazado no mesmo horário, a via deve ser lavada com solução fisiológica entre os medicamentos;
- Ao instalar uma solução em equipo, siga a “linha” de infusão, ou seja, o trajeto do conector e local de inserção para evitar conexões em via incorreta;
- Se houver sinal de flebite, hematoma, infiltração, extravasamento, dor ou qualquer outra anormalidade, interrompa a administração, retire o dispositivo e puncione novo acesso venoso;
- Para que a via intravenosa seja uma via segura, alguns fatores devem ser observados:
 - Avaliação criteriosa da rede venosa periférica (calibre, mobilidade, dor, rigidez, coloração);
 - Escolha adequada do cateter (tipo de material, calibre);
 - Terapia EV prescrita pela equipe médica (tipo de droga-vesicante, irritante, volume a ser infundido, tempo de infusão, tipo de infusão – bolus, infusão rápida, lenta, intermitente ou contínua);
 - Tempo de terapia;
 - Manuseio e fixação adequados.
- Fixação Ideal: estabilização e fixação que permita a visualização e avaliação do local de inserção. Deve conter: data da punção, horário e assinatura do profissional. Deve ser trocada sempre que estiver suja, úmida ou com perda da adesividade. Deve impedir o tracionamento pelo peso do sistema;
- Permeabilidade: *Infusões* com SF 0,9% em pressão positiva - Adultos: 10mL.

Medidas Preventivas de Infecção

Desinfecção das Conexões: Uma das principais vias de entrada de microrganismo na corrente sanguínea é pelas conexões das linhas de infusão. A limpeza das conexões com álcool a 70% é fundamental antes da utilização destas vias.

Atenção!

- Utilizar uma gaze estéril embebida em álcool antes e outra gaze após a retirada da tampinha ou abertura da conexão;
- Manter todos os dispositivos protegidos;
- Descartar as tampas de proteção na presença de sangue;
- Os demais dispositivos também devem ser trocados e descartados na presença de sangue;
- Dispositivos utilizados para coleta de sangue devem ser trocados em 24h;•
- Mantenha sempre as conexões não utilizadas, fechadas com a tampa de proteção;
- NUNCA deixe uma conexão aberta!

Tempo de administração do medicamento por via EV

No geral, as formas e os tempos de administração de medicamentos por via EV podem ser assim classificados:

- **Bolus:** administração EV realizada em tempo menor ou igual a 01 minuto.
- **Infusão rápida:** administração EV realizada entre 01 e 30 minutos.
- **Infusão lenta:** administração EV realizada entre 30 e 60 minutos.
- **Infusão contínua:** administração EV realizada em tempo superior a 60 minutos, ininterruptamente (por exemplo, de 06 em 06 horas).
- **Infusão intermitente:** administração EV realizada em tempo superior a de 60 minutos, não contínua, por exemplo, em 4 h, uma vez ao dia.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

ANVISA. **Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. Infecção de corrente sanguínea;** 2010.

EBSERH. Hospital Universitário Gafrée Guinle – UNIRIO. Procedimento Operacional Padrão. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/aceso-a-informacao/documentos-institucionais/pops/enfermagem-geral/pop-1-13_administracao-de-medicamentos-por-via-endovenosa.pdf> Acesso em: 24 abr. 2023.

CARMAGNANI, M.I.S. et al. **Procedimentos de Enfermagem - Guia prático.** São Paulo: Guanabara Koogan; 2009.

CARVALHO, V.S.; SILVA V.; GARCIA, Q.C.S.O.; SILVA, L.M.G. **Boas práticas de Enfermagem na administração de medicamentos.** In Viana DL. Boas práticas de enfermagem. Yendis Editora, 177-199. 2010.

CARRARA, D. et al. **Diretrizes práticas para terapia Intravenosa**. Infusion Nurses Society Brasil. São Paulo: INS Brasil; 2008. p. 22 – 30.


Comissão Epidemiologia Hospitalar do Hospital São Paulo. **Diretrizes para a prevenção e o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde**, 2012.
CLAYTON, B.D. **Farmacologia na prática de enfermagem**. Rio de Janeiro, Editora Elsevier; 2006.

FAKIH, F.T. **Manual de Administração de Medicamentos Injetáveis**. Rio de Janeiro, Reichmann& Affonso Editores; 2000. 221p.

LYNN, P. **Manual de Habilidades de Enfermagem Clínica de Taylor**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

NETTINA, S.M. **Práticas de Enfermagem**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.

PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. **Terapia Intravenosa e Infusões**. São Paulo, Editora Yendis, 2011.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 04
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADÉRMICA		Criação:2016 Revisão:2023
Elaborado por:	Revisado por:		Próxima revisão: 2025
Milena Eduarda Andrade Nascimento Enfermeira COREN-MG 354.799	Carlos Eduardo Prates Fonseca Enfermeiro COREN-MG: 251.759		
EXECUTORES	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem.		
CONCEITO: Consiste no preparo e administração de medicamentos diretamente na derme.			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none">Administração segura e sem riscos de um medicamento, alérgeno ou imunobiológico por via intradérmica.			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">Quando se deseja absorção lenta do medicamento;Auxiliar em diagnósticos (por exemplo, realizar o Teste Tuberculínico – PPD);Verificar a sensibilidade a alérgenos e reações de hipersensibilidade;Aplicar medicamentos e vacinas (BCG).			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">Bandeja;Medicamento prescrito pelo profissional médico;Seringa de 5ml para diluição;Seringa de 1ml para administração;Uma agulha para preparo da medicação (40 mm x 12 mm ou 25 mm x 8 mm);Uma agulha para administrar a medicação intradérmica (13 mm x 4,5 mm, 10 mm x 5mm ou 15 mm x 3 mm);Algodão;Álcool 70%;Fita adesiva;Luvas de procedimento;Prescrição médica;Prontuário de saúde.			
PROCEDIMENTOS: <ul style="list-style-type: none">Ler atentamente a prescrição médica, a qual deve conter o nome da PPL, nome			

do medicamento, dose, via de administração, horário e frequência da administração;

- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Reunir o material necessário;
- Fazer a desinfecção do balcão de preparo de medicamentos e da bandeja com álcool 70%;
- Conferir o nome do medicamento, dose, via e prazo de validade;
- Fazer a desinfecção da ampola/frasco ampola com algodão umedecido com álcool 70%. Nos casos de frasco-ampola retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão e após, fazer a desinfecção;
- Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la à agulha para aspiração do medicamento, observando-se a técnica asséptica, protegendo-a em sua embalagem original;
- Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão ou gaze, pressionando-a com o dedo indicador e o polegar da mão dominante;
- Aspirar medicamento segurando a ampola ou frasco-ampola com os dedos indicador e médio da mão não dominante, segurar a seringa com os dedos polegar e anular da mão não dominante e com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante, tracionar a extremidade do êmbolo sem contaminar sua extensão, aspirando o medicamento;
- Colocar a seringa na posição vertical e retirar o ar;
- Trocar a agulha utilizada para aspiração pela agulha que será ministrado o medicamento (13 mm x 4,5mm, 10mmx5mm ou 15mmx3mm);
- Afixar um rótulo de identificação na seringa;
- Proteger o êmbolo da seringa com sua embalagem original;
- Reunir na bandeja o medicamento preparado, bolas de algodão, álcool 70%;
- Levar a bandeja próxima ao local que será realizado o procedimento;
- Conferir o nome completo da PPL, medicamento e via de administração;
- Explicar a PPL o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
- Posicionar a PPL de maneira confortável e adequada para a realização do procedimento;
- Escolher o local para a administração do medicamento. Os locais podem ser: parte ventral do antebraço, parte superior do tórax, parte superior do braço e região escapular;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar o conjunto de seringa e agulha da embalagem;
- Fazer a antisepsia da região utilizando algodão com álcool 70%, fazer movimento em espiral com bola de algodão, iniciando pelo ponto onde será feita a aplicação;
- Distender a pele do local de aplicação com ajuda dos dedos polegar e indicador;
- Introduzir 1/3 da agulha na pele, com bisel voltado para cima, em ângulo de 15°, quase paralelamente à pele. Não é necessário aspirar após a introdução da agulha, devido às condições anatômicas da derme, relacionada aos vasos e nervos;
- Injetar lentamente o líquido, que não deve ultrapassar 0,5ml, empurrando lentamente o êmbolo até formar uma pequena pápula logo abaixo da pele;
- Injetar lentamente até formar uma pequena pápula logo abaixo da pele;
- Retirar a agulha em movimento rápido e único;
- Observar as reações da PPL;
- Desprezar o conjunto de seringa e agulha (sem encapá-la) na caixa de descarte de material perfurocortante;
- Recolher o que deve ser guardado e desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;

- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário de saúde e comunicar quaisquer anormalidades;
- Checar a prescrição médica.

RECOMENDAÇÕES:

- O volume máximo indicado para a administração no tecido intradérmico é de 0,5ml;
- Em indivíduos hipersensíveis aos antígenos utilizados em teste alérgico pode-se desenvolver uma reação anafilática grave, o que requer procedimentos emergenciais de reanimação;
- Em casos de teste de sensibilidade e vacinas (imunobiológicos), não se deve utilizar antissépticos, sendo necessário apenas lavar com água e sabão e secar;
- Não massagear o local de aplicação do medicamento. Isso pode causar irritação no tecido subjacente, podendo comprometer o efeito dos testes alérgicos, por exemplo;
- Realizar a aplicação longe de áreas hiperemiadas, com cicatrizes, inflamações, herniações, feridas operatórias ou escoriações;
- Usar sempre seringas e agulhas apropriadas e descartáveis;
- Nunca reencapar agulha.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.


REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BORTOLOZO, N.M. et al. **Técnicas em Enfermagem: passo a passo**. Botucatu: EPUB, 2007.

EBSERH. Hospital Universitário Gafrée Guinle – UNIRIO. Procedimento Operacional Padrão. Disponível em: < https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/acesso-a-informacao/documentos-institucionais/pops/enfermagem-geral/pop-1-10_administracao-de-medicamentos-por-via-intradermica.pdf > Acesso em: 24 abr. 2023.

PEREIRA, M.E.R. et al. **Manual de procedimentos básicos de enfermagem**. Uberlândia, 2000.

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

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 05
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR	Criação:2016	Revisão:2023
Elaborado por: Priscilla Cristina Amaral Costa Enfermeira COREN-MG 328.331	Revisado por: Carolina Braga de Carvalho Enfermeira COREN-MG: 160.441	Próxima revisão: 2025	
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
CONCEITO: Consiste na administração de medicamentos no tecido muscular. Deve-se levar em conta na escolha do local para a aplicação: a massa muscular suficientemente grande para absorver o medicamento, a espessura do tecido adiposo, a idade do paciente, a irritabilidade da droga e a distância em relação aos vasos e nervos importantes.			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> Preparar e administrar medicamentos por via intramuscular. 			
INDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> Necessidade de absorção mais rápida da medicação, quando esta pode ser irritante se usada em outras vias ou quando se trata de fármaco oleoso ou mais consistente. 			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none"> Cuba rim ou bandeja; Medicamento prescrito; Seringa de 03 ou 05 ml, em conformidade com o volume prescrito; Agulhas (25x7/30x7/25x6mm); Luvas de procedimento; Álcool 70%; Algodão; Caixa para material perfurocortante; Prescrição médica; Prontuário de saúde. 			
PROCEDIMENTOS: <ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos conforme o POP nº 29; 			

- Conferir o receituário médico e atentar para o nome da PPL, medicamento prescrito, dose, horário e via de administração; exceto os imunobiológicos que são administrados de acordo com o Calendário do Programa Nacional de Imunização - PNI.
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar a assepsia do frasco ou ampola a ser utilizado com algodão embebido em álcool a 70%;
- Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, tomando os cuidados necessários para que sejam mantidos os princípios da assepsia;
- Segurar o frasco ou a ampola entre os dedos indicador e médio. No caso da ampola, deve-se quebrá-la com a ajuda de gaze ou algodão;
- Introduzir a agulha no frasco ou ampola e aspirar a quantidade prescrita da medicação;
- Trocar a agulha utilizada para aspirar medicação, caso tenha sido introduzida em frasco com tampa de borracha;
- Orientar e explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Selecionar e avaliar a integridade da região a ser administrada a medicação;
- Posicionar a PPL conforme o local escolhido para administração;
- Pinçar com os dedos indicador e polegar a região ao redor do local a ser introduzida a agulha;
- Introduzir a agulha em um ângulo de 90° em relação ao músculo;
- Aspirar êmbolo da seringa certificando-se de que nenhum vaso sanguíneo foi atingido (em caso de retorno de sangue, retirar a agulha e reiniciar o procedimento);
- Injetar o medicamento de forma lenta;
- Manter a posição até o medicamento ser injetado;
- Esperar 10 segundos e então retirar a agulha com um movimento único e rápido;
- Realizar leve compressão local com algodão, não massageando a região;
- Aplicar uma bola de algodão ou gaze sobre a região e não massagear;
- Não reencapar a agulha, utilizar dispositivos de segurança;
- Descartar a seringa na caixa de perfurocortante;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário de saúde e checar o receituário médico.

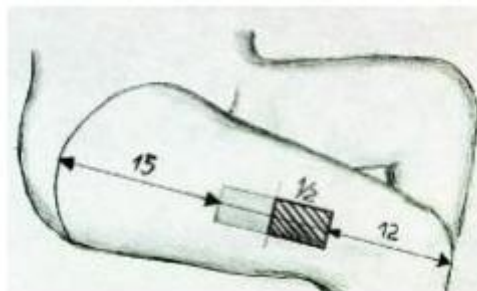
RECOMENDAÇÕES:

- Se o medicamento se apresentar em pó liofilizado, faça a reconstituição com o diluente recomendado;
- As regiões de escolha para a injeção intramuscular em pacientes adultos são:

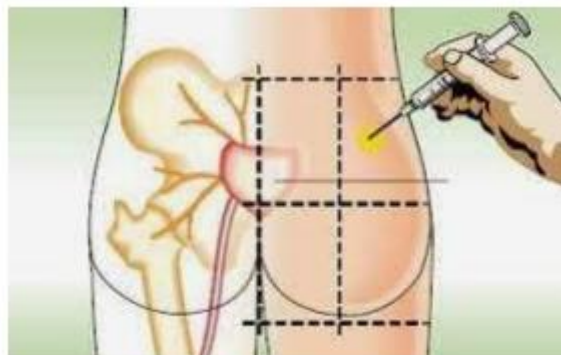
- **Região ventro-glútea:** técnica de “Hochstetter” – aplicado no “centro V”, formado pelos seguintes vértices: palma da mão na porção do trocânter maior, o dedo indicador na espinha ilíaca ântero-superior e o dedo médio estendendo-se até a crista ilíaca.



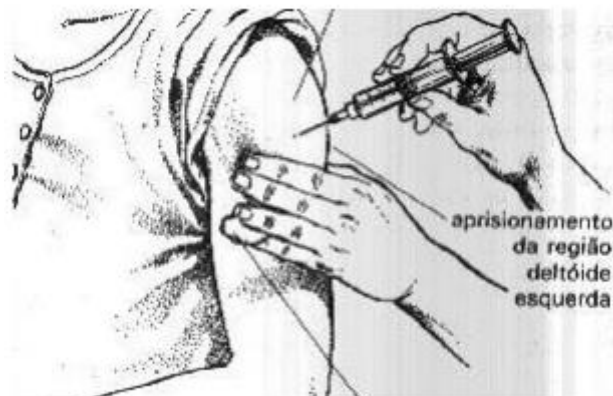
- **Região ântero-lateral da coxa:** no terço médio.



- **Região dorso-glútea:** quadrante súpero-lateral.



- **Região deltóidea:** aproximadamente 4 cm abaixo do Acrômio.



ESPECIFICAÇÃO DE VOLUME MÁXIMO ADMINISTRADO POR VIA IM

Região	Volume máximo a ser infundido
Deltoide	2ml
Dorso-Glútea	5ml
Ventroglútea	5ml
Vasto lateral da Coxa	4ml (adulto), 2ml (criança)

- Realizar rodízio dos locais de aplicação para os pacientes que demandam aplicações recorrentes;
- Escolher os locais que apresentem maior quantidade de massa muscular quando se tratar de idosos e pessoas edemaciadas, uma vez que há tendência deste grupo apresentar menor massa muscular se comparado aos jovens;
- Observar e registrar no prontuário de saúde as possíveis alterações e comunicar ao enfermeiro responsável ou médico.


RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Guia Completo de Procedimentos e Competências de Enfermagem**. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PAZ, A. A. et al. **Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem**. Porto Alegre : Ed. da UFCSPA, 2016.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 06
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA NASAL		Criação:2016 Revisão:2023
Elaborado por: Fernanda Mendes Amaral Enfermeira COREN-MG: 139.497	Revisado por: Carolina Braga de Carvalho Enfermeira COREN-MG: 160.441		Próxima revisão: 2025
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
CONCEITO: Consiste na administração de medicamentos líquidos na mucosa ou orifício nasal. Podem ser instilados em forma de gotas, spray (com a utilização de um atomizador) ou aerossol (com a utilização de um nebulizador).			
OBJETIVO: • Preparar e administrar medicamentos por via nasal.			
INDICAÇÕES: • Auxiliar no tratamento de doenças inflamatórias e/ou infecciosas do trato aéreo superior; • Servir de meio de administração medicamentosa com absorção sistêmica; • Aliviar a congestão nasal. ATENÇÃO! A instilação de medicamentos por via nasal está contraindicada nas seguintes situações: • Pacientes com obstruções nasais e traumatismos; • Epistaxe, rinorragia ou rinorreia; • Cirurgias de vias respiratórias superiores, no pós-operatório imediato.			
MATERIAIS UTILIZADOS: • Bandeja; • Fita crepe ou etiqueta; • Caneta; • Medicamento prescrito; • Gaze; • Solução fisiológica 10 ml; • Luvas de procedimento; • Saco plástico para resíduos; • Prescrição médica;			

- Prontuário de saúde.

PROCEDIMENTOS:

- Conferir o receituário médico e atentar para o nome da PPL, medicamento prescrito, dose, horário e via de administração;
- Conferir no prontuário de saúde a existência de alergias medicamentosas;
- Preparar o medicamento no momento imediato à administração;
- Fazer a identificação do medicamento (etiqueta contendo o nome e sobrenome da PPL, INFOPEN, nome do medicamento, dose, horário e via de administração);
- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Separar o medicamento da PPL conforme a prescrição médica e conferir a validade, dose necessária e apresentação;
- Colar a etiqueta de identificação no frasco;
- Reunir o material em uma bandeja;
- Levar a bandeja ao local em que a medicação será administrada;
- Orientar a PPL sobre o medicamento que será administrado, objetivo e via de administração;
- Pedir à PPL para deitar ou sentar com a cabeça inclinada para trás;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento.

Instilação de gotas nasais

- Orientar a PPL a deitar-se com a cabeça sobre o travesseiro ou sentar-se e hiperestender o pescoço para trás, quando possível;
- Realizar a higiene nasal com gaze embebida em solução fisiológica, se necessário;
- Destampar o frasco ou aspirar o medicamento no conta-gotas;
- Levantar suavemente a ponta do nariz com a mão não dominante, para abrir bem a narina;
- Posicionar o frasco ou conta-gotas na entrada da narina, sem encostar, com a mão dominante;
- Repetir os passos na outra narina.

Instilação por atomizador

- Orientar a PPL a sentar-se e inclinar a cabeça levemente para frente;
- Realizar a higiene nasal com gaze embebida em solução fisiológica, se necessário;
- Destampar o frasco do medicamento e ocluir uma das narinas do cliente, com o dedo indicador da mão não dominante;
- Posicionar o atomizador de forma ereta e inserir a sua ponta cerca de um centímetro dentro da narina, direcionada para o canto interno do olho;
- Pressionar o atomizador uma vez, de forma rápida e firme;
- Repetir os passos na outra narina.
- Orientar a PPL a se manter inclinada, se for o caso, respirar lentamente e não assoar o nariz por dois minutos;
- Desprezar os materiais descartáveis e as luvas de procedimento em saco plástico para resíduos;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;

- Recolher o material e guardar o medicamento no posto de enfermagem;
- Desprezar o saco plástico com resíduos no expurgo;
- Descartar as luvas e higienizar as mãos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e passar álcool a 70%.
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica e registrar o procedimento realizado e as intercorrências no prontuário de saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- Se o medicamento não for administrado, indicar o horário e anotar o motivo no prontuário de saúde;
- Se o medicamento for administrado fora do horário prescrito, indicar o novo horário de administração e anotar o motivo no prontuário de saúde;
- Registrar qualquer tipo de reação que a PPL possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico.


RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

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

NETTINA S.M. **Prática de enfermagem**. 10ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 07
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR	Criação:2016	Revisão:2023
Elaborado por: Maria Cristina de Oliveira Enfermeira COREN-MG 212.105	Revisado por: Carolina Braga de Carvalho Enfermeira COREN-MG: 160.441	Próxima revisão: 2025	
EXECUTORES	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem		
CONCEITO: Aplicação de medicamentos oftálmicos em forma de gotas ou pomadas.			
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Padronizar as condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via ocular; • Minimizar erros na administração de medicamentos por via ocular, oferecendo segurança à PPL; • Aplicar anestésicos, antibióticos, anti-inflamatórios, antifúngicos ou lubrificantes. 			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Lubrificar os olhos; • Acelerar a cicatrização; • Prevenir, proteger, aliviar sintomas e tratar infecções; • Anestesiocar o olho para intervenções; • Auxiliar na investigação diagnóstica; • Evitar ulceração da córnea; • Provocar dilatação da pupila (midríase) ou constrição da pupila (miose). 			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none"> • Cuba rim; • Medicação prescrita; • Luva de procedimento; • Gaze; • Tampão ocular (caso seja necessário); • Espátula; • Solução fisiológica 0,9 %; • Prescrição médica; • Prontuário de saúde. 			
PROCEDIMENTOS:			

- Conferir o receituário médico e atentar para o nome da PPL, medicamento prescrito, dose, horário e via de administração;
- Conferir no prontuário de saúde a existência de alergias medicamentosas;
- Certificar-se de que o medicamento se destina ao uso oftálmico;
- Realizar a desinfecção do balcão para o preparo do procedimento;
- Higienizar as mãos conforme o POP nº 29;
- Calçar a luva de procedimento;
- Reunir o material necessário;
- Orientar a PPL sobre o procedimento;
- Se houver secreção ao redor do olho, limpá-lo suavemente com gaze estéril umedecida em soro fisiológico 0,9%, a partir do canto interno para o canto externo, trocando a gaze para cada passagem.

Em caso de instilação de gotas:

- Agitar o medicamento líquido antes da administração para garantir a sua distribuição uniforme;
- Inclinar a cabeça da PPL um pouco para trás e solicitar que a mesma olhe para um ponto fixo no teto;
- Puxar delicadamente a pálpebra inferior para baixo;
- Aplicar o colírio ao longo da parte média do saco conjuntival, tomando cuidado para não tocar o frasco no olho da PPL.

Em caso de pomada:

- Se a embalagem estiver aberta, desprezar a primeira porção;
- Aplicar cerca de dois centímetros de pomada ao longo de toda extensão do fundo do saco ocular, do canto interno para o canto externo;
- Orientar a PPL a fechar o olho e fazer movimentos oculares para que a medicação penetre;
- Secar o excesso com a gaze;
- Ocluir o olho com monóculo quando indicado ou prescrito;
- Deixar a PPL confortável;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário de saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- Caso tenham sido prescritas gotas e pomada, as gotas devem ser instiladas primeiramente;
- Desprezar a primeira gota ou o primeiro jato de pomada antes de instilá-los;
- Não utilizar a medicação de uma PPL em outra;
- Não colocar a medicação direta na córnea;
- Registrar qualquer tipo de reação que a PPL possa ter após receber a medicação e comunicar o enfermeiro responsável e/ou médico.

RESPONSABILIDADE:


Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

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

MOTTA, A.L.C.; SANTOS, N.C.M. **Manuseio e Administração de Medicamentos - Técnicas e Cálculos**. 3ª Ed. Iátria. 2009.

SILVA, S.R.; SILVA, M.T. **Cálculo e Administração de Medicamentos na Enfermagem**. 3ª Ed. Martinari Editora. 2011.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 08
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA ORAL		Criação: 2016 Revisão: 2023
Elaborado por: Priscila Tegethoff Motta Enfermeira COREN-MG: 404.288	Revisado por: Carolina Braga de Carvalho Enfermeira COREN-MG: 160.441		Próxima revisão: 2025
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
CONCEITO: Ato de preparar e administrar medicamentos como: pílulas, comprimidos, drágeas, cápsulas, pastilhas, pós, soluções e geleias através da mucosa gástrica ou intestinal por meio da absorção pela corrente sanguínea. Vantagens: <ul style="list-style-type: none">• Método simples;• Econômica;• Segura (menor risco de contaminação). Desvantagens: <ul style="list-style-type: none">• Sabor (desagradável, podendo gerar náuseas e vômitos);• Irritação gástrica;• Dificuldade para deglutir;• Depende do nível de consciência da PPL. Contraindicações: <ul style="list-style-type: none">• PPL incapaz de deglutir ou inconsciente;• Em caso de vômito;• PPL em jejum para cirurgia ou exame.			
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none">• Administrar o medicamento por via oral utilizando a técnica correta e de forma segura;• Produzir efeitos sistêmicos após a absorção do medicamento na circulação sanguínea.			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">• Terapêutica simples;• Única forma de tratamento.			
MATERIAIS UTILIZADOS:			

- Bandeja;
- Copinho descartável de medicação ou conta gotas;
- Medicamento prescrito;
- Prescrição médica;
- Prontuário de saúde.

PROCEDIMENTOS:

- Conferir o receituário médico e atentar para o nome da PPL, medicamento prescrito, dose, horário e via de administração. Além disso, atenção para: validade, aspecto da medicação, compatibilidade medicamentosa, direito de recusa e registro no prontuário de saúde;
- Conferir no prontuário de saúde a existência de alergias medicamentosas;
- Separar o material e o medicamento prescrito;
- Higienizar as mãos conforme o POP nº 29;
- Levar o material até o local adequado para a administração da medicação;
- Explicar a PPL o procedimento a ser realizado;
- Em caso de pacientes psiquiátricos, recomenda-se a administração do medicamento na boca da PPL, oferecendo água e esperando a mesma engolir;
- Em caso de medicamentos líquidos, deve-se agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado ou conta gotas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar quaisquer intercorrências no prontuário de saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- Certificar-se de que a PPL ingeriu a medicação;
- PPL inconscientes não devem tomar medicação por via oral;
- Gotas devem ser medidas com conta-gotas;
- Devem-se dissolver os medicamentos para as PPL que têm dificuldade em deglutir;
- Ao administrar medicamentos digitálicos, deve-se contar o pulso radial e apical. Se estiverem abaixo de 60 batimentos por minuto, não administrar. Acima de 120 bpm pode indicar intoxicação digitálica;
- Considerar sempre o melhor horário para administrar os medicamentos (ex.: os diuréticos devem ser administrados, de preferência, no período da manhã);
- Proteger a PPL do risco de aspiração dando um comprimido por vez, pelo posicionamento sentado ou lateralizado;
- Sempre administrar o medicamento com líquido adequado;
- Em caso de recusa, gerar o termo de recusa via SIGPRI, encaminhá-lo para assinatura da PPL e anexá-lo no prontuário de saúde.

Alguns cuidados devem ser tomados para cada tipo de forma a ser administrada:

- Comprimidos sulcados: podem ser partidos e/ ou triturados e diluídos;
- Comprimidos não sulcados: podem ser triturados e diluídos, mas não podem ser partidos;
- Comprimidos revestidos: jamais podem ser cortados, triturados ou mastigados;
- Soluções/ gotas: podem ser diretas ou diluídas;

- Xaropes e emulsões: não devem ser diluídos;
- Cápsulas gelatinosas, drágeas e pílulas: não podem ser partidas;
- Pastilhas: devem ser chupadas, não devem ser mastigadas ou deglutidas inteiras;
- Pó e comprimidos efervescentes devem ser diluídos ao lado do paciente, usar a espátula.

Algumas medidas são necessárias para evitar contaminação do meio ambiente e eventos adversos:

- Desprezar os materiais descartáveis, frascos e excesso de solução que tenha sido removido dos frascos e não utilizado (não retornar para o frasco e não desprezar na pia), somente nas caixas específicas para material perfurocortante;
- Não devem ser transferidas soluções orais de um frasco para outro;
- Não usar o mesmo recipiente para triturar medicações diferentes para pacientes diferentes (risco de reações alérgicas);
- A administração oral é contra-indicada em pacientes com irritação gastrointestinal, devido ao risco de perda parcial da dose e em pacientes inconscientes, torporosos, confusos ou sonolentos devido ao risco de aspiração.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:


PEREIRA, A.P. et al. **Manual de Enfermagem: Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte**, Belo Horizonte – MG, 2016.

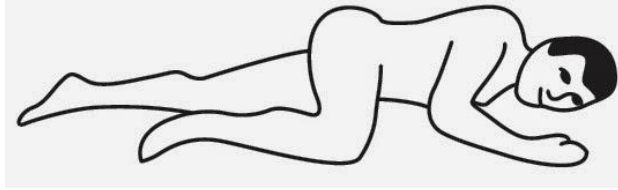
POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH. Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. 2016: p:480.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ROCHA, F.C.V. et al. **Padronização Operacional Padrão do Hospital Getúlio Vargas**, Belo Horizonte – MG, 2012.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 09
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA RETAL		Criação:2016 Revisão:2023
Elaborado por:	Revisado por:	Próxima revisão: 2025	
Júlio Cesar Rodrigues dos Santos Enfermeiro COREN – 95.609	Daniane dos Santos Alves Enfermeira COREN-MG 418.954		
EXECUTORES	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem		
CONCEITO: Consiste na introdução de medicamentos, como supositórios e clister, no reto.			
OBJETIVO: • Administrar medicamento por via retal com segurança.			
INDICAÇÕES: • Constipação intestinal; • Administração de lavagem intestinal; • Administração de medicamento via retal.			
MATERIAIS UTILIZADOS: • Bandeja; • Luvas de procedimento, máscara facial, óculos protetor e avental; • Medicação prescrita; • Xilocaína gel; • Gaze estéril; • Recipiente para colocar o supositório; • Prescrição médica; • Prontuário de saúde.			
PROCEDIMENTOS: • Conferir o receituário médico e atentar para o nome da PPL, medicamento prescrito, dose, horário e via de administração. Além disso, atenção para: validade, aspecto da medicação, compatibilidade medicamentosa, direito de recusa e registro no prontuário de saúde; • Conferir no prontuário de saúde a existência de alergias medicamentosas; • Higienizar as mãos conforme o POP nº 29; • Explicar a PPL a finalidade e o procedimento que será realizado; • Colocá-lo em posição SIMS;			



- Manter a privacidade da PPL;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Pegar o supositório, retirar o invólucro e segurar na mão direita, com gaze;
- Afastar as nádegas com a mão esquerda;
- Umedecer a gaze com xilocaína gel;
- Introduzir o supositório delicadamente e pedir a PPL que o retenha por alguns minutos;
- Desprezar as luvas de procedimento e as gazes no lixo próprio;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento e qualquer irregularidade no prontuário de saúde.

CLISTER

- Introduzir a ponta do aplicador no orifício anal e avançá-lo em direção à cicatriz umbilical, até 4 cm;
- Pressionar o aplicador com os dedos polegar e o indicador da mão dominante, injetando todo medicamento;
- Retirar o dispositivo de aplicação;
- Recolher os materiais;
- Retirar os EPIs;
- Recomponha unidade do cliente e colocá-lo numa posição confortável;
- Dar destino adequado aos materiais;
- Higienizar as mãos;
- Checar a prescrição;
- Proceder com as anotações de enfermagem, constando identificação do medicamento, apresentação, dose, via e local de aplicação, presença de lesões, secreções, ocorrências adversas (locais ou sistêmicas) e as medidas tomadas;
- Caso o paciente com diarreia, lesões e perfurações no reto, incapacidade de reter a medicação, arritmias cardíacas e infartados (estimulação vagal) este tipo de via esta contraindicada;
- Caso haja resistência na introdução do supositório, não forçar a entrada. Interromper o procedimento e comunicar a equipe médica.

RECOMENDAÇÕES:

- Pedir a PPL para não fazer força, para não expulsar o medicamento;
- Se o supositório for de glicerina, pedir a PPL para manter por alguns minutos antes de evacuar;
- Em caso de recusa, gerar o termo de recusa via SIGPRI, encaminhá-lo para assinatura da PPL e anexá-lo no prontuário de saúde.

RESPONSABILIDADE:


Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:


BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 8ª ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH. Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. 2016: p:480.

RODRIGUES, E.; MAYOR, C.; MENDES, E.M.T; OLIVEIRA, K.R.; **Manual de Procedimentos e Assistência de Enfermagem** – São Paulo: Editora Ateneu, 2006.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 10
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA SUBCUTÂNEA		Criação:2016 Revisão:2023
Elaborado por: Priscilla Cristina Amaral Costa Enfermeira COREN-MG 328.331	Revisado por: Daniane dos Santos Alves Enfermeira COREN-MG 418.954	Próxima revisão: 2025	
EXECUTORES	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem		
CONCEITO: Consiste na administração de medicamentos na hipoderme.			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none">• Padronizar os procedimentos necessários para a administração de medicamentos por via subcutânea, minimizando os erros durante a execução da técnica.			
INDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none">• Administrar medicamentos que devem ser absorvidos de forma lenta e contínua.			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">• Cuba rim ou bandeja;• Medicamento prescrito;• Seringa de 1ml;• Agulhas (13x4,5mm);• Luvas de procedimento;• Álcool 70%;• Algodão;• Caixa para material perfurocortante;• Prescrição médica;• Prontuário de saúde.			
PROCEDIMENTOS: <ul style="list-style-type: none">• Conferir o receituário médico e atentar para o nome da PPL, medicamento prescrito, dose, horário e via de administração. Além disso, atenção para: validade, aspecto da medicação, compatibilidade medicamentosa, direito de			

<p>recusa e registro no prontuário de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none">• Conferir no prontuário de saúde a existência de alergias medicamentosas;• Efetuar a higienização das mãos conforme o POP nº 29;• Calçar as luvas de procedimento;• Realizar a assepsia do frasco ou ampola a ser utilizado com algodão embebido em álcool a 70%;• Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, tomando os cuidados necessários para que sejam mantidos os princípios da assepsia;• Aspirar o medicamento com a agulha para aspiração e em seguida trocá-la pela agulha 13x4,5;• Orientar e explicar a PPL o procedimento a ser realizado;• Selecionar e avaliar a integridade da região a ser administrada a medicação, evitando locais com presença de nódulos, equimose, edema, inflamação, etc.;• Posicionar a PPL conforme o local escolhido para administração;• Pinçar com os dedos indicador e polegar a dobra subcutânea da região selecionada e com o indicador e polegar da mão dominante segurar a seringa e introduzir a agulha em um ângulo de 45° ou 90° em movimento único;• Injetar o medicamento de forma lenta e em seguida retirar a agulha em movimento único, colocando algodão seco e fazendo leve pressão no local;• Não reencapar a agulha! Utilizar os dispositivos de segurança;• Descartar a agulha na caixa de perfurocortante;• Higienizar as mãos;• Registrar o procedimento e as intercorrências, se houver, no prontuário de saúde.
<p>RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none">• A quantidade máxima de medicamento injetado no tecido subcutâneo é de 0,5ml a 1 ml;• Deve-se realizar rodízio entre os locais de aplicação;• Nessa via, a aspiração não é realizada;• Os locais apropriados para administração de medicamento pela via subcutânea são: deltoide, face externa do braço, face externa da coxa, parede abdominal e região escapular;• Em caso de recusa, gerar o termo de recusa via SIGPRI, encaminhá-lo para assinatura da PPL e anexá-lo no prontuário de saúde.
<p>RESPONSABILIDADE:</p> <p>Enfermeiro e Técnico de enfermagem.</p>
<p>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:</p> <p>POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH. Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. 2016: p:480.</p> <p>POTTER, P.A; PERRY, A.G. Guia Completo de Procedimentos e Competências de Enfermagem. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.</p>

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 11
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA SUBLINGUAL		Criação:2016 Revisão:2023
Elaborado por: Júlio Cesar Rodrigues dos Santos Enfermeiro COREN – 95.609	Revisado por: Daniane dos Santos Alves Enfermeira COREN-MG 418.954		Próxima revisão: 2025
EXECUTORES	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem		
CONCEITO: Consiste em posicionar o medicamento sob a língua para que o mesmo seja absorvido pela mucosa bucal.			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none">• Administrar medicamentos por via sublingual com segurança.			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">• Crises hipertensivas;• Administração de nitratos;• Quando se deseja ação imediata.			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">• Bandeja;• Luva de procedimento;• Recipiente identificado para colocar a medicação;• Medicamento prescrito;• Prescrição médica;• Prontuário de saúde.			
PROCEDIMENTOS: <ul style="list-style-type: none">• Conferir o receituário médico e atentar para o nome da PPL, medicamento prescrito, dose, horário e via de administração. Além disso, atenção para: validade, aspecto da medicação, compatibilidade medicamentosa, direito de recusa e registro no prontuário de saúde;• Conferir no prontuário de saúde a existência de alergias medicamentosas;• Higienizar as mãos conforme POP nº 29;• Explicar o procedimento a PPL;• Colocar a PPL em posição confortável;			

- Colocar o comprimido na mão da PPL solicitando-a que o coloque sob a língua;
- Orientar a PPL para que permaneça com o medicamento sob a língua até a diluição do mesmo;
- Orientar a não engolir a saliva para que a medicação seja melhor diluída;
- Observar as possíveis reações da PPL;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento e as intercorrências, se houver, no prontuário de saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- Pedir para a PPL não engolir a medicação;
- Como se trata de uma via de absorção rápida, observar a reação da PPL após a administração do medicamento;
- Comunicar ao enfermeiro e/ou médico quaisquer anormalidades;
- Em caso de recusa, gerar o termo de recusa via SIGPRI, encaminhá-lo para assinatura da PPL e anexá-lo no prontuário de saúde.

RESPONSABILIDADE:


Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 8ª ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH. Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. 2016: p:480.

RODRIGUES, E.; MAYOR, C.; MENDES, E.M.T; OLIVEIRA, K.R.; **Manual de Procedimentos e Assistência de Enfermagem** – São Paulo: Editora Ateneu, 2006.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 12
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA TÓPICA	Criação:2016	Revisão:2023
Elaborado por: Júlio Cesar Rodrigues dos Santos Enfermeiro COREN – 95.609	Revisado por: Daniane dos Santos Alves Enfermeira COREN-MG 418.954	Próxima revisão: 2025	
EXECUTORES	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem		
CONCEITO: Aplicação de medicamentos diretamente na pele, friccionando-os para que ocorra a absorção.			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none">• Administrar o medicamento por via tópica com segurança.			
INDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none">• Quando se deseja a aplicação de medicações em forma de loções, pomadas, linimentos, antissépticos e ou antimicrobianos, tinturas, pós e adesivos com finalidade de proteger, suavizar, lubrificar, aquecer, relaxar, fazer antisepsia, ressecar, repor hormônios, agir como analgésicos e anti-inflamatórios.			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">• Máscara facial;• Bandeja;• Medicação prescrita;• Gaze ou algodão;• Luvas de procedimento;• Prescrição médica;• Prontuário de saúde.			
PROCEDIMENTOS: <ul style="list-style-type: none">• Conferir o receituário médico e atentar para o nome da PPL, medicamento prescrito, dose, horário e via de administração. Além disso, atenção para: validade, aspecto da medicação, compatibilidade medicamentosa, direito de recusa e registro no prontuário de saúde;• Conferir no prontuário de saúde a existência de alergias medicamentosas;			

- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Utilização de máscara facial (**para não contaminar a pomada pós aberta**);
- Calçar as luvas;
- Explicar o procedimento a PPL;
- Verificar o local onde será aplicado o medicamento;
- Solicitar ao paciente que faça higiene local, se necessário;
- Aplicar o medicamento com gaze ou algodão e massagear;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento e as intercorrências, se houver, no prontuário de saúde;
- Em caso de recusa, gerar o termo de recusa via SIGPRI, encaminhá-lo para assinatura da PPL e anexá-lo no prontuário de saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- Quando a pomada estiver em pote, retirá-la com auxílio de uma espátula;
- Quando o tubo do medicamento já estiver sido usado, desprezar a primeira parte;
- Se indicado, proteger com ataduras.

RESPONSABILIDADE:


Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 8ª ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH. Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. 2016: p:480.

RODRIGUES, E.; MAYOR, C.; MENDES, E.M.T; OLIVEIRA, K. R.; **Manual de Procedimentos e Assistência de Enfermagem** – São Paulo: Editora Ateneu, 2006.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO: 13	
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA VAGINAL	Criação:2016	Revisão: 2023
Elaborado por:	Revisado por:	Próxima revisão: 2025	
Priscila de Moraes Machado Enfermeira COREN-MG: 240.340	Danielle Cunha Campos Enfermeira COREN-MG: 153.209		
EXECUTORES	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem		
CONCEITO: Introdução do medicamento no canal vaginal. O medicamento pode ser introduzido sob a forma de: <ul style="list-style-type: none">• Velas, tampões, supositórios, comprimidos;• Óvulos;• Lavagens e irrigação.			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none">• Administrar o medicamento por via vaginal utilizando a técnica correta, promovendo a segurança da PPL.			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">• Tratamento de infecções;• Método de apoio diagnóstico.			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">• Luvas de procedimento;• Avental descartável;• Óculos de proteção;• Máscara cirúrgica;• Medicamento prescrito;• Aplicador descartável se necessário;• Biombo;• Lençol;• Sabonete líquido ou solução degermante antisséptica;• Absorvente higiênico;• Comadre;• Papel toalha;• Prescrição médica;• Prontuário de saúde.			
PROCEDIMENTOS:			

- Conferir o receituário médico e a prescrição de enfermagem;
- Atentar para a identificação correta da PPL (nome, data de nascimento, (INFOPEN), medicamento prescrito, dose, horário e via de administração. Além disso, atenção para: validade, aspecto da medicação, compatibilidade medicamentosa, direito de recusa e registro no prontuário de saúde;
- Se identificar e explicar a PPL o procedimento a ser realizado;
- Pesquisar a existência de alergias medicamentosas registradas no prontuário de saúde e questionando a PPL;
- Conferir no prontuário de saúde a existência de alergias medicamentosas;
- Separar o material necessário para a administração do medicamento;
- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Levar o material até o local onde será realizado o procedimento;
- Solicitar que a PPL esvazie a bexiga, caso esteja com a mesma cheia;
- Orientar sobre higiene íntima, caso a PPL consiga realizar, ou realizar a higiene se a PPL for dependente (conforme protocolo da instituição);
- Explicar a PPL o procedimento a ser realizado;
- Remover a tampa da bisnaga e rosquear o aplicador no bico da bisnaga;
- Pressionar a base da bisnaga até encher completamente o aplicador, excedendo apenas um pouco da ponta para facilitar a aplicação;
- Solicitar que a PPL fique em posição ginecológica;
- Manter a privacidade da PPL utilizando um biombo (se necessário) e cobrindo-a com um lençol para evitar exposição desnecessária;
- Vestir o avental descartável, calçar as luvas de procedimento e colocar a máscara cirúrgica;
- Verificar a presença de lesões ou deformidades (se houver, informar ao Enfermeiro ou Médico);
- Expor o introito vaginal separando os lábios vaginais;
- Introduzir delicadamente o medicamento conforme apresentação prescrita;
- Em caso de creme ou gel: Remover a tampa da bisnaga e rosquear o aplicador no bico da bisnaga;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Introduzir o aplicador profundamente na cavidade vaginal e empurrar o êmbolo até esvaziar completamente;
- Retirar o aplicador;
- Fornecer um absorvente higiênico, se necessário;
- Deixar a PPL em posição confortável e solicitar que a mesma permaneça deitada por, aproximadamente, 15 minutos para maximizar a permanência da medicação na vagina;
- Avaliar a ocorrência de efeitos colaterais (sangramento, irritações, alergias) e informar, caso ocorram, ao Enfermeiro ou Médico;
- Descartar os materiais usados no local adequado;
- Retirar o Equipamento de Proteção Individual;
- Higienizar as mãos;
- Organizar o ambiente;
- Registrar o procedimento e as intercorrências, se houver, no prontuário de saúde e checar a prescrição médica.

RECOMENDAÇÕES:

- Certificar-se de que a PPL não está no primeiro trimestre da gestação;
- O tratamento não deve ser interrompido durante o período menstrual;
- Orientar a PPL para não manter relações sexuais durante o tratamento;
- Orientar para não levantar imediatamente após a administração da medicação;
- Quando possível, orientar a PPL quanto à autoadministração do medicamento;
- Em caso de recusa, gerar o termo de recusa via SIGPRI, encaminhá-lo para assinatura da PPL e anexá-lo no prontuário de saúde.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH. Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. 2016: p:480.

POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUUFJF/EBSERH. Comissão de Revisão dos POPs versão 01 - 2022. Aprovado por Paula Regina Filgueiras Gazola – Juiz de Fora / MG. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/huufjf/aceso-a-informacao/nucleo-de-qualidade-hospitalar-gestao-de-documentos/gerencia-de-atencao-a-saude/divisao-de-enfermagem-denf/pop-denf-fund-081-administracao-de-medicamentos-por-via-vaginal.pdf>> .


POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HULW-UFPB/EBSERH. Comissão de Revisão dos POPs versão 01 - 2022. Aprovado por Ana Caroline Escarião de Oliveira – João Pessoa/PA. 2022. Disponível em: <<chromeextension://efaidnbmninnibpcapjcgclclefindmkaj/https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hulw-uftp/aceso-a-informacao/gestao-documental/pop-procedimento-operacional-padrao/2022/ucm-unidade-de-clinica-medica/pop-denf-uagenf-uamb-017-administracao-de-medicamentos.pdf>>

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ROCHA, F.C.V. *et al.* **Padronização Operacional Padrão do Hospital Getúlio Vargas,** Belo Horizonte – MG, 2012.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SOUZA, E. N. (org.). **Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem.** Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2016.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO: 14	
	ANOTAÇÃO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	Criação: 2016	Revisão: 2023
Elaborado por: Carlos Eduardo Prates Fonseca Enfermeiro COREN-MG: 251.759	Revisado por: Danielle Cunha Campos Enfermeira COREN-MG: 153.209	Próxima revisão: 2025	
EXECUTORES	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem		

CONCEITO:

A Anotação e Evolução de Enfermagem são registros gerados pelo processo de enfermagem e capazes de subsidiar a equipe de enfermagem, sobretudo o Enfermeiro, no estabelecimento do plano de cuidados e prescrições de enfermagem.

OBJETIVOS:

- Conhecer os padrões fisiológicos e anatômicos de cada PPL;
- Identificar alterações do estado de saúde da PPL;
- Detectar situações-problema e vulnerabilidades da PPL;
- Registrar o acompanhamento sistemático das PPL com doenças crônicas;
- Subsidiar a tomada de decisão no cuidado, conforme a necessidade de saúde da PPL.

INDICAÇÕES:

Compete ao Enfermeiro treinar e supervisionar a Anotação e Evolução de Enfermagem pela sua equipe. Cabe ao Enfermeiro realizar a Evolução e Anotação de Enfermagem e, aos profissionais de nível médio, somente a Anotação de Enfermagem.

São indicações:

- Registrar no prontuário de saúde físico ou digital da PPL toda e quaisquer ações, condutas e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem;
- Identificar alterações do estado e das condições de saúde do paciente;
- Favorecer a detecção de novos problemas e agravos de saúde;
- Possibilitar ao Enfermeiro a avaliação dos cuidados de enfermagem e da resposta do paciente à assistência prestada;
- Aperfeiçoar o atendimento de enfermagem, sistematizando o cuidado em Saúde Prisional e proporcionando a tomada de decisão;
- Registrar os atendimentos em Fichas padronizadas do SISAB/ e-SUS AB e nos campos próprios do SIGPRI;
- Subsidiar ao Enfermeiro na emissão de Relatórios e Pareceres de Enfermagem;

<ul style="list-style-type: none">Realizar orientações e dar conduções pertinentes às demandas de cuidado.
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">Prontuário de saúde que contém a Entrevista Inicial e a Ficha de Evolução de Saúde da PPL, além dos Receituários e outros impressos do Sistema Único de Saúde;Formulários e Fichas do SISAB/ e-SUS AB;Computador para acesso ao SIGPRI;Caneta esferográfica, de cor azul ou preta.
PROCEDIMENTOS: <ul style="list-style-type: none">Antes de iniciar quaisquer ações e procedimentos, o profissional de enfermagem deve ter em mãos o prontuário de saúde da PPL, o qual possui todas as informações de saúde para subsidiar o atendimento de enfermagem;De posse do prontuário de saúde, o profissional de enfermagem deve realizar e registrar: anamnese e exame físico na PPL, condições de locomoção e higiene, queixas de saúde, histórico pessoal e familiar, procedimentos realizados, achados clínicos, condutas e orientações. Sempre inserir a data e horário do atendimento de enfermagem, além de identificar o profissional responsável com assinatura e o número de registro no COREN;Na realização de um procedimento de enfermagem, o profissional deve descrever minuciosamente a técnica utilizada e as situações adversas, como: a quebra de protocolo da técnica, procedimento não realizado no horário correto, ausência de recursos materiais, recusa da PPL em se submeter ao procedimento de enfermagem e ocorrência de efeito indesejado;Registrar sucintamente as orientações oferecidas a PPL, considerando seu nível cognitivo, motivação e independência para o desempenho das atividades de vida diária, bem como as condutas tomadas pelo profissional de enfermagem frente à necessidade de saúde da PPL.
RECOMENDAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">É imprescindível registrar toda e qualquer ocorrência no prontuário de saúde (queixas, procedimentos, cuidados, orientações, etc);Deve ser garantida à PPL a privacidade durante o atendimento, principalmente em situações íntimas e conflituosas e/ou de maior vulnerabilidade física, psíquica e social;Todo registro deve ter garantia de confidencialidade;Todo e qualquer atendimento de enfermagem somente deve ser prestado à PPL se houver garantias de segurança à integridade física e psíquica do profissional de enfermagem, sobretudo pela presença do Agente de Segurança Penitenciária;Os registros de enfermagem devem estar assinados, datados, escritos de forma legível e sem rasuras, para terem valor legal;Ao término do plantão ou expediente do profissional de enfermagem, o mesmo deve proceder à anotação das ocorrências no Livro de Relatório de Enfermagem, garantindo a continuidade das ações no turno seguinte.

RESPONSABILIDADE:

Cabe ao Enfermeiro realizar a Evolução e Anotação de Enfermagem e aos profissionais de nível médio, somente a Anotação de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** Cadernos de Atenção Básica nº 28, Vol. II. Brasília, DF, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. e-SUS Atenção Básica. **Classificação Internacional de Atenção Primária 2ª edição - CIAP-2.** Comitê Intenacional Classificações Wonca (WICC). Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=esus](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=esus;); http://www.sbmfc.org.br/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf>. Acesso em: 29 Ago. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vídeos tutorias e-SUS AB.** Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=esus>>. Acesso em: 20 Ago. 2016.


BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 09 de setembro de 2003.** Brasília, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde no sistema penitenciário.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial MS/MJ nº 01, de 02 de janeiro de 2014.** Brasília, 2014.

COREN-MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Legislação e Normas.** Ano 11. Nº 01. Belo Horizonte, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Guia de Recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2016. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/guia-de-recomendacoes-para-registro-de-enfermagem-no-prontuario-do-paciente-e-outros-documentos-de-enfermagem/>> Acesso em: 24 abr. 2023.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO: 15	
	ATADURAS	Criação:2016	Revisão:2023
Elaborado por: Gisellia Caroline de Oliveira Enfermeira COREN – MG 243.531	Revisado por: Danielle Cunha Campos Enfermeira COREN-MG: 153.209	Próxima revisão: 2025	
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
CONCEITO: Atadura ou bandagem é uma faixa usada para envolver, prender e proteger partes lesadas ou, ainda, manter curativo e talas no lugar adequado.			
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none">Realizar atadura ou bandagem utilizando a técnica correta, promovendo segurança e conforto a PPL.			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">Fixar curativos;Promover hemostasia;Imobilizar e apoiar segmentos traumatizados (por exemplo, osso fraturado e luxações).			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">Bandeja previamente limpa;Ataduras de crepom de diferentes tipos e tamanhos, de acordo com a área do corpo (1,5 cm, 5 cm, 10 cm, 15 cm, 20 cm);Esparadrapo;Tesoura;2 pares de luvas de procedimento (1 para retirar a atadura com sujidade e 1 para a colocação da nova atadura);Prontuário de saúde.			
PROCEDIMENTOS: <ul style="list-style-type: none">Higienizar das mãos conforme POP nº 29;Calçar as luvas de procedimento;Reunir o material necessário na bandeja;Explicar a PPL sobre o procedimento que será realizado;Colocar a PPL em uma posição confortável;Colocar a atadura sobre o seguimento corporal de modo que o rolo se abra para cima.			

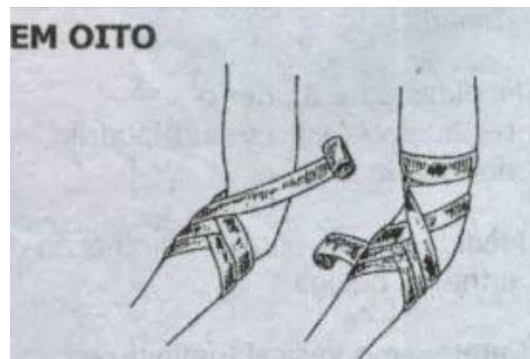
ATADURA CIRCULAR: Usada para pescoço, tórax, abdômen, testa e pulso. As voltas das ataduras são aplicadas de forma que se sobreponham, não muito apertadas.



ATADURA ESPIRAL: Usada para as partes mais cônicas do corpo como o antebraço, coxa, pernas e dedos. Mais indicada que a atadura circular, pois apresenta maior aderência nessas regiões anatômicas.



ATADURA CRUZADA OU EM OITO: Utilizada para a fixação de curativos nas articulações (cotovelo, joelho, punho e tornozelo), nas partes cilíndricas do corpo (braço e tórax), nas ligações da mão e pulso, cabeça e pescoço.

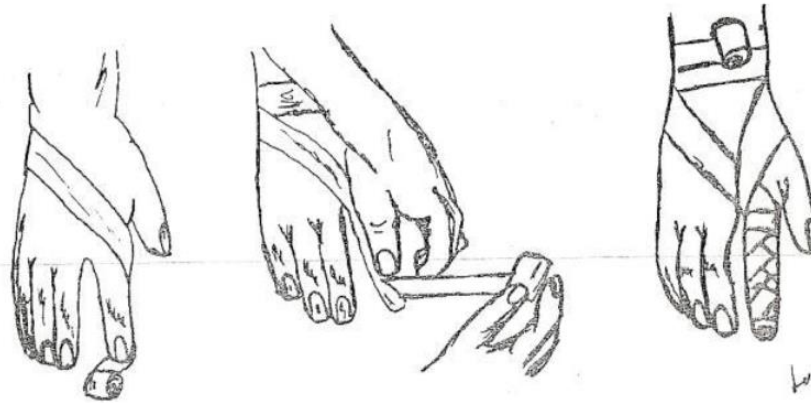


RECORRENTE: Aplicada na cabeça (capacete), pontas dos dedos e cotos de amputação. Após a fixação circular, aplicar a atadura com idas e vindas

lateralizadas, finalizando com atadura circular.



ATADURA DO DEDO: Fixa-se a atadura no pulso com várias voltas, começando da extremidade do dedo em direção à sua raiz. A primeira parte é uma bandagem espiral, com uma bandagem recorrente para cobrir a ponta do dedo e, mais acima, espiral com inversão.




- Após o término, pode-se prender a ponta da atadura com esparadrapo e realizar a higienização das mãos;
- Registrar no prontuário de saúde o procedimento realizado.

RECOMENDAÇÕES:

- As ataduras ou bandagens devem ter aspecto agradável, proporcionando conforto e bem estar a PPL;
- Ao aplicar uma bandagem, observar o local e a extensão da lesão e as condições da circulação;
- As bandagens não devem ser muito apertadas para não impedir o afluxo e refluxo do sangue, pois isto pode provocar edema e/ou causar dores intensas.
- Entretanto, devem ficar firmes e indeslocáveis, adaptando-se às formas corporais;
- Ataduras muito sujas devem ser removidas com pinça ou luvas;
- Ao passar uma atadura, colocar o membro em posição funcional;
- Caso queira exercer compressão, as ataduras deverão ser acolchoadas;
- Não permitir que o rolo de atadura encoste no chão ou em superfície que esteja suja;
- Anotar no prontuário de saúde o procedimento realizado, bem como qualquer intercorrência que possa ter ocorrido e a data para a realização de novo

enfaixamento, se necessário.
RESPONSABILIDADE: Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de enfermagem.
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA: ARAUJO, M. A. Bandagens. Fundamentos de enfermagem . Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010. CARMAGNANI, M. I.S., FAKIH, T., CANTERAS, L. M.S., TERERAN, N. PARANÁ. Corpo de Bombeiros do Paraná. Manual do Atendimento pré-hospitalar SIATE/CBPR Cap. 11. Ferimentos, Curativos e Bandagens. Paginas 154-166 Disponível em: < http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.bombeiros.pr.gov.br/sites/bombeiros/arquivos_restritos/files/documento/2018-12/FerimentosCurativoseBandagens.pdf > Acesso em: 24 abr. 2023. POTTER P. A. et al. Fundamentos de enfermagem . 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2018. PRADO, M.L; GELBECKE, F.L. Fundamentos de Enfermagem . 2. Ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. Procedimentos de Enfermagem - Guia Prático , 2ª edição. Guanabara Koogan, 04/2017. SANTANA, J.C.B. et al. Guia Prático – Técnicas de Enfermagem . Ponta Grossa /PR: Atena, 2022.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 16
	COLETA DE ESCARRO	Criação: 2016	Revisão: 2023
Elaborado por: Gisellia Caroline de Oliveira Enfermeira COREN – MG 243.531	Revisado por: Danielle Cunha Campos Enfermeira COREN-MG: 153.209	Próxima revisão: 2025	
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
CONCEITO: Consiste na coleta de secreção do trato respiratório para realização de exame microbiológico a fim de auxiliar o diagnóstico etiológico de patologias respiratórias. A coleta pode ser por expectoração espontânea e, se necessário, quando o paciente não consegue expelir espontaneamente ou tem pouca secreção, induzida ou por aspiração traqueal, no caso de PPL intubados ou traqueostomizados.			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> • Coletar amostra de escarro em quantidade satisfatória para a análise microbiológica. 			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do estado de saúde da PPL (especialmente para PPL sintomática respiratória); • Confirmação de diagnósticos. 			
MATERIAIS UTILIZADOS: <u>Para expectoração espontânea:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Luva de procedimento; • Frasco estéril com tampa; • Etiqueta de identificação; • Máscara N95; • Prontuário de saúde. <u>Para expectoração induzida:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Luva de procedimento; • Frasco estéril com tampa; • Etiqueta de identificação; • Kit de micronebulização; • Fluxômetro de oxigênio; • Solução salina 3 % (Para obtenção da solução a 3%, utilizar: 5 ml de Soro Fisiológico 0,9% + 0,5 ml de NaCl 20%); 			

- Não utilizar solução preparada com Água destilada e NaCl devido ao risco de broncoespasmo);
- Máscara N95;
- Prontuário de saúde.

PROCEDIMENTOS:

Para expectoração espontânea:

- Realizar a higienização das mãos;
- Orientar a PPL quanto a necessidade do procedimento;
- Identificar o frasco com etiqueta contendo: nome, INFOPEN, pavilhão e cela da PPL;
- Solicitar a PPL que fique na posição sentada, ou se não puder, posicionar a cama em Fowler;
- A amostra de preferência é a 1ª da manhã, com a PPL em jejum;
- Calce as luvas de procedimento;
- Orientar e, se necessário, auxiliar a PPL a realizar a higiene oral, enxaguando várias vezes a boca com água abundante para minimizar a contaminação com a flora bucal. Não utilizar pastas de dentes ou qualquer antisséptico bucal;
- Abrir o frasco, tirando a tampa e colocando-a virada para cima;
- Em seguida, peça a PPL para que tussa profundamente e expectore diretamente no recipiente da amostra;
- Fechar bem o frasco, imediatamente após a coleta, garantindo que não haja extravasamento da amostra;
- Retirar as luvas e realizar a higienização das mãos;
- Protocolar e enviar o frasco, juntamente com a solicitação do exame, ao laboratório o quanto antes;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário de saúde.

Para expectoração induzida:

- Realizar a higienização das mãos;
- Orientar a PPL quanto a necessidade do procedimento;
- Identificar o frasco com etiqueta contendo: nome, INFOPEN, pavilhão e cela da PPL;
- Solicitar ao cliente que fique na posição sentada, ou se não puder, posicionar a cama em Fowler;
- A amostra de preferência é a 1ª da manhã, com o cliente em jejum;
- Calce as luvas de procedimento;
- Orientar e, se necessário, auxiliar o cliente a realizar higiene oral, enxaguando várias vezes a boca com água abundante para minimizar a contaminação com a flora bucal. Não utilizar pastas de dentes ou qualquer antisséptico bucal;
- Abrir o frasco, tirando a tampa e colocando-a virada para cima;
- Preparar a solução salina 3% com 5 ml de Soro Fisiológico 0,9% + 0,5 ml de NaCl 20%;
- Abrir a embalagem do kit de micronebulização;
- Colocar a solução salina 3% no frasco do micronebulização e fechar;
- Adaptar o fluxômetro a saída de oxigênio;
- Conectar o circuito do micronebulização ao fluxômetro e regular o fluxo de O₂;

- Ajustar a máscara do micronebulização ao rosto da PPL, orientando-a a permanecer com a mesma junto a face até o término da nebulização;
- Em seguida, peça a PPL para que tussa profundamente e expectore diretamente no recipiente da amostra;
- Fechar bem o frasco, imediatamente após a coleta, garantindo que não haja extravasamento da amostra;
- Retirar as luvas e realizar a higienização das mãos;
- Protocolar e enviar o frasco, juntamente com a solicitação do exame, ao laboratório o quanto antes;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário de saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- Nunca entregue o frasco de coleta para a PPL sem identificação adequada, afim de evitar troca de amostras;
- O frasco contendo a amostra poderá ser conservado em temperatura ambiente e protegido da luz solar, por até 2 horas após a coleta;
- Para períodos maiores, refrigerar (2°C a 8 °C) por até 12 horas;
- Orientar a PPL, se não houver contraindicação, a ingerir bastante líquido desde a noite anterior, pois a boa hidratação facilita a coleta;
- Caso a PPL utilize prótese dentária, oriente a retirada antes da coleta;
- Nos casos de suspeita de infecção por micobactéria ou fungo, coletar pelo menos três amostras, em dias consecutivos (1 amostra diária);
- A amostra da manhã, geralmente é a mais rica em bacilos porque é composta da secreção acumulada na árvore brônquica por toda a noite;
- Uma boa amostra de escarro consta de material proveniente da árvore brônquica;
- Para que a qualidade seja satisfatória é necessário que contenha material mucopurulento, escarro com aspecto de saliva deverá ser rejeitado;
- Em condições ideais uma amostra de escarro deve ter um volume de 5 a 10 ml, porém são aceitáveis amostras menores se a qualidade for satisfatória;
- Recomenda-se que as amostras sejam coletadas em locais arejados, se possível, abrir as janelas para reduzir a concentração de partículas infectantes;
- Orientar a PPL sobre as recomendações antes de coletar o escarro:
 - Estar em jejum;
 - Não escovar os dentes no dia da coleta (realizar somente bochecho com água);
 - Abrir o recipiente somente na hora da coleta e não tocar dentro do coletor.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BRASIL, Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. **Manual de Procedimentos: Coleta, Acondicionamento e Transporte de Amostras Biológicas**. Goiás, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de

Vigilância Epidemiológica. **Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras micobactérias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde **Manual de Normas Técnicas de Tuberculose Para as Unidades Básicas de Saúde** – Ministério da Saúde – 2011.

CARMAGNANI MIS *et al.* **Procedimentos de Enfermagem- guia Prático**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.2009.


CHEREGATTI, A. L. *et al.* **Técnicas de enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2009. 246p.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. **Fundamentos de enfermagem**. 2. Ed. Florianópolis: Cidade Futura 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RIBEIRÃO PRETO. **Guia de Orientações para coleta adequada de escarro. 2018**. <http://chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaudef/pdf/guia_orientacao_coleta.pdf> Acesso em 24 abr. 2023.

ROCHA, F.C.V. *et al.* **Padronização Operacional Padrão do Hospital Getúlio Vargas**, Belo Horizonte – MG, 2012.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 17
	COLETA PARA EXAME LABORATORIAL		Criação:2016 Revisão:2023
Elaborado por:	Revisado por:		Próxima revisão: 2025
Gisellia Caroline de Oliveira Enfermeira COREN – MG 243.531	Fernanda Mendes Amaral Enfermeira COREN-MG: 139.497		
EXECUTORES	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem		
CONCEITO: <ul style="list-style-type: none">É a retirada de material corpóreo para análise clínica.			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none">Coletar material para análise clínica, promovendo segurança e conforto a PPL.			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">Avaliação do estado de saúde;Confirmação de diagnósticos.			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">Luvas de procedimento;Recipiente adequado para o tipo de exame laboratorial (em caso de coleta de urina e fezes);Agulha e adaptador para vacutainer (em caso de coleta de sangue);Garrote (em caso de coleta de sangue);Algodão (em caso de coleta de sangue);Álcool 70% (em caso de coleta de sangue);Coletor de material perfurocortante (em caso de coleta de sangue);Coletor de urina infantil masculino ou feminino (em caso de coleta de urina em crianças);Frasco com 1 ml de solução fisiológica estéril (em caso de coleta de secreção vaginal);Swab adequado (em caso de coleta de secreção vaginal);Espéculo vaginal (nº 0, 1, 2 e 3) (em caso de coleta de exame citológico cérvico-vaginal);Lâmina (em caso de coleta de exame citológico cérvico-vaginal);Espátula de Ayre e escova endocervical (em caso de coleta de exame citológico cérvico-vaginal);Solução para fixar (em caso de coleta de exame citológico cérvico-vaginal).Receituário médico;Prontuário de saúde.			
PROCEDIMENTOS:			

Coleta de sangue:

- Conferir o pedido do exame descrito em receituário médico e atentar para o nome da PPL e finalidade da coleta;
- Higienizar as mãos conforme POP nº29;
- Reunir o material necessário;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Orientar a PPL em relação ao procedimento a ser realizado e a forma correta de coletar o material;
- Certificar-se de que a PPL encontra-se em jejum, quando necessário para o exame solicitado;
- Verificar as condições de acesso venoso, selecionando a veia mais adequada;
- Garrotear próximo ao local selecionado;
- Realizar antisepsia, com algodão e álcool 70%, friccionando com movimento único de baixo para cima, aguardando o tempo de secagem;
- Realizar a punção venosa, com o bisel da agulha voltado para cima;
- Inserir o tubo (específico para o exame solicitado) no adaptador do vacutainer, certificando-se de que introduziu toda a tampa na agulha;
- Retirar o garrote, logo após o início da introdução do sangue no 1º tubo, e continuar a coleta com os demais tubos, se for o caso;
- Realizar inversões delicadas (mínimo 8) nos tubos com anticoagulante;
- Acondicionar o tubo de coleta em grade própria;
- Retirar a agulha do local puncionado, com auxílio de algodão, exercendo pressão sobre o local, sem dobrar o braço da PPL;
- Identificar o material com o nome da PPL, INFOPEN, data de nascimento e outros dados que o laboratório exigir;
- Encaminhar ao laboratório assim que possível em local apropriado;
- Descartar os materiais perfurocortantes em caixa adequada (DESCARPACK);
- Retirar e desprezar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento e as intercorrências, se houver, no prontuário de saúde.

Coleta de urina para urina rotina/urocultura:

- Conferir o pedido do exame descrito em receituário médico e atentar para o nome da PPL e finalidade da coleta;
- Reunir o material necessário;
- Entregar o material à PPL e orientá-la em relação ao procedimento a ser realizado e a forma correta de coletar o material:
 - Lavar as mãos;
 - Realizar limpeza da região geniturinária com sabão neutro;
 - Desprezar o primeiro jato da urina, coletando o jato intermediário;
 - Tampar imediatamente o frasco;
 - Entregar ao profissional de enfermagem logo após a coleta.

Quando o material for coletado pela PPL, o profissional de enfermagem deverá:

- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Receber o material e colar a etiqueta de identificação na lateral do frasco. Identificar o material com o nome da PPL, INFOPEN, data de nascimento e outros dados que o laboratório exigir;
- Encaminhar ao laboratório assim que possível em local apropriado;
- Retirar e desprezar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento e as intercorrências, se houver, no prontuário de saúde.

No caso de coleta em crianças:

- Conferir o pedido do exame descrito em receituário médico e atentar para o nome da criança e finalidade da coleta;
- Reunir o material necessário;
- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Explicar a mãe o procedimento que será realizado e o objetivo do mesmo;
- Colocar o coletor de urina infantil, de acordo com o sexo e realizar a troca do coletor a cada 30 minutos, caso a criança não apresente diurese nesse intervalo;
- Retirar o coletor e colar a etiqueta de identificação com o nome da criança, nome da mãe, data de nascimento da criança e outros dados que o laboratório exigir;
- Encaminhar ao laboratório assim que possível em local apropriado;
- Retirar e desprezar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento e as intercorrências, se houver, no prontuário de saúde.

Coleta de secreção vaginal:

- Conferir o pedido do exame descrito em receituário médico e atentar para o nome da PPL e finalidade da coleta;
- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Reunir o material necessário;
- Orientar a PPL em relação ao procedimento a ser realizado e a forma correta de coletar o material;
- Paramentar-se com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados;
- Encaminhar a PPL ao banheiro ou local reservado para que ela possa retirar a calcinha;
- Colocá-la em posição ginecológica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Introduzir o swab na vagina e realizar coleta;
- Colocar o material coletado no tubo (devidamente identificado) com solução salina;
- Encaminhar a PPL para se trocar;
- Orientar a PPL quanto ao resultado do exame;
- Encaminhar ao laboratório assim que possível em local apropriado;
- Retirar e desprezar as luvas;
- Higienizar as mãos;

- Registrar o procedimento e as intercorrências, se houver, no prontuário de saúde.

Coleta de exame citológico cérvico-vaginal (Papanicolau):

- Conferir o pedido do exame descrito em receituário médico e atentar para o nome da PPL e finalidade da coleta;
- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Reunir o material necessário;
- Orientar a PPL em relação ao procedimento a ser realizado e a forma correta de coletar o material;
- Paramentar-se com os EPI adequados;
- Encaminhar a PPL ao banheiro ou local reservado para que ela possa retirar a calcinha;
- Identificar a lâmina e a etiqueta do frasco com a solução fixadora, conforme exigência do laboratório;
- Colocá-la em posição ginecológica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Selecionar o espéculo a ser utilizado, de acordo com a paridade e as condições perineais da mulher;
- Introduzir o espéculo delicadamente até posicionar o colo uterino centralizado no espéculo;
- Realizar inspeção visual da vagina e do colo de útero;
- Introduzir a espátula de Ayre, coletar material da ectocérvice (encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo uterino e realizar movimento rotativo de 360° em todo orifício);
- Estender o material da ectocérvice sobre a superfície da lâmina;
- Introduzir a escova endocervical delicadamente no canal cervical, girando-a 360°;
- Estender o material da endocérvice sobre a superfície da lâmina, não sobrepondo o material da ectocérvice;
- Colocar a lâmina no frasco com a solução para fixar;
- Retirar o espéculo com as lâminas previamente fechadas;
- Encaminhar a PPL para se trocar;
- Orientar a PPL quanto ao resultado do exame;
- Encaminhar ao laboratório assim que possível em local apropriado;
- Retirar e desprezar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento e as intercorrências, se houver, no prontuário de saúde.

Coleta de fezes para exame parasitológico:

- Conferir o pedido do exame descrito em receituário médico e atentar para o nome da PPL e finalidade da coleta;
- Reunir material necessário;
- Entregar o material à PPL e orientá-la em relação ao procedimento a ser realizado e a forma correta de coletar o material:
 - Lavar as mãos;
 - Colher as fezes com a espátula em vários lados das fezes, depositando-a no recipiente padronizado, cerca de 5 a 10 g de fezes;
 - Desprezar a espátula, envolvendo-a com papel higiênico e jogando-a no lixo.

Quando o material for coletado pela PPL, o profissional de enfermagem deverá:

- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Receber o material e colar a etiqueta de identificação na lateral do frasco. Identificar o material com o nome da PPL, INFOPEN, data de nascimento e outros dados que o laboratório exigir;
- Encaminhar ao laboratório assim que possível em local apropriado;
- Retirar e desprezar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento e as intercorrências, se houver, no prontuário de saúde.

Coprocultura (fezes para cultura)

- Conferir o pedido do exame descrito em receituário médico e atentar para o nome da PPL e finalidade da coleta;
- Reunir material necessário;
- Entregar o material à PPL e orientá-la em relação ao procedimento a ser realizado e a forma correta de coletar o material:

- Lavar as mãos;
- Colher somente com a ponta da espátula a parte central do bolo fecal, de 5 a 10 g de fezes;
- Colocar o material coletado no recipiente próprio.

Quando o material for coletado pela PPL, o profissional de enfermagem deverá:

- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Receber o material e colar a etiqueta de identificação na lateral do frasco. Identificar o material com o nome da PPL, INFOPEN, data de nascimento e outros dados que o laboratório exigir;
- Encaminhar ao laboratório assim que possível em local apropriado;
- Retirar e desprezar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento e as intercorrências, se houver, no prontuário de saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- Solicitar que a PPL faça higiene íntima antes da coleta;
- Orientar a PPL que colete a primeira urina da manhã, desprezando o primeiro jato;
- Abrir o recipiente coletor somente na hora da coleta;
- Não tocar dentro do coletor e dentro da tampa do coletor;
- Orientar quanto à higienização das mãos antes e após o procedimento;
- Avisar a PPL para ficar de jejum caso necessário;
- Exames para cultura devem ser colhidos com técnica asséptica e em recipientes estéreis.

RESPONSABILIDADE:

Coletas de sangue, urina e fezes: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.
Coleta de secreção vaginal: Enfermeiro.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:


MACIEL, F.S. *et al.* **Manual de Normas e Procedimentos – Assistência de Enfermagem** – Prefeitura de Vespasiano – MG.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. **Fundamentos de enfermagem**. 2. Ed. Florianópolis: Cidade Futura 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ROCHA, F.C.V. *et al.* **Padronização Operacional Padrão do Hospital Getúlio Vargas**, Belo Horizonte – MG, 2012.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 18
	CONFERÊNCIA DE DOCUMENTOS DE SAÚDE		Criação:2016 Revisão:2023
Elaborado por: Gisellia Caroline de Oliveira Enfermeira COREN – MG 243.531	Revisado por: Fernanda Mendes Amaral Enfermeira COREN-MG: 139.497		Próxima revisão: 2025
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
CONCEITO: <ul style="list-style-type: none">Consiste na conferência de documentos de saúde pela equipe de enfermagem.			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none">Padronizar as ações de enfermagem na conferência de documentos de saúde.			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">Permitir a admissão da PPL, transferida de outra unidade prisional, somente se acompanhada do prontuário de saúde (pasta física);Garantir a transferência da PPL para outra unidade prisional juntamente com o prontuário de saúde (pasta física) e prontuário informatizado (SIGPRI) devidamente preenchido;Receber receituários médicos e outros documentos de saúde, livre de falsificações, de familiares e amigos da PPL.			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">Prontuário de saúde;Receituários médicos, pedidos de exames, laudos de exames laboratoriais, encaminhamentos médicos e agendamentos de consultas ou exames entregues por familiares e amigos da PPL;Telefone;Livro de Relatório de Enfermagem.			
PROCEDIMENTOS: Admissão da PPL transferida de outra unidade prisional			

- Receber o prontuário de saúde (pasta física) pelo Núcleo de Segurança da unidade e acessar o prontuário informatizado (SIGPRI);
- Conferir a documentação/registro:

- Observar se há algum agendamento de consulta médica, agendamento de exame laboratorial ou procedimento pendente registrado no prontuário de saúde pelo Núcleo de Saúde da unidade prisional de origem;

- Observar se a PPL faz uso de medicamentos. Se sim, medicá-la conforme a prescrição médica presente no prontuário de saúde. Caso a unidade não disponha do medicamento, solicitar no SIAD ou buscar junto à Farmácia Municipal ou solicitar aos familiares e amigos da PPL. Caso a prescrição médica esteja vencida, não medicar a PPL e agendar consulta médica se o quadro clínico permanecer;

- Conferir se as prescrições médicas possuem datas, nome e registro do profissional médico.

- Proceder à admissão da PPL no prontuário informatizado (SIGPRI), estabelecer os cuidados de enfermagem e providenciar os encaminhamentos necessários. Anexar receituários médicos e demais documentações recebidas no prontuário informatizado (SIGPRI).

Transferência da PPL para outra unidade prisional:

- Certificar-se de que as documentações/informações de saúde da PPL estão devidamente inseridas no prontuário informatizado (SIGPRI);
- Inserir no prontuário informatizado (SIGPRI) as medicações em uso, agendamentos de consultas médicas, agendamentos de exames laboratoriais e procedimentos pendentes, garantindo a continuidade da assistência à saúde;
- Registrar na aba Evolução do prontuário informatizado (SIGPRI) todas as informações importantes para garantir a continuidade da assistência à saúde;
- Encaminhar o prontuário de saúde (pasta física) ao Núcleo de Segurança com toda a documentação da PPL, bem como medicamentos (se houver).

Recebimento de documentos de saúde externos:

- Receber os documentos de saúde pelos familiares e amigos ou Núcleo de Segurança da unidade;
- Observar se há possibilidade de rasura, carimbo não fidedigno e dados incoerentes. Se houver dúvidas, não realizar o procedimento prescrito;
- Realizar ligação telefônica para o estabelecimento de saúde de onde a documentação for proveniente e averiguar se o documento de saúde é verídico;
- Caso não haja telefone ou e-mail para contato no documento de saúde, realizar agendamento de atendimento médico para a PPL para avaliar a necessidade de medicamento, exame, consulta especializada ou outro procedimento;
- Registrar no prontuário de saúde informatizado (SIGPRI) o recebimento do documento de saúde e as condutas de enfermagem;
- Caso o documento de saúde recebido pelos familiares ou amigos esteja com a data e horário de agendamento de consulta ou exame, ligar para o estabelecimento de saúde e remarcar, sempre mantendo o sigilo.

RECOMENDAÇÕES:

- Os profissionais de enfermagem não devem realizar quaisquer tipos de procedimentos caso tenham dúvidas em relação à veracidade das informações;
- As datas e horários das consultas ou exames agendados devem ser sigilosos;
- Sempre que houver transferência da PPL para outra unidade prisional, o prontuário de saúde (pasta física) deverá ser encaminhado e as informações de saúde devidamente registradas no prontuário informatizado (SIGPRI);
- Quando a PPL for admitida na unidade, oriunda de outra unidade prisional, esta deve vir acompanhada do prontuário de saúde (pasta física) e com o prontuário informatizado (SIGPRI) devidamente preenchido para a continuidade da assistência à saúde;
- A admissão e transferência da PPL, bem como o recebimento de documentos de saúde externos deverão ser registrados no Livro de Relatório de Enfermagem.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:


CARMAGNANI, M.I.S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem- guia Prático.** Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 2009.

CHEREGATTI, A. L. *et al.* **Técnicas de enfermagem.** São Paulo: Rideel, 2009. 246p.

MINAS GERAIS, **Regulamentos e Normas de Procedimento do Sistema Prisional de Minas Gerais,** Belo Horizonte, 2016.

MOTTA, A. L. C. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem.** 4ªed. São Paulo: Látia, 2003; p 166-7.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009. 1480p.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO: 19	
	CONSULTA E ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM	Criação:2016	Revisão:2023
Elaborado por: Gisellia Caroline de Oliveira Enfermeira COREN – MG 243.531	Revisado por: Fernanda Mendes Amaral Enfermeira COREN-MG: 139.497	Próxima revisão: 2025	
EXECUTORES	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem		

CONCEITO:

Os profissionais de enfermagem devem atender as demandas de saúde manifestadas pelas PPL, oferecendo ações e/ou procedimentos preventivos e curativos, bem como buscar solucionar as demandas espontâneas. Diante disso e da necessidade de estabilidade orgânica do indivíduo, define-se o Atendimento de Enfermagem, que proporciona assistência de enfermagem às PPL e a instituição precoce de cuidados que visem minimizar problemas de saúde e garantir a continuidade do cuidado em Saúde Prisional, de forma a garantir atenção interdisciplinar.

OBJETIVOS:

- Padronizar o cuidado de enfermagem na admissão da PPL;
- Qualificar assistência de enfermagem promovendo atenção integral humanizada da PPL;
- Realizar o atendimento inicial da PPL e a abertura do prontuário de saúde;
- Conhecer a PPL e suas queixas de saúde;
- Identificar sinais e sintomas sugestivos de doenças e agravos visando à intervenção, pronto-atendimento ou à sua prevenção;
- Acompanhar o estado de saúde da PPL, incluindo os doentes crônicos que participam dos Grupos Prioritários definidos pelo Ministério da Saúde;
- Realizar ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das PPL.

INDICAÇÕES:

- Fornecer atendimento adequado à PPL, com prática pautada na integralidade e resolutividade;
- Conhecer os problemas e condições de saúde da PPL;
- Incluir os pacientes crônicos nos programas dos Grupos Prioritários definidos pelo Ministério da Saúde;
- Identificar as potencialidades que influenciam no desenvolvimento dos problemas de saúde, buscando modificá-las;
- Identificar as queixas apresentadas pela PPL e estabelecer a conduta terapêutica, de acordo com a competência técnica, e/ou encaminhar para a

<p>área técnica necessária;</p> <ul style="list-style-type: none">• Esclarecer as dúvidas da PPL quanto à sua situação de saúde;• Acompanhar a situação de saúde e os problemas crônicos apresentados;• Acompanhar e intervir em processos de vulnerabilidade em saúde, apresentadas pela PPL;• Realizar procedimentos de enfermagem como curativos, preparo para coleta de exames laboratoriais, glicemia capilar, verificação de sinais vitais, anamnese e exame físico, administração de medicamentos, ações de educação em saúde e demais ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em geral;• Evitar complicações e agudizações de condições crônicas e/ou agudas de doenças e agravos em saúde já instalados;• Realizar orientações quanto ao autocuidado para proporcionar a manutenção ou melhora da situação de saúde.
<p>MATERIAIS UTILIZADOS:</p> <ul style="list-style-type: none">• Computador (principalmente para acessar o prontuário de saúde informatizado – SIGPRI);• Mesa;• Cadeiras;• Prontuário de saúde (pasta física) e impressos padronizados;• Caneta esferográfica, de cor azul ou preta;• Esfigmomanômetro;• Estetoscópio;• Termômetro;• Otoscópio;• Abaixador de Língua;• Álcool a 70%• Algodão hidrófilo;• Relógio;• Balança antropométrica.
<p>RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar a lavagem das mãos antes e após qualquer procedimento realizado, conforme técnica de higienização das mãos;• Conferir o receituário médico e atentar para o nome da PPL e procedimento prescrito;• É imprescindível registrar todos os procedimentos realizados e demais ocorrências no prontuário de saúde informatizado (SIGPRI);• Garantir à PPL privacidade durante o atendimento, principalmente em situações íntimas e conflituosas e/ou de maior vulnerabilidade física, psíquica e social;• Todo e qualquer atendimento de enfermagem somente deverá ser prestado à PPL se houver garantia de segurança à integridade física e psíquica do profissional de enfermagem, sobretudo pela presença do Policial Penal.
<p>RESPONSABILIDADE:</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermeiro: Acolhimento Inicial de Enfermagem, Consulta de Acompanhamento em Enfermagem e Atendimento para Procedimentos de

Enfermagem.

- Técnico de Enfermagem: Acolhimento Inicial de Enfermagem e Atendimento para Procedimentos de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

COREN-MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Legislação e Normas**. Ano 11. Nº 01. Belo Horizonte, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Cadernos de Atenção Básica nº 28, Vol. II. Brasília, DF, 2012.


BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. e-SUS Atenção Básica. **Classificação Internacional de Atenção Primária 2ª edição - CIAP-2**. Comitê Internacional Classificações Wonca (WICC). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=esus>;http://www.sbmfc.org.br/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf>. Acesso em: 29 Ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vídeos tutoriais e-SUS AB**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=esus>. Acesso: 20 Ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 09 de setembro de 2003**. Brasília, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde no sistema penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial MS/MJ nº 01, de 02 de janeiro de 2014**. Brasília, 2014.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO: 20	
	CUIDADOS COM SONDA VESICAL DE ALÍVIO	Criação:2016	Revisão:2023
Elaborado por:	Revisado por:	Próxima revisão: 2025	
Gisellia Caroline de Oliveira Enfermeira COREN – MG 243.531	Fernanda Mendes Amaral Enfermeira COREN-MG: 139.497		
EXECUTORES	Enfermeiro.		
CONCEITO: É um procedimento estéril que consiste na introdução de uma sonda até a bexiga, através da uretra, com a finalidade de facilitar a drenagem da urina.			
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none">Esvaziar a bexiga da PPL que apresenta comprometimento ou ausência da função vesical;Coletar urina para exame.			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">Indivíduos portadores de bexiga neurogênica;Realização de exames;Alívio da distensão vesical.			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">Luvas estéreis;Luvas de procedimento para higienização da região genital;EPIs: gorro, máscara, capote e/ou avental não estéril;Cateter uretral estéril descartável, compatível com a PPL;Solução antisséptica (PVPI tópico ou clorexidina aquosa);Compressas de gaze estéril;Bandeja de materiais estéreis para cateterismo vesical;Campo impermeável estéril;Lençol;Frasco para coleta de urina, se necessário;Lubrificante hidrossolúvel (lidocaína gel a 2%);Recipiente para drenagem de urina;Prescrição médica;			

- Prontuário de saúde.

PROCEDIMENTOS:

- Posicionar a PPL confortavelmente;
- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica e reunir todos os materiais necessários;
- Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível;
- Colocar a PPL em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar a assepsia com PVPI tópico ou clorexidina aquosa e gaze estéril da vagina ou pênis e região perineal;
- Disponibilizar a xilocaína com técnica asséptica (embalagem já fracionada disponibilizada pela UDF (Unidade de Dispensação Farmacêutica);
Obs: Em caso de indisponibilidade da xilocaína fracionada, deve-se abrir a xilocaína geléia com uma agulha 40x12 estéril e descartar o primeiro jato. Calçar a luva estéril na mão dominante. Pegar com a mão enluvada a seringa e remover o êmbolo desta. Com a outra mão que está sem luva, colocar aproximadamente 15 ml de xilocaína geleia dentro da seringa (pode-se retirar o êmbolo com o auxílio de uma gaze estéril, apoiando-o no campo tendo-se o cuidado de não contaminar). Após, dispor a seringa com a xilocaína sobre o campo, calçar o outro par de luva estéril e conectar o êmbolo da seringa com xilocaína e deixando-a pronta para o uso.
- Colocar as luvas estéreis, passar lubrificante hidrossolúvel na ponta da sonda e introduzi-la dentro da uretra até que a urina flua;
- Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina, caso seja para exame laboratorial;
- Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir;
- Secar a área e deixar a PPL confortável;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário de saúde, indicando o quantitativo de urina drenada.

RECOMENDAÇÕES:

- A realização do procedimento estéril de cateterismo de alívio dentro de unidades prisionais justifica-se pela presença de bactérias resistentes no ambiente que podem acarretar em infecções urinárias e problemas renais. Entretanto, o ambiente da residência da PPL tem outro tipo de flora bacteriana, o que possibilita a realização de uma técnica limpa.

PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO:

- A infecção do trato urinário – ITU é uma das causas prevalentes de infecção relacionadas à assistência à saúde – IRAS de grande potencial preventivo, visto que a maioria está relacionada à cateterização vesical.
- Como as ITU são responsáveis por até 45% das IRAS em adultos, com densidade de incidência de 3,1-7,4/1.000 cateteres/dia. Desta forma como o cateterismo urinário está diretamente relacionado à infecção deste sítio, o tempo de permanência prolongada das sondas vesicais, é fator crucial para

colonização e infecção do trato urinário.

MEDIDAS PREVENTIVAS RELACIONADAS À INFRAESTRUTURA: .

- Inserir cateteres para indicações apropriadas, e mantê-los somente o tempo necessário. Se possível, escolher a sondagem vesical de alívio; . Avaliar métodos alternativos para drenagem de urina;
- Estimular a micção espontânea através da emissão de som de água corrente; . Aplicar bolsa com água morna sobre a região suprapúbica;
- Realizar pressão suprapúbica delicada;
- Fornecer comadres e papagaios;
- Utilizar fraldas, auxiliar e supervisionar idas ao toalete;
- Utilizar sistemas não invasivos como tipo preservativos em homens.
- Assegurar que a inserção do cateter seja realizada por profissionais capacitados e treinados;
- Assegurar a disponibilidade de materiais para inserção com técnica asséptica;
- Documentar em prontuário as seguintes informações: indicação do cateter, responsável pela inserção, data e hora da inserção e retirada do cateter. . Realizar a inserção do cateter urinário pop específico.

QUANTO AO MANUSEIO DO CATETER: .

- Fixar o cateter de modo seguro que não permita tração ou movimentação; . Manter o sistema de drenagem fechado e estéril;
- Não desconectar o cateter ou tubo de drenagem, exceto se a irrigação for necessária;
- Trocar todo sistema se ocorrer desconexão, quebra de técnica asséptica ou vazamento;
- Para coletar amostra de urina, realizar aspiração com agulha estéril após desinfecção do dispositivo de coleta. Tentar levar amostra imediatamente ao laboratório;
- Manter o fluxo de urina desobstruído;
- Limpar rotineiramente o meato uretral com soluções antissépticas é desnecessário, mas a higiene rotineira do meato é indicado, podendo ser promovida durante o banho.

RESPONSABILIDADE:

- De acordo com a Resolução COFEN nº 450/2013, o cateterismo vesical é atividade privativa do Enfermeiro, no âmbito da equipe de Enfermagem.
- No que tange à realização do cateterismo vesical intermitente no domicílio, a capacitação da PPL (para o autocateterismo) é atribuição do Enfermeiro.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

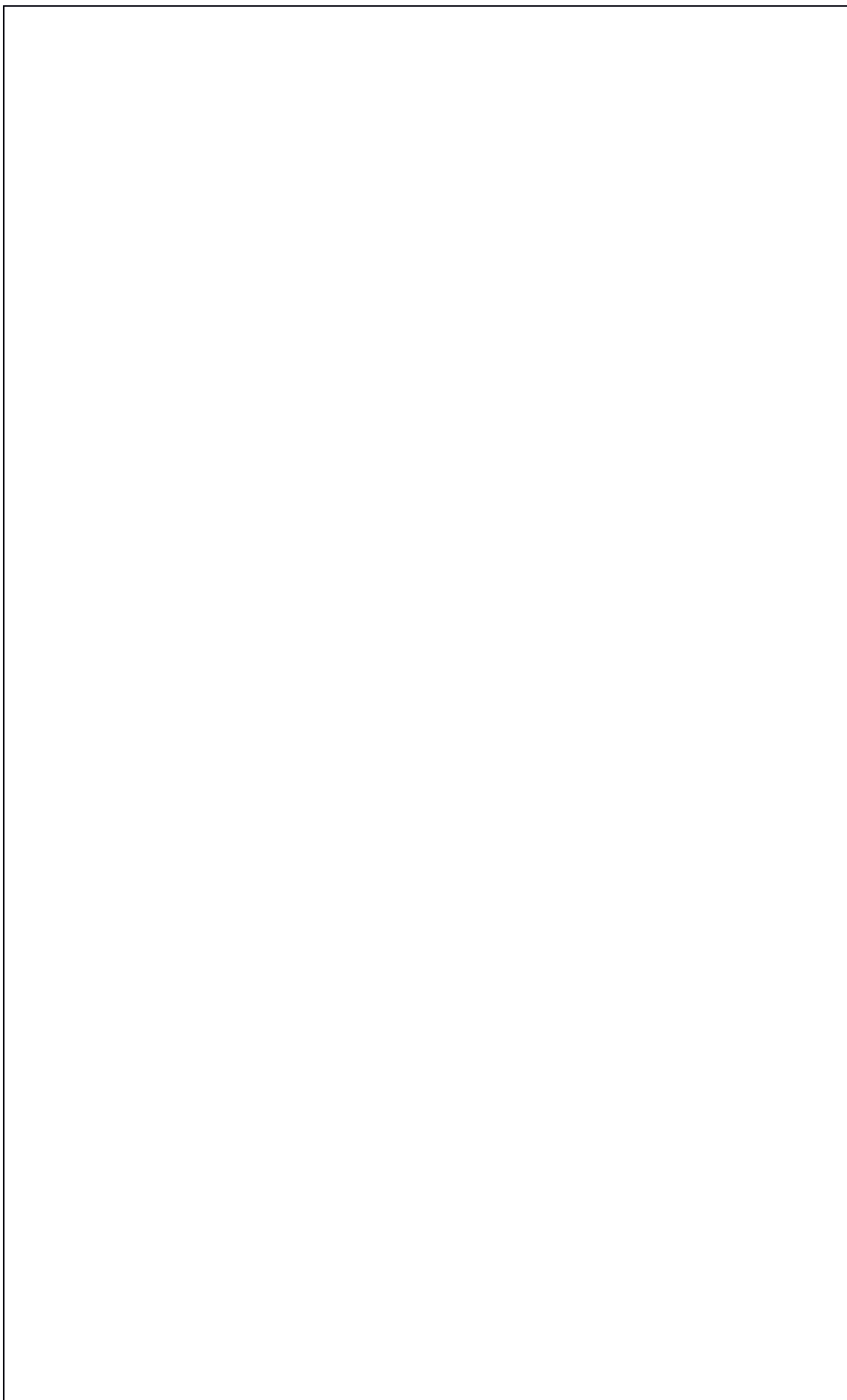
Assistência de Enfermagem na Realização do Cateterismo Intermitente Limpo. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/21780/assistencia-de-enfermagem-na-realizacao-do-cateterismo-intermitente-limpo>> Acesso em: 22 mar. 2018.


PARECER COREN-SP CAT nº 006/2015. Disponível em: <<http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer%2006-2015.pdf>> Acesso em: 22 mar. 2018.

Manual de Procedimentos Operacionais de Rotinas Básicas do Programa de Saúde da Família de Vespasiano.

Hospital Universitário da UFGO- EBSERRH. **Pop 075- Cateterismo vesical de alívio masculino.** Publicação: Portaria nº 111, de 11 de agosto de 2022 – Boletim de Serviço nº 297, de 29 de agosto de 2022.

Universidade Federal do Ceará- Hospitais Universitários. EBSERH. **MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO, URINÁRIO E CORRENTE SANGUÍNEA** – Sistema de Gestão da Qualidade. Protocolo Multidisciplinar 003 - V3 13 de Julho de 2023.



	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 21
	CUIDADO DO CORPO PÓS-MORTE	Criação:2016	Revisão:2025
Elaborado por:	Revisado por:	Próxima revisão: 2025	
Gisellia Caroline de Oliveira Enfermeira COREN – MG 243.531	Gláucia de Oliveira Vieira Costa Enfermeira COREN-MG: 266.474		
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
CONCEITO: <ul style="list-style-type: none">Cuidados dispensados ao corpo, após a constatação médica do óbito.			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none">Preparar o corpo pós-morte até o envio para Instituto Médico Legal e/ou Necrotério.			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">Após constatação do óbito pelo profissional médico;Manter o corpo limpo e identificado;Evitar a saída de odores e secreções;Dispor o corpo em posição adequada, antes da rigidez cadavérica.			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">EPI;Lençol;Fita Crepe;Seringa de 20ml;Pacote de gazes;Maca;Atadura Crepe 15cm;Etiqueta de identificação;Saco de óbito;Tesoura / lâmina de bisturi;Esparadrapo;Prontuário de saúde;Biombo.			
PROCEDIMENTOS:			

- Certificar-se da confirmação de óbito da PPL pelo profissional médico;
- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Reunir o material na bandeja;
- Calçar as luvas de procedimentos, colocar máscara cirúrgica e demais EPIs;
- Promover a privacidade da PPL, cercando com biombos, se for o caso;
- Posicionar a PPL em decúbito dorsal;
- Realizar higiene corporal, se necessário;
- Realizar curativos, se necessário;
- Colocar o corpo em posição dorsal e alinhar os membros;
- Fechar os olhos fazendo compressão nas pálpebras e fixar com esparadrapo;
- Retirar do corpo do paciente: sondas, cateteres, roupas, drenos e pertences;
- Recolocar próteses dentárias, se houver;
- Fixar o maxilar com atadura de crepe;
- Unir as mãos e amarrá-las sobre tórax com atadura de crepe;
- Unir os pés e amarrá-los com atadura de crepe;
- Identificar o corpo com etiqueta própria;
- Colocar o corpo dentro do saco de óbito e fechar o zíper;
- Auxiliar a transferência do corpo para maca;
- Cobrir com lençol;
- Providenciar o transporte do corpo para o necrotério;
- Entregar pertences aos familiares;
- Oferecer apoio e escuta aos familiares e prestar informações de saúde quando solicitadas;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar as luvas de procedimentos;
- Retirar avental descartável de manga longa;
- Higienizar as mãos;
- Providenciar limpeza terminal;
- Realizar as anotações no prontuário de saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- O corpo não deverá ser tamponado nos seguintes casos: restrição religiosa (judaica), embalsamamento ou necropsia;
- Todos os cuidados devem ser realizados com respeito, ética, competência e segurança.

RESPONSABILIDADE:

- Responsável pela constatação e registro de óbito no prontuário de saúde: Médico.
- Responsável pela execução dos procedimentos de cuidado pós-morte: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

CARMAGNANI MIS *et al.* **Procedimentos de Enfermagem- guia Prático.**

Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.2009.

CHEREGATTI, A. L. et al. **Técnicas de enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2009. 246p


MORITZ, R. A. **Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer**. Bioética, v.13, n. 2, p. 51-63, 2005.

NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION (NIC) **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

OLIVEIRA, M. A. P.; OGASAWARA, M. **Contribuição para uma postura humana em situação que se relaciona com a morte**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 365-378, 1992. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/136567>. Acesso em: 05 mar. 2023.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

SANTOS, R. A.; MOREIRA, M. C. N. **Resiliência e morte: O profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida**. SCIELOSP, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org> . Acesso em: 05 mar. 2023.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO: 22	
	CURATIVOS	Criação:2016	Revisão:2023
Elaborado por:	Revisado por:	Próxima revisão: 2025	
Gisellia Caroline de Oliveira Enfermeira COREN – MG 243.531	Gláucia de Oliveira Vieira Costa Enfermeira COREN - 266.474		
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
CONCEITO: Cuidado dispensado a uma área do corpo que apresenta lesão de continuidade. Atualmente o termo técnico utilizado é Terapia Tópica, o que engloba etapas como processo de limpeza, desbridamento e escolha da cobertura.			
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none">• Proteger a ferida;• Prevenir infecções;• Facilitar a cicatrização;• Absorver secreções;• Manter o contato dos medicamentos junto à ferida;• Promover conforto a PPL.			
INDICAÇÃO: Ferida por trauma e ferida cirúrgica.			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">• Luvas de procedimento e/ou estéreis;• Álcool a 70%;• Soro fisiológico 0,9% aquecido ou, na impossibilidade, em temperatura ambiente;• Agulha 25x8 mm (canhão verde) para promover pressão adequada do jato;• Gaze estéril;• Kit para curativo estéril;• Cuba rim;• Bacia;• Esparadrapo e/ou micropore;• Cobertura adequada;• Espátula descartável;• Ataduras;			

- Saco plástico branco para resíduos infectantes;
- Sabão líquido hospitalar.

PROCEDIMENTOS:

- Higienizar as mãos, conforme POP nº 29;
- Informar a PPL o procedimento que será realizado e seu objetivo;
- Avaliar o estado nutricional da PPL através do IMC e/ou solicitar exames laboratoriais, se necessário e conforme o protocolo municipal;
- Avaliar a ferida e condições da pele;
- Reunir todo o material necessário para o curativo;
- Posicionar a PPL de forma adequada e confortável;
- Envolver a bacia com o saco plástico, retirar o ar, dar um nó nas pontas e usá-la como anteparo para a realização do curativo;
- Calçar as luvas;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
- Remover o curativo já existente (em caso de troca) e se a cobertura e/ou atadura estiverem bem aderidos à ferida, aplicar o soro fisiológico em jatos, removendo com muita delicadeza, evitando traumas e retrocessos no processo cicatricial;
- Desprezar o curativo retirado juntamente com as luvas no lixo infectante;
- Calçar novas luvas;
- Proceder à limpeza da área utilizando pinça com gaze embebida em soro fisiológico, mantendo o princípio do local menos contaminado para o mais contaminado, removendo crostas e detritos, se houver; Em caso de sujidade, pode-se associar sabão líquido hospitalar desde que a pele esteja íntegra;
- Utilizar frasco de soro fisiológico 0,9%, realizar a desinfecção da parte superior do frasco com álcool 70% e perfurar antes da curvatura superior, com agulha 25x8 mm (somente um orifício);
- Higienizar a ferida com soro fisiológico, em jato numa distância em torno de 20 cm do leito da ferida até a retirada de toda a sujidade;
- Secar a pele perilesional e não secar o leito da ferida para preservar o tecido de granulação;
- Aplicar a cobertura primária adequada para o tipo de ferida;
- Aplicar a cobertura secundária, se houver necessidade;
- Se necessário, utilizar ataduras para manter melhor fixação do curativo;
- Desprezar as pinças na cuba rim para serem posteriormente esterilizadas;
- Desprezar o material contaminado em saco de lixo próprio;
- Retirar e descartar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Deixar o ambiente limpo e organizado;
- Registrar o procedimento e as intercorrências, se houver, no prontuário de saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- Antes de trocar um curativo, o profissional de enfermagem deve atentar para as anotações e evoluções de enfermagem sobre o tipo de curativo utilizado e a evolução do aspecto da ferida;

- A prescrição do curativo é privativa ao enfermeiro e ao médico;
- Os curativos mais complexos e de grande porte, pós-operatório e com sinais de infecção, devem sempre ser avaliados primeiramente pelo enfermeiro;
- O primeiro curativo após a realização de procedimento cirúrgico complexo deverá ser avaliado pelo profissional médico, na primeira consulta de retorno;
- Quando for necessário aplicar pomadas na ferida, deve-se sempre utilizar uma espátula;
- Após a suspensão do curativo, manter a ferida limpa e seca;
- Orientar a PPL sobre os cuidados necessários com a ferida e curativo.

RESPONSABILIDADE:

O Enfermeiro é responsável por avaliar a ferida e delegar a função se for de competência do Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de prevenção e tratamento de feridas – 2011**. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saudef&tax=25601&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&. Acesso em 10 mar. 2023.

BORGES, E. L. *et al.* **Feridas: Como Tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.144p.


BRASIL. **Anexo da Resolução COFEN Nº 0567/2018 – Regulamento da atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html Acesso em: 28 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**. – 2ªed. – Brasília, 1994.

BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 11ª ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

DUGAS, B.W. **Enfermagem prática**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, N.M.A.; MEIRELES, I.B. **Feridas - fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3ªed. Rio de Janeiro. Editora Yendis, 2011.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 23
	FÓRMULAS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	Criação:2016	Revisão:2023
Elaborado por:	Revisado por:	Próxima revisão: 2025	
Milena Eduarda Andrade Nascimento Enfermeira COREN-MG 354.799	Gláucia de Oliveira Vieira Costa Enfermeira COREN – 266.474		
EXECUTORES	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem		
CONCEITO: Refere-se à utilização de fórmulas e equivalências visando auxiliar o cálculo para a administração de medicamentos.			
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none">• Padronizar o cálculo de medicamentos;• Proporcionar administração segura de um medicamento ou droga;• Prevenir eventos adversos decorrentes da administração de doses incorretas de medicamentos;• Melhorar a qualidade da assistência à saúde.			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">• Utilização do cálculo de administração de medicamento em todas as prescrições medicamentosas;• Em situações de dúvida sobre dosagens de medicamentos.			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">• Caneta;• Papel;• Prescrição médica;• Calculadora;• Prontuário de saúde			

PROCEDIMENTO:

Equivalências

1 gota = 3 microgotas
1 mL = 20 gotas = 60 microgotas
1 microgota/minuto = 1 mL/h
1 mg = 1.000 mcg
1000 mL = 1 litro (L)
1000 mg = 1 grama (g)
100 mg = 0,1 g
1000g = 1 quilograma (Kg)
mL/h equivale = mcg/min
mL e cc (centímetro cúbico) = sinônimos

Transformação de solução: As soluções apresentam-se em concentrações variadas. São compostas por soluto e solvente, podendo ser apresentadas das formas a seguir:

- Hipotônica: inferior à concentração plasmática;
- Isotônica: mesma concentração plasmática;
- Hipertônica: superior à concentração plasmática.

Gotejamento de soluções: O cálculo de gotejamento de soluções deve ser realizado para o controle de infusão contínua, que no geral é prescrita em horários que determinarão seu tempo de infusão e quantas gotas serão infundidas por minuto. Esse gotejamento pode ser em gotas ou em microgotas.

Fórmula de gota e microgota para infusão em horas:

- Para Gotas =
$$\frac{\text{Volume em ml} \times \text{N}^{\circ} \text{ de gotas por minuto}}{\text{Tempo em hora} \times 3 \text{ (constante)}}$$
- Para Microgotas =
$$\frac{\text{Volume em ml} \times 3 \times \text{N}^{\circ} \text{ de microgotas por minuto}}{\text{Tempo em hora} \times 3 \text{ (constante)}}$$

Gotejamento das soluções em tempo inferior a uma hora: o tempo será determinado em minutos. Existem situações em que as soluções fisiológicas ou glicosadas podem ser utilizadas como diluente ou veículo de transporte para alguns medicamentos, os quais devem ser diluídos em um volume maior de diluente e infundidos gota a gota.

O tempo de infusão deve ser em minutos, sendo determinado pelo médico na

prescrição da droga.

RECOMENDAÇÕES:

- Ao preparar um medicamento, o profissional de enfermagem deve estar sempre atento para o tipo de droga e dosagem, de forma a administrar o fármaco exatamente como foi prescrito;
- Nunca administrar medicamentos se houver dúvidas. Sempre solicitar auxílio;
- Durante os cálculos e preparo do medicamento, evitar distrações e conversas paralelas;
- Refazer o cálculo sempre que necessário.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

AME. **Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Epub, 2013. 460 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/segurancana-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>>. Acesso em: 14 out. 2016.

DESTRUTI, Ana.B.C.B. **Cálculo e Conceito em Farmacologia**. 3ªed, São Paulo; Senac, 2001, 121p.

FAKIH, F. T. **Manual de Diluição e Administração de Medicamentos Injetáveis**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. 221 p.

FALCÃO, L.F.; MACEDO, G.L. **Farmacologia Aplicada em Medicina Intensiva**. São Paulo: Roca, 2011, 538 p.

GAHART, B.L. (organizador). **Medicamentos Intravenosos**. 26 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1168 p.


JACOMINI, L.C.L.; SILVA, T.M. **Interação Medicamentosa**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 784 p.

SANTOS, L.; TORRIANI, M.S.; BARROS, E. **Medicamentos de A a Z: Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 936 p.

SILVA, M.T.; SILVA, S.R.L.P.T. **Cálculos e Administração de Medicamentos na Enfermagem**. São Paulo: Martinari, 2008. 272p.

TRISSEL, L. A. **Guia de Bolso para Fármacos Injetáveis**. 14ª.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 432 p.

VIANA, D.L.; SILVA, E.S. **Guia de Medicamentos e Cuidados de Enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2010. 757 p.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 24
	GLICEMIA CAPILAR PERIFÉRICA	Criação: 2016	Revisão: 2023
Elaborado por:	Revisado por:	Próxima revisão: 2025	
Gisellia Caroline de Oliveira Enfermeira COREN – MG 243.531	Gláucia de Oliveira Vieira Costa Enfermeira COREN – 266.474		
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
CONCEITO: Dosagem de glicose no sangue com resultado imediato, sendo: <ul style="list-style-type: none">• Normal: glicemia em jejum entre 70mg/dl e 99mg/dl e inferior a 140mg/dl 2h após alimentação (pós-prandial) ou sobrecarga de glicose (pós-dextrosol).• Hipoglicemia: inferior a 70mg/dl.• Hiperglicemia: superior a 200mg/dl			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none">• Realizar o controle glicêmico da PPL.			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">• PPL que apresente sinais e sintomas sugestivos de Diabetes Mellitus;• PPL sabidamente diagnosticados com a doença;• PPL em situações de urgência e emergência.			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">• Luva de procedimento;• Glicosímetro;• Fita reagente para a glicemia compatível com o glicosímetro utilizado;• Lanceta ou agulha 13x4,5;• Álcool a 70%;• Algodão;• Prontuário de saúde.			

PROCEDIMENTOS:

- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Reunir o material a ser utilizado;
- Informar a PPL sobre o procedimento que será realizado e o objetivo do mesmo;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Selecionar o local da punção (polpa do dedo ou lobo da orelha);
- Higienizar o local da punção com algodão embebido em álcool a 70%;
- Retirar a fita reagente da embalagem e inseri-la no glicosímetro;
- Massagear o local da punção, a fim de melhorar o fluxo sanguíneo;
- Fazer um pequeno orifício com a lanceta ou agulha no local da punção;
- Manter a pressão até que forme uma boa gota de sangue;
- Fazer com que a área reagente da fita entre em contato com o sangue;
- Aguardar o tempo necessário para fazer a leitura do resultado;
- Limpar o resíduo de sangue do local da punção com algodão;
- Desprezar a lanceta ou agulha no recipiente de materiais perfurocortantes;
- Retirar e desprezar as luvas;
- Realizar higienização das mãos;
- Registrar o resultado da glicemia capilar periférica na Ficha de Acompanhamento de Glicemia da PPL e no prontuário de saúde;
- Caso seja identificada situação de urgência (hipoglicemia e hiperglicemia importantes), proceder ao encaminhamento adequado.

RECOMENDAÇÕES:

- O orifício deve ser realizado na lateral da polpa digital, visando diminuir a dor e o trauma.

RESPONSABILIDADE:


Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**. –2. ed. – Brasília, 1994.

BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 11ª ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 8ªed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2013

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 25
	IMUNIZAÇÃO	Criação:2016	Revisão:2023
Elaborado por:	Revisado por:	Próxima revisão: 2025	
Carlos Eduardo Prates Fonseca Enfermeiro COREN-MG: 251.759	Janaína de São José Rodrigues Enfermeira COREN – 405.178		
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
CONCEITO: Imunização é o ato ou efeito de imunizar, que se define pela prevenção, controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis, assim como pela redução da morbimortalidade por certos agravos, sendo a sua utilização bastante custo-efetiva.			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none">Garantir a execução do processo de imunização, ofertando imunobiológicos às PPL de acordo com o Calendário de Imunização preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde (MS) para adultos.			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">PPL que apresente situação vacinal incompleta;PPL que demanda imunização como parte do processo de cuidado, conforme prescrição válida;Imunização em campanhas sazonais preconizadas pelo MS e/ou de recomendação epidemiológica do serviço de epidemiologia municipal ou estadual;PPL que não apresente contraindicações absolutas para a imunização			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">EPI: jaleco e luvas de procedimento;Caixa térmica com termômetro digital de máxima e mínima;Bobinas reutilizáveis;Seringa de tamanho adequado;Agulhas de tamanho adequadoAlgodão;Coletor de perfurocortantes;Lixeira para descarte de resíduo comum e infectante;Cartão de imunização do adulto;			

- Boletim Diário de dispensação de imunobiológicos, por tipo;
- Boletim mensal de imunização;
- Mapa de controle diário de temperatura do refrigerador;
- Caneta esferográfica, lápis e borracha;
- Álcool a 70%;
- Prontuário de saúde.

PROCEDIMENTOS:

Preparo da Caixa Térmica:

- Colocar as bobinas reutilizáveis ambientadas (0°C) nas laterais internas da caixa;
- Posicionar o sensor do termômetro no centro da caixa, monitorando a temperatura até atingir o mínimo de +1°C;
- Acomodar os imunobiológicos no centro da caixa em recipiente plástico para melhor organização e identificação;
- Imprescindível o monitoramento contínuo da temperatura;
- Trocar as bobinas reutilizáveis sempre que necessário, quando a temperatura máxima atingir +7°C;
- Manter a caixa térmica fora do alcance da luz solar direta e distante de fontes de calor;
- Ao finalizar o trabalho de imunização: retornar as bobinas para congelamento, lavar e secar cuidadosamente a caixa, mantendo-a aberta até que esteja completamente seca e guardá-la aberta e em local ventilado.

Técnica de imunização:

- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Reunir o material necessário;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Orientar a PPL quanto ao procedimento a ser realizado, indicações dos imunobiológicos e aos cuidados para a possível ocorrência de efeitos adversos associados a vacinação;
- Obter informações sobre o estado de saúde da PPL a ser vacinada, a fim de observar as indicações e contraindicações (relativas e absolutas) à administração dos imunobiológicos, evitando as falsas contraindicações;
- Inspeccionar o frasco da vacina, realizando a conferência da vacina e sua data de validade;
- Fazer a limpeza da tampa de borracha do frasco com algodão seco ou, em caso de ampola de vidro, envolver a ampola em algodão seco para quebrar e assim abrir a mesma;
- Aspirar o conteúdo desejado;
- Coloque a seringa em posição vertical (no nível dos olhos), ajuste a dose com a agulha ainda conectada ao frasco ampola e expulse o ar;
- Administrar os imunobiológicos utilizando a técnica correta (via correta, ângulo correto, tamanho correto da agulha, local correto, punção correta, dosagem correta, imunobiológico correto);

- Desprezar seringa e a agulha em caixa de material perfurocortante;
- Retirar e desprezar corretamente as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Fazer o aprazamento no Cartão de Imunização da PPL;
- Anexar o Cartão vacinal no prontuário físico de saúde e inserir as informações na Aba Evolução no prontuário eletrônico.

RECOMENDAÇÕES:

- Todos os Núcleos de Saúde das unidades prisionais devem garantir as imunizações previstas no PNI do MS para a PPL, a fim de atualizar os Cartões Vacinais dos indivíduos. As Campanhas Sazonais preconizadas pelo MS também devem ser asseguradas.
- As unidades que não possuem “Sala de Vacina” devem realizar campanhas vacinais semestrais e sazonais, em parceria com a divisão de Imunização da SMS do território;
- A equipe de enfermagem deve estabelecer parceria com a SMS do território para a concretização dessas ações;
- A equipe de enfermagem deve realizar o levantamento da demanda de imunização de sua unidade prisional, considerando o PNI do MS, no mínimo contra Hepatite B, Tétano, Febre Amarela e quando houver indicação por situação epidemiológica e solicitar ao município os imunobiológicos e os recursos necessários;
- Colocar os imunobiológicos e diluentes, durante a jornada de trabalho, em caixa térmica climatizada com bobinas reutilizáveis e termômetro, a fim de auxiliar na manutenção da temperatura ideal. Quando for necessário, deve ser realizada a troca das bobinas. Ao retornar os imunobiológicos para o refrigerador, certificar-se da viabilidade de tais insumos, principalmente quanto ao quesito “manutenção adequada de temperatura” durante todo o período em que os imunobiológicos estiveram acondicionados em caixas térmicas;
- Organizar a caixa térmica estabelecendo uma proporção adequada entre o tamanho da caixa, a quantidade de imunobiológicos e a quantidade de gelo reciclável;
- Posicionar os imunobiológicos na caixa térmica, deixando-os circundados (ilhados) pelo gelo reciclável (os frascos de doses não deverão estar em contato direto com o gelo rígido) e manter condições ideais de conservação dos imunobiológicos, entre +2°C e +8°C, sendo ideal +5°C;
- Os imunobiológicos deverão ser aspirados no momento da administração. Doses de imunobiológicos não utilizadas durante a jornada devem ser acondicionadas conforme prazo de validade e tipo de imunobiológico, sendo que as mesmas podem ser reacondicionadas no refrigerador, caso recomendações específicas do imunobiológico o permitam;

- Não utilizar álcool para antissepsia da pele nem para a limpeza do frasco de imunobiológico;
- Imunobiológicos especiais, para PPL que apresentem demandas específicas devem ser solicitados em formulários padrão do PNI, via SMS do município, ao Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE);
- Realizar diariamente o controle de temperatura, registrando os achados no Mapa;
- Substituir as caixas em caso de rachaduras e furos.
- Ao verificar inobservância de qualquer item nos cuidados básicos, comunicar ao Enfermeiro para tomar medidas cabíveis;
- Em caso de recusa da PPL em receber o imunobiológico, solicitar a sua assinatura em Termo de Recusa específico para tal.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.


BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde no sistema penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial MS/MJ nº 01, de 02 de janeiro de 2014**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações**. 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.136 p. Disponível em:
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf
Acesso em 17 fev. 2023.

COREN-MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Legislação e Normas**. Ano 11. Nº 01. Belo Horizonte, 2009.

SMELTZER, S.G; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Trad. Brunner & Suddarth's. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 26
	LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS		Criação:2016 Revisão:2023
Elaborado por: Carlos Eduardo Prates Fonseca Enfermeiro COREN-MG: 251.759	Revisado por: Janaína de São José Rodrigues Enfermeira COREN – 405.178		Próxima revisão: 2025
EXECUTORES Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			

CONCEITO:

Quanto aos Processos:

- Limpeza:** Remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas para redução da carga microbiana presente nos produtos para saúde, utilizando água, detergentes, produtos e acessórios de limpeza, por meio de ação mecânica (manual ou automatizada), atuando em superfícies internas (lúmen) e externas, de forma a tornar o produto seguro para manuseio e preparado para desinfecção ou esterilização;
- Desinfecção:** É o processo físico ou químico que destrói todos os microrganismos, exceto os esporulados;
- Esterilização:** É o processo físico ou químico que destrói todos os tipos de microrganismos, inclusive os esporulados.

Quanto à Criticidade de Materiais:

- Materiais Críticos:** são produtos para a saúde utilizados em procedimentos invasivos com penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepiteliais e sistema vascular, incluindo também todos os produtos para saúde que estejam diretamente conectados com esses sistemas;
- Materiais Semicríticos:** produtos que entram em contato com pele não íntegra ou mucosas íntegras colonizadas;
- Materiais Não Críticos:** produtos que entram em contato com pele íntegra ou não entram em contato com o paciente.

OBJETIVOS:

- Remover a sujidade dos artigos;
- Reduzir a carga microbiana natural dos artigos;
- Evitar a propagação dos focos de infecção de um paciente para outro;
- Acondicionar os artigos em invólucro compatível com o processo (armazenagem e/ou esterilização);

- Oferecer um artigo em boas condições de funcionalidade e com proteção adequada;
- Eliminar microrganismos aplicando-se vapor, temperatura, pressão e tempo;
- Manter condições adequadas evitando a contaminação do material esterilizado.

INDICAÇÕES:

- Manter em estado de asseio os artigos e áreas;
- Diminuição da sujidade e redução da população microbiana
- Proporcionar segurança a PPL e aos profissionais envolvidos, não disseminando a infecção.

MATERIAIS UTILIZADOS:

- Artigos a serem processados;
- Água, detergente enzimático, escovinhas e tecidos absorventes;
- EPIs: luvas grossas de borracha, avental impermeável, gorro, máscara e óculos;
- Hipoclorito de sódio a 1%;
- Álcool a 70%;
- Papel grau cirúrgico;
- Sacolas plásticas transparentes;
- Seladora;
- Autoclave;
- Água destilada;
- Copo medidor;
- Luva térmica;
- Armário de aço com portas, para armazenamento do material esterilizado.

PROCEDIMENTOS:

Limpeza - processo manual

- Diluir o detergente enzimático conforme recomendações do fabricante;
- Manter os materiais imersos na solução por tempo recomendado pelo fabricante;
- Higienizar peça por peça com escova apropriada friccionando delicadamente o corpo e as articulações sempre na direção das ranhuras;
- Enxaguar as peças com água abundante até remover completamente a sujidade e o detergente;
- Friccionar os artigos sob a água para evitar aerossóis de microrganismos;
- Realizar secagem rigorosa, em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara para facilitar a inspeção;
- Após o processo de limpeza, os artigos devem ser inspecionados para verificação da limpeza e de seu adequado funcionamento. Em caso de inadequação solicitar a troca do artigo.

Desinfecção - processo químico

- Preparar a solução desinfetante de acordo com as orientações do fabricante;
- Imergir os artigos na solução após lavagem e secagem minuciosa;
- Manter os materiais imersos na solução pelo tempo recomendado pelo fabricante;
- Enxaguar as peças com água em abundância até remover completamente o desinfetante;
- Realizar secagem rigorosa, em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara para facilitar a inspeção;
- Estocar os materiais em sacolas plásticas transparentes fechadas.

Preparo e empacotamento

- Higienizar as mãos;
- Inspecionar o artigo quanto à limpeza, integridade e funcionalidade;
- Selecionar a embalagem;
- Selar e observar se a selagem está íntegra;
- Identificar o pacote com etiqueta constando os seguintes dados: sigla da Unidade Prisional, tipo de material/kit contido no invólucro, nome do profissional que preparou o invólucro, data de processamento e data de validade, conforme modelo abaixo:

SIGLA DA UNIDADE PRISIONAL	
TIPO DE MATERIAL/ KIT	
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	
DATA DE PROCESSAMENTO	
DATA DE VALIDADE	

Esterilização - processo físico

- Carregar a autoclave sem ultrapassar 2/3 da capacidade da câmara;
- Dispor os pacotes na vertical de maneira que facilite a esterilização;
- Deixar espaço para a circulação do vapor;
- Não encostar pacotes nas paredes da autoclave;
- Programar e ligar a autoclave;
- Após o ciclo deixar o material resfriar antes de retirá-los para armazenagem; deixando a porta entreaberta;
- Verificar se as listras do papel grau cirúrgico escureceram, certificando-se da esterilização.

Armazenamento e estocagem

- Guardar os materiais somente quando estiverem totalmente frios;
- Separar os artigos estéreis dos não estéreis;
- Guardar os materiais em armários de superfície lisa e de fácil limpeza;
- Verificar diariamente a integridade e aspecto dos pacotes;
- Realizar a desinfecção do espaço semanalmente com álcool a 70%;
- Manter as portas do armário sempre fechadas;
- Organizar as pinças por tipo facilitando a identificação;

- Verificar semanalmente as validades dos pacotes.

RECOMENDAÇÕES:

Limpeza - processo manual

- É a etapa essencial para qualquer artigo, seja ele crítico, semicrítico ou não crítico;
- Deve sempre preceder a desinfecção e a esterilização;
- Os artigos devem ser submetidos ao processo de limpeza o mais rápido possível para facilitar a remoção de sujidade aderida;
- Não exceder o tempo necessário de imersão, pois poderá danificar o instrumental e reduzir sua vida útil;
- Abrir as pinças para lavagem;
- Higienizar instrumentais recém-adquiridos antes da primeira esterilização para remover poeira;
- Utilizar removedor de oxidação após a lavagem em instrumentais que apresentem sinais de ferrugem. Enxaguar com água abundante antes do preparo para esterilização;
- O kit nebulização deve ser desconectado antes de ser imerso em soluções;
- Certificar-se de que a solução entrou no lúmen dos artigos. Se necessário forçar a entrada do líquido utilizando uma seringa;
- Utilizar recipiente plástico para imersão de soluções;
- Para a secagem dos artigos deve-se utilizar tecido absorvente de cor clara que não solte partículas;
- O detergente enzimático diluído deve ser usado apenas em um plantão. Prepara-se no início do dia e despreza-se no final. Deve ser trocado durante o dia apenas se estiver visivelmente sujo.

Desinfecção - processo químico

- Imergir o artigo na solução em quantidade suficiente para envolvê-lo totalmente;
- Preencher com solução desinfetante o instrumento que contenha áreas ocas;
- Respeitar o tempo de imersão recomendado pelo fabricante;
- Utilizar recipiente de plástico rígido com tampa;
- O hipoclorito é o desinfetante de escolha para artigos que não possuem componentes metálicos devido sua atividade corrosiva e é indicado para desinfecção de artigos de assistência respiratória;
- A desinfecção de almotolias deve ser realizada a cada 7 dias, com registro em etiqueta da data da desinfecção e assinatura do profissional que realizou;
- Preparo da solução de hipoclorito a 1%: verificar a concentração do hipoclorito no rótulo da solução a ser usada, utilizar 1 litro de hipoclorito ou quanto baste para que todos os materiais fiquem submersos na solução, validade da solução de 12 horas.

Preparo e empacotamento

- Materiais que não precisam de esterilização irão direto para o arsenal;

- Empacotar pinças de forma semiaberta (no primeiro ponto);
- Identificar sempre o pacote com o nome de quem preparou data do processamento e a data de validade.

Esterilização - processo físico

- Não colocar material quente em superfície fria para evitar condensação e contaminação;
- Objetos côncavos devem ser colocados de boca para baixo. Bandejas e bacias devem ser colocadas em pé;
- Realizar desinfecção da câmara interna do equipamento semanalmente com álcool a 70%.

Armazenamento e estocagem

- Deverá ser em uma área de acesso restrito;
- Considerar como contaminados quaisquer pacotes que tenham caído no chão;
- Não utilizar materiais que estejam com pacotes amassados, úmidos ou manchados.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução: RDC Nº 15, de 15 de Março de 2012.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html>. Acesso em: 03 abr. 2018.


BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde.** 2. ed. Brasília, 1994. 50 p. Disponível em: Acesso em: 03 abr. 2018.

CONTAGEM. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Organização. Manual de Processamento de Artigos em Serviços de Saúde.** Outubro, 2010.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Legislação e Normas.** v. 13. Belo Horizonte, MG, 2013. Disponível em: Acesso em: 03 abr. 2018.

COREN-MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Legislação e Normas.** Ano 11. Nº 01. Belo Horizonte, 2009.

SMELTZER, S.G; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Trad. Brunner & Suddarth's. 14ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO: 27	
	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	Criação: 2016	Revisão: 2023
Elaborado por:	Revisado por:	Próxima revisão: 2025	
Priscila de Moraes Machado Enfermeira COREN-MG: 240.340	Janaína de São José Rodrigues Enfermeira COREN – 405.178		
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		

CONCEITO:

O método antropométrico permite a avaliação do peso e da altura e outras medidas do corpo humano. Ele representa um importante recurso para a avaliação do estado nutricional do indivíduo e ainda oferece dados para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças. Para obter a correta medição do peso e da altura deve-se garantir, previamente, o perfeito funcionamento dos equipamentos.

Índice de Massa Corporal (IMC) Adulto = Peso (kg) / Altura (m)²

IMC	DIAGNOSTICO NUTRICIONAL
< 18,50	Baixo peso
> 18,50 a < 24,99	Adequado
> 25,00 a < 29,99	Sobrepeso
> 30,00 a < 34,99	Obesidade Classe I
> 35,00 a < 39,99	Obesidade Classe II
≥ 40,00	Obesidade Classe III

RELAÇÃO CINTURA-QUADRIL - ADULTO

Relação Cintura/Quadril - Risco para doenças cardiovasculares

RCQ > 1 para homens

RCQ > 0,85 para mulheres

A RCQ é um indicador da distribuição da gordura corporal. Em adultos, o padrão de distribuição do tecido adiposo tem maior valor preditivo de morbimortalidade do que o depósito total de gordura. Esta distribuição configura a obesidade em dois tipos:

- Tipo maçã (ou também chamada obesidade central, abdominal, centrípeta ou andróide), que representa maior risco à saúde do indivíduo;
- Tipo pêra (ou obesidade com distribuição universal, ginecóide ou centrífuga), que tem menor risco estatístico de morbimortalidade relacionado ao excesso de peso.

A RCQ é obtida colocando-se a fita métrica ao redor da cintura e depois ao redor do

quadril, na altura do trocanter. Deve-se usar estes valores em centímetros para o cálculo da razão.

OBJETIVOS:

- Obter os valores corretos e exatos do peso e altura;
- Avaliar o crescimento e o desenvolvimento
- Avaliar o desenvolvimento pôndero-estatural;
- Avaliar o ganho de peso, patologias alimentares e hábitos dietéticos.

INDICAÇÕES:

- PPL com desnutrição;
- PPL com obesidade;
- Gestantes;
- Acompanhamento de crescimento e desenvolvimento;
- Diagnósticos de doenças alimentares;
- No primeiro atendimento (Entrevista Inicial) da PPL para acompanhamento do quadro e/ou para comparação com dados passados ou futuros.

MATERIAIS UTILIZADOS:

- Balança antropométrica;
- Fita métrica;
- Papel toalha;

PROCEDIMENTOS:

Verificação de peso:

- Orientar a PPL sobre o procedimento que será realizado e seu objetivo;
- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Avaliar as condições clínicas quanto a locomoção da PPL até a balança ou encaminhar a balança até a PPL;
- Forrar a balança com papel toalha;
- Regular a tara da balança: colocar os mostradores em zero, levantar o pino da trava, girar o parafuso de calibragem para direita ou esquerda, nivelar o fiel da balança e baixar o pino da trava;
- Orientar a PPL a retirar sapatos ou chinelo;
- Auxiliar a PPL a subir na balança, colocando-a ereta no centro da mesma, com os pés unidos, os braços soltos ao longo do corpo e de costas para a escala graduada. Para crianças, colocá-las deitadas e sem roupas sobre a balança;
- Destravar a balança;
- Mover o indicador de quilos até a marca do peso aproximado da PPL;
- Mover o indicador de gramas até o equilibrar o fiel da balança;
- Atentar para que a PPL não toque em nada;
- Ler a escala graduada do peso indicado (peso e gramas);

- Retornar os pesos ao ponto zero e abaixar o pino de trava;
- Auxiliar a PPL a descer da balança;
- Higienizar as mãos;
- Registrar a medida no prontuário de saúde.

Verificação de estatura:

- Orientar a PPL sobre o procedimento que será realizado e seu objetivo;
- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Avaliar as condições clínicas quanto à locomoção da PPL até a balança ou encaminhar a balança até a PPL;
- Forrar a balança com papel toalha;
- Orientar a PPL a manter o corpo ereto e olhar para frente
- Levantar a haste graduada até o nível sobre a cabeça (leve apoio);
- Realizar a leitura do dado obtido (metro e centímetro);
- Descer e travar a haste;
- Auxiliar a PPL a descer da balança;
- Higienizar as mãos;
- Registrar a medida no prontuário de saúde.

Medida da circunferência do quadril

- Orientar a PPL sobre o procedimento que será realizado e seu objetivo;
- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Pedir a PPL para permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com o mínimo de roupas possível;
- Colocar a fita métrica ao redor do quadril, na área de maior diâmetro e sem comprimir a pele;
- Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes;
- Realizar a leitura;
- Higienizar as mãos;
- Registrar a medida no prontuário de saúde.

Medida da circunferência da cintura

- Orientar a PPL sobre o procedimento que será realizado e seu objetivo;
- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Pedir a PPL para permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo, utilizar o mínimo de roupas possível, manter abdômen relaxado e os pés separados numa distância de 25 a 30 cm;
- Solicitar o afastamento da roupa, de forma que a região da cintura fique despida. A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto;
- Posicionar de frente para a PPL, segurar o ponto zero da fita métrica em sua mão direita e com a mão esquerda passar a fita ao redor da cintura ou na menor curvatura localizada entre as costelas e o osso do quadril (crista ilíaca);
- Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura, não deve ficar larga, nem apertada;
- Pedir a PPL que inspire e, em seguida, que expire totalmente.
- Realizar a leitura imediata antes que a pessoa inspire novamente;
- Higienizar as mãos;
- Registrar a medida no prontuário de saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- Fazer a avaliação de peso e altura no momento da admissão da PPL na unidade prisional e de acordo com a necessidade ou prescrição médica;
- Observar se a PPL, ao ser pesada, esteja com roupas leves e bexiga vazia;
- Realizar as medições no mesmo horário e de preferência pela manhã, em jejum;
- Manter manutenção adequada dos equipamentos a fim de evitar erros causados por problemas ou defeitos dos mesmos.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.


REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.: **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ROCHA, F.C.V. et al. **Padronização Operacional Padrão do Hospital Getúlio Vargas**, Belo Horizonte – MG, 2012.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem medicocirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. 253 p. (WHO Obesity Technical Report Series, n. 894). Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>>. Acesso em: 22 mar. 2023.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO: 28	
	NEBULIZAÇÃO	Criação:2016	Revisão: 2023
Elaborado por:	Revisado por:	Próxima revisão: 2025	
Maria Cristina de Oliveira Enfermeira COREN-MG 212.105	Janaína de São José Rodrigues Enfermeira COREN – 405.178		
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		

CONCEITO:

É a administração de medicamentos no sistema respiratório.

OBJETIVOS:

- Diminuir a inflamação através das associações de corticoides à nebulização;
- Administrar medicamento no trato respiratório por inalação para obter um efeito local no trato respiratório;
- Umidificar a via aérea superior;
- Facilitar a drenagem de muco das VAS superiores e pulmonares.

INDICAÇÃO:

- Melhorar quadro clínico de dispneia e broncoespasmo do paciente.

MATERIAIS UTILIZADOS:

- Aparelho Nebulizador;
- Máscara, copinho e extensão para nebulização;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Medicação prescrita;
- Bandeja;
- Luvas de procedimento.

PROCEDIMENTOS:

- Conferir a prescrição médica;
- Realizar a higienização das mãos conforme POP nº 29;
- Calçar as luvas;
- Separar o material a ser utilizado na bandeja;
- Preparar o nebulizador, colocando o soro fisiológico 0,9% e acrescentando o medicamento conforme prescrição médica;
- Orientar a PPL quanto ao procedimento realizado;

- Aproximar a máscara do rosto da PPL e ajusta-lá entre o nariz e a boca solicitando que respire com os lábios entre abertos, mantendo a frequência respiratória normal;
- Aferir a pulsação da PPL, atentar para possível arritmia cardíaca;
- Solicitar que não fale durante o procedimento;
- Desligar o aparelho de nebulização após o procedimento;
- Retirar a máscara e o copinho do nebulizador;
- Encaminhar o aparelho de nebulização junto com o copinho e a máscara para desinfecção;
- Realizar a higienização das mãos;
- Anotar no prontuário de saúde o procedimento realizado.

RECOMENDAÇÕES:

- Realizar a contagem criteriosa das gotas dos medicamentos prescritos a fim de evitar reações adversas;
- Observe para a não ocorrência de névoa no aparelho de nebulização;
- Interrompa a nebulização caso o cliente apresente qualquer alteração;
- Verificar antes de começar o procedimento se todos os equipamentos estão devidamente limpos;
- Realizar a desinfecção do aparelho antes e após o uso.


RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

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

UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais. **Instruções de Trabalho de Enfermagem**. Belo Horizonte: Hospital das Clínicas da UFMG, 2011.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 29
	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	Criação:2016	Revisão:2023
Elaborado por:	Revisado por:	Próxima revisão: 2025	
Maria Cristina de Oliveira Enfermeira COREN-MG 212.105	Magda Aline Teles Enfermeira COREN-MG 394.423		
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem		

CONCEITO:

A mão é um importante meio de transmissão de sujidade e microrganismos e por isso merece cuidado especial em relação a sua higienização. São condutoras de quase todas as transferências de potenciais patógenos de um paciente para o outro, de um objeto contaminado e também de um funcionário ao paciente.

A higienização das mãos é a forma individual mais simples e menos dispendiosa para reduzir a infecção cruzada relacionada à assistência à saúde.

OBJETIVO:

- Promover a remoção de sujidades e da microbiota transitória, reduzindo a microbiota residente das mãos, com auxílio de um antisséptico, sendo a única medida eficaz e a mais importante para prevenir infecções.

INDICAÇÕES:

- Devem higienizar as mãos todos os profissionais que trabalham em serviço de saúde, que mantém contato direto ou indireto com a Pessoa Privada de Liberdade (PPL);
- Antes de iniciar as atividades diárias;
- Antes e após o uso de luvas;
- Antes e após procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
- Ao mudar de sítio corporal, de um contaminado para outro limpo, durante o cuidado com a PPL;
- Antes e após preparar e manipular medicamentos;
- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas;
- Ao entrar e sair da unidade.

MATERIAIS UTILIZADOS:

Lavagem de mãos:

- Pia para higienização das mãos;
- Água corrente e sabão líquido;
- Papel toalha;
- Lixeira para descarte do papel toalha.

Higienização de mãos:

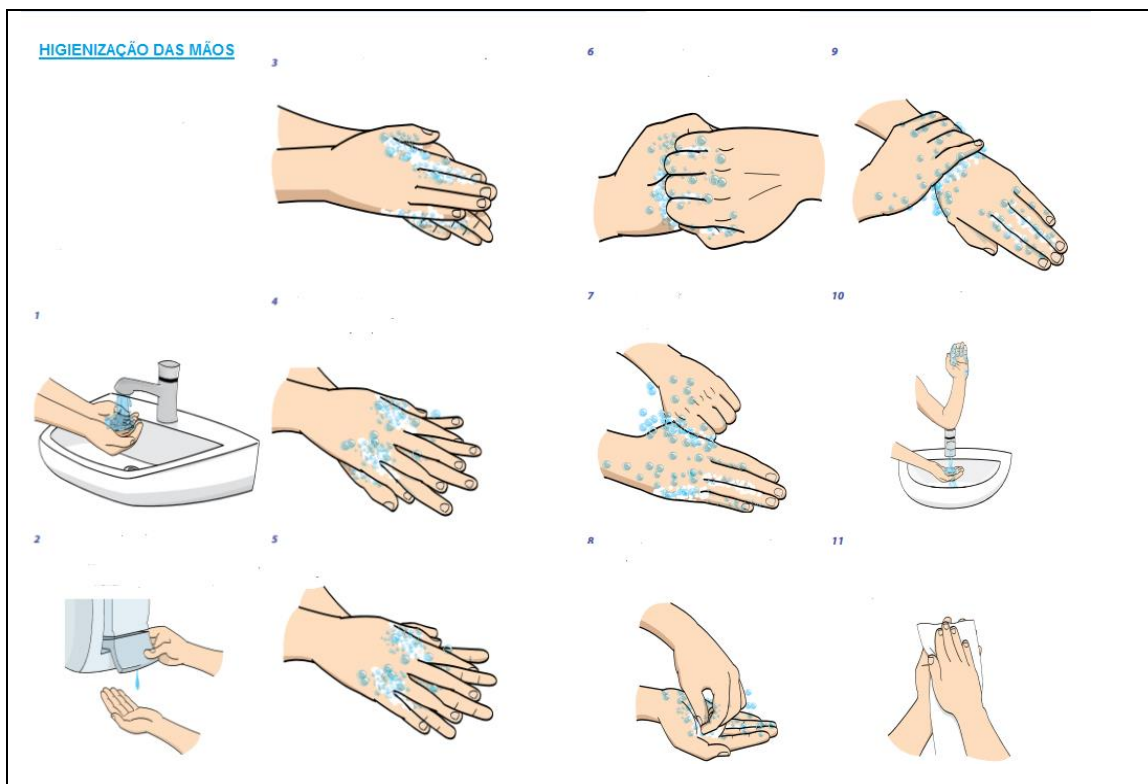
- Substância à base de álcool para esfregar as mãos.

PROCEDIMENTOS:

- Retire anéis e relógios; dobre as mangas até altura do cotovelo.
- Abra a torneira com a mão dominante sem encostar a pia, para não contaminar a roupa.

Quando não houver mecanismo de fechamento automático:

- Mantenha as mãos abaixo do nível do cotovelo para evitar que a água escorra em seu braço e retorne, contaminando as áreas limpas;
- Molhe as mãos do punho até a ponta dos dedos, sob água corrente;
- Coloque em torno de 3 a 5 ml de sabão líquido nas mãos;
- Friccione as mãos por aproximadamente 40 segundos:
- Palma contra palma;
- Palma direita sobre dorso esquerdo entrelaçando os dedos;
- Palma esquerda sobre dorso direito, entrelaçando os dedos;
- Palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais;
- Parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai-vem;
- Rotação dos polegares direito e esquerdo;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;
- Esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;
- A formação de espuma extrai e facilita a eliminação de partículas;
- Coloque as mãos em nível baixo, enxágue dos dedos para o punho em água corrente sem encostá-las na pia retirando totalmente a espuma e os resíduos de sabão;
- Seque as mãos com papel toalha descartável, dos dedos para o punho e antebraço; em caso de torneira com acionamento manual, fechá-la com o mesmo papel toalha para evitar contaminação;
- Desprezar o papel toalha na lixeira.



RECOMENDAÇÕES:

- Antes de iniciar a lavagem das mãos, é importante retirar as jóias como anéis, pulseiras e relógios, pois nesses objetos podem acumular-se sujidades e microrganismos.
- As luvas não devem ser utilizadas em substituição da higienização das mãos; as mãos devem ser lavadas antes e após seu uso.
- Evitar utilizar água quente para higienização das mãos (risco de dermatites).
- Mantenha as unhas naturais, limpas e curtas.
- A torneira deve possuir mecanismo de fechamento automático, sem contato manual.
- Os lavatórios/pias devem estar sempre limpos e livres de objetos que possam dificultar o ato de lavar as mãos.
- O papel toalha deve ser de preferência sem fragrância, não liberar partículas e possuir boa propriedade de secagem das mãos.
- O uso de álcool não substitui a lavagem de mãos.

RESPONSABILIDADE:


Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BRASIL. AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA – ANVISA. **Higienização das mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, 2007.

BRASIL. AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA. **Nota Técnica Nº01/2018 Gvims/Ggtes/Anvisa: Orientações Gerais Para Higiene Das Mãos Em Serviços De Saúde**, Brasília, 2018.

GARCEZ, R.M; et al. **As Melhores Práticas de Enfermagem, Procedimentos baseados em evidências.** 2ª Edição. Artmed: 2010.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM OXIGENOTERAPIA	CÓDIGO: 30	
		Criação:2016	Revisão:2020
Elaborado por: Gisellia Caroline de Oliveira Enfermeira COREN – MG 243.531	Revisado por: Magda Aline Teles Enfermeira COREN-MG 394.423	Próxima revisão: 2022	
EXECUTORES	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem		

CONCEITO:

Administrar terapêutica com oxigênio, em concentrações superiores que aquelas do ar ambiente. São utilizados diferentes dispositivos de liberação de oxigênio, sendo:

- Sistema de baixo fluxo (cateter nasal, cateter tipo óculos).
- Sistema de alto fluxo (máscara de aerossol, tenda facial).

OBJETIVO:

- Tratar ou diminuir sinais e sintomas de hipóxia;
- Proporcionar alívio e conforto ao paciente.

INDICAÇÕES:

- Pessoas com manifestação de asma brônquica aguda;
- Esforço respiratório;
- Doenças pulmonares;
- Doenças de vias aéreas superiores;
- Crise convulsiva.

MATERIAIS UTILIZADOS:

- EPI (luva de procedimento e máscara);
- Sistema apropriado de distribuição de O₂ (cânula nasal, máscara simples, máscara de reinalação parcial);
- Espadrado ou micropore;
- Extensor (látex, traqueia corrugada);
- Frasco e adaptadores esterilizados para umidade;
- Fluxômetro calibrado para rede de oxigênio ou gauge de redução de pressão, quando utilizar cilindro;
- Água destilada;

- Fonte de oxigênio (de parede, cilindro, tanque, líquido ou concentrado).

PROCEDIMENTOS:

- Fazer a higienização das mãos conforme POP nº 29;
- Colocar os EPIs;
- Explicar a Pessoa Privada de Liberdade (PPL) o procedimento que será realizado e deixá-lo na posição mais confortável;
- Instalar o fluxômetro na rede de oxigênio e testá-lo;
- Preparar o umidificador com água destilada, enchendo 2/3 de sua capacidade;
- Colocar o extensor intermediário se necessário;
- Adaptar o cateter nasal ao sistema, sem retirá-lo totalmente da embalagem;
- Posicionar o cateter na fossa nasal da PPL, assegurando a desobstrução das narinas, prender a extensão da cânula atrás das orelhas e abaixo do queixo, firmando a cânula. Se máscara, escolher o tamanho adequado, que ajuste melhor no rosto do paciente. Colocar a máscara sobre o nariz, a boca e o queixo, e moldar a borda metálica flexível à ponte nasal;
- Posicionar o cateter na fossa nasal da PPL;
- Se necessário, fixar o cateter com uso de micropore ou esparadrapo;
- Ligar o fluxômetro conforme prescrito;
- Retirar e desprezar luva de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Evoluir o procedimento no Prontuário de Saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- Orientar a PPL a respirar com a boca fechada, a fim de aproveitar melhor o tratamento.
- Toda administração de oxigênio deve ser realizada através de um sistema de umidificação, para evitar que resseque a mucosa nasal.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.


REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**. –2. ed. –Brasília, 1994.

BRUNNER, LS; SUDDARTH, DS. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 8ª ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2006.

GARCEZ, R.M; et al. **As Melhores Práticas de Enfermagem, Procedimentos baseados em evidências.** 2ª Edição. Artmed: 2010.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 31
	REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR		Criação:2016 Revisão:2023
Elaborado por:	Revisado por:	Próxima revisão: 2025	
Priscilla Cristina Amaral Costa Enfermeira COREN-MG 328.331	Magda Aline Teles Enfermeira COREN-MG 394.423		
EXECUTORES	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem		

CONCEITO:

A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) procura restaurar e manter a respiração e a circulação do paciente após a interrupção dos batimentos cardíacos e da respiração. É uma sequência de técnicas que devem ser realizadas durante uma parada cardiorrespiratória com a finalidade de reanimar o indivíduo.

OBJETIVO:

- Estabelecer as condutas prioritárias a serem realizadas durante uma parada cardiorrespiratória.

INDICAÇÃO:

- Deve ser realizada em indivíduo em parada cardiorrespiratória.

MATERIAIS UTILIZADOS:

- EPI's;
- Bolsa ventilatória manual com reservatório (ambu);
- Tábua para reanimação cardíaca.

Vale destacar que a RCP não requer equipamento especial, sendo de extrema importância uma superfície dura para colocar o paciente. Todavia, as unidades equipadas devem utilizar os itens descritos acima.

PROCEDIMENTOS:

- Reconhecer de imediato os sinais de PCR: inconsciência, apneia ou respiração agonizante (gaspings), sem pulso central palpável;
- Verificar a responsividade da PPL com estímulo tátil e auditivo (tocá-lo na

altura dos ombros e chamá-lo em voz alta);

- Se a PPL não estiver responsiva, chamar serviço de urgência/emergência e solicitar ajuda;
- Depois de determinar que os sinais de respiração e pulso não estão presentes, iniciar as compressões torácicas; a PPL deverá estar em decúbito dorsal sob superfície plana, rígida e seca;
- Posicionar as mãos sobre a metade inferior do osso esterno, entre os mamilos, coloque a outra mão sobre a primeira e entrelace os dedos. Os ombros devem estar alinhados com as mãos e os cotovelos estendidos. Comprimir o tórax com força e rápido, na frequência de 100 a 120 compressões por minuto. As compressões devem afundar o tórax do adulto no mínimo 5 centímetros.
- Iniciar os ciclos de 30 compressões e 2 insuflações verificando pulso a cada ciclo.
- Manter os ciclos de RCP utilizando revezamento entre profissionais capacitados até a chegada da equipe de emergência ou até a PPL apresente pulso e sinais de respiração.

RECOMENDAÇÕES:

- A RCP deve ser feita com alta qualidade, de modo que a profundidade do tórax, durante a compressão, seja de no mínimo 5 cm, permitindo o seu total retorno entre elas;
- Minimizar as interrupções entre as compressões;
- Ter o cuidado para que os socorristas sejam trocados a cada 2 minutos (após cada 5 ciclos de 30:2, não interrompendo o ciclo durante a troca);
- Para realizar as insuflações é necessário abrir as vias aéreas da vítima antes de soprar o ar, usando uma barreira para reduzir os riscos de infecção com uma técnica correta.
- A insuflação deve ser de 1 segundo/cada, verificando se há expansão torácica. Deve-se realizar a hiperextensão do pescoço e protusão mandibular ou tração mandibular.
- Evitar ventilação excessiva.

RECOMENDAÇÕES PARA UNIDADES QUE TENHAM RN E CRIANÇA:

- Considera-se RN da data de nascimento até 28º dia de vida, bebê menor de 1 ano e criança acima de 1 ano até sinais de puberdade (Cerca de 1 a 8 anos de idade)
- Para avaliar o nível de consciência, realizar estímulo e observar sinais de respiração normais. Verificar pulso braquial.
- No caso de ausência de pulso, inconsciência, sinais de PCR iniciar as compressões torácicas.
- As mãos devem estar localizadas logo abaixo da linha imaginária do mamilo no caso dos RN e bebês. Usar os dois dedos ou a base de uma das mãos avaliando o tamanho da criança. As compressões devem afundar cerca de um terço do diâmetro do tórax;
- A frequência da RCP deve ser de 100 a 120 compressões por minuto;
- Os ciclos são de 15 compressões para 2 insuflações.
- Alternar os socorristas a cada 2 min ou antes, em caso de cansaço;
- Minimizar as interrupções entre as compressões;
- Durante a insuflação realizar uma leve extensão do pescoço (cada insuflação deverá durar 1 segundo).

RESPONSABILIDADE:


Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

American Heart Association. **Destques das diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association.** USA, 2020.

GARCEZ, R.M; et al. **As Melhores Práticas de Enfermagem, Procedimentos baseados em evidências.** 2a Edição. Artmed: 2010.

NORMAN, E. McSwain.; SALOMONE, Jeffrey P.; PONS, Peter T. **PHTLS - Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado.** 7. ed. Editora Elsevier, 2011.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 32
	RETIRADA DOS PONTOS	Criação:2016	Revisão: 2023
Elaborado por: Priscilla Cristina Amaral Costa Enfermeira COREN-MG 328.331	Revisado por: Magda Aline Teles Enfermeira COREN-MG 394.423	Próxima revisão: 2025	
EXECUTORES	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem		
CONCEITO: Consiste na retirada de fios cirúrgicos com devida técnica asséptica.			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none">• Padronizar a técnica de retirada de pontos.			
INDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none">• Retirada de pontos cirúrgicos da ferida cicatrizada, observando os devidos cuidados para que não haja lesão do tecido recém-formado.			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">• Cuba rim ou bandeja;• Luvas de procedimento;• Pacote de curativo estéril contendo pinça e tesoura (na ausência de tesoura usar lâmina de bisturi);• Gaze estéril;• Almotolia de Polivinil Pirrolidona (PVPI) aquoso a 10% ou Clorexidine;• Soro fisiológico 0,9%;• Lixeira para resíduo infectante.			
PROCEDIMENTOS: <ul style="list-style-type: none">• Realizar higienização das mãos;• Separar e organizar o material a ser utilizado e colocá-lo próximo a Pessoa Privada de Liberdade (PPL) na parte de atendimento do núcleo de saúde;• Identificar-se e explicar o procedimento a ser realizado a PPL;• Posicionar a lixeira de forma que o material sujo não cruze com o limpo;• Manter a PPL em posição confortável, de modo que apenas o local da sutura fique exposto;			

- Calçar as luvas de procedimento;
- Abrir o pacote de curativo com técnica estéril;
- Dispor as pinças no campo cirúrgico;
- Abrir o pacote de gaze e coloca-las no campo distante das pinças;
- Retirar o curativo anterior e observar as condições de cicatrização da ferida;
- Realizar a antisepsia da ferida cirúrgica com auxílio de pinça e gaze embebida com PVPI aquoso a 10% ou Clorexidine, observando para que sejam feitos movimentos em direção única quantas vezes se fizer necessário;
- Retirar PVPI aquoso a 10% ou Clorexidine com soro fisiológico 0,9% obedecendo à mesma técnica utilizada na realização da antisepsia;
- Secar a ferida com auxílio de uma pinça e gaze, se necessário for;
- Manter uma gaze próxima à ferida para que os fios retirados sejam depositados;
- Pegar a pinça, segurar e levantar o fio próximo ao nó cirúrgico;
- Cortar o fio logo abaixo do nó cirúrgico, próximo à pele;
- Desprezar o fio retirado na gaze separa para este fim;
- Realizar o mesmo procedimento nos demais pontos, quando houver;
- Realizar a limpeza da ferida, observando a mesma técnica utilizada no início do procedimento;
- Desprezar os resíduos na lixeira;
- Organizar o local;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário de saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- No momento da retirada de pontos, deve-se avaliar a ferida cirúrgica quanto à presença de sinais flogísticos, possível sangramento, deiscência entre outros. O profissional deve registrar no prontuário de saúde da PPL a respectiva avaliação e informar ao médico para que seja avaliada a lesão e sobre a retirada ou não dos pontos;
- A média para que uma ferida cirúrgica esteja cicatrizada o suficiente para a retirada de pontos é de aproximadamente 10 dias. Porém, esse prazo não deve ser estabelecido de forma exata, uma vez que a cicatrização pode variar de acordo com a especificidade de cada um.


RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Guia Completo de Procedimentos e Competências de Enfermagem**. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

SILVA, Cláudia; et al. **Instruções de Trabalho de Enfermagem**. Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2869.pdf>

				SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO			
				PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 33	
				TERMOTERAPIA		Criação: 2016	Revisão: 2023
Elaborado por: Gisellia Caroline de Oliveira Enfermeira COREN – MG 24.3531		Revisado por: Priscila de Moraes Machado Enfermeira COREN - 240.340		Próxima revisão: 2025			
EXECUTORES		Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.					
CONCEITO: Consiste na aplicação externa de calor ou frio com finalidade terapêutica proporcionando efeito imediato. O calor ou frio podem ser aplicados através de bolsa térmica, compressa úmida e gelox.							
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de calor <ul style="list-style-type: none"> - O calor atua relaxando os músculos e facilitando a circulação através da vasodilatação, acalmando assim a dor e diminuindo o edema local, além de facilitar processos supurativos. • Aplicação de frio <ul style="list-style-type: none"> - O frio age pela vasoconstrição, diminuindo a dor local e impedindo inflamação e a formação de hematoma após trauma imediato, até 48 horas. - Pequenos sangramentos. - Pós-operatório imediato. 							
CONTRAINDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de calor <ul style="list-style-type: none"> - Sangramentos, apendicites e outros processos inflamatórios internos. • Aplicação de frio <ul style="list-style-type: none"> - Neuropatia (devido à incapacidade de sensibilidade à temperatura). 							
MATERIAIS UTILIZADOS: Aplicação de calor <ul style="list-style-type: none"> • Bolsa térmica de borracha; • Água quente; • Tecido para cobrir a bolsa. 							

Aplicação de frio

- Bolsa térmica de borracha;
- Água gelada / gelo;
- Tecido para cobrir a bolsa.

PROCEDIMENTOS:

- Verificar a prescrição da PPL, certificando-se da indicação da aplicação do calor ou frio e local a ser aplicado;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão conforme POP nº 29;
- Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com algodão embebido em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- Preparar compressa, colocando água quente ou gelo na bolsa térmica, utilizando 2/3 de sua capacidade;
- Retirar todo o ar do interior da mesma e fechá-la;
- Testar as condições da bolsa térmica, verificando a presença de vazamento;
- Cobrir a bolsa com o tecido para proteger a pele da PPL;
- Orientar a PPL quanto ao procedimento;
- Posicionar adequadamente a PPL para o procedimento;
- Calçar as luvas de procedimentos, se indicado;
- Avaliar as condições da pele no local de aplicação da bolsa térmica;
- Aplicar a bolsa térmica no local indicado e deixar o tempo prescrito (no máximo 30 minutos);
- Retirar a bolsa após o esfriamento ou após o tempo da terapêutica;
- Retirar a bolsa fria após o aquecimento ou após o tempo da terapêutica;
- Avaliar as condições da pele no local, 2 ou 3 minutos após a aplicação bolsa térmica, para certificar-se de que essa temperatura não vai causar queimaduras na pele da PPL;
- Retirar as luvas de procedimentos, quando utilizadas;
- Encaminhar a PPL ao local de origem;
- Manter a organização da unidade de atendimento;
- Esvaziar a bolsa térmica, realizar a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme POP nº 29;
- Evoluir o procedimento no prontuário de saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- A bolsa térmica pode ser substituída por compressa úmida ou gelox.
- Bolsa de água quente corresponde a calor seco, e não deve ultrapassar o tempo de aplicação de 30 min.
- Bolsa de água fria não deverá ultrapassar 20 minutos, pois a exposição prolongada pode causar queimaduras.
- Observar constantemente a área de aplicação.
- Se a PPL for idosa, debilitada, desnutrida, deve-se fazer observação frequente da integridade da pele.

- Não é indicada aplicação de calor em pacientes com patologias vasculares (ex: isquemia).
- Deve-se ter cautela com as áreas que apresentam maior sensibilidade como tecido cicatricial e estomas.
- Retirar a bolsa em caso de intumescimento ou vermelhidão excessivo e maceração.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.


REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BRUNNER, LS; SUDDARTH, DS. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 8ª ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

DUGAS, BW. **Enfermagem prática**. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GEORGE, J.B. e Cols. **Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos para a Prática Profissional**. Tradução: Regina M. Garces. Editora Artes Médicas Sul LTDA. Porto Alegre-RS, 1993.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 11 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 34
	TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA OU ILEOSTOMIA		Criação:2016 Revisão:2023
Elaborado por:	Revisado por:	Próxima revisão: 2025	
Fernanda Mendes Amaral Enfermeira COREN-MG: 139.497	Priscila de Moraes Machado Enfermeira COREN - 240.340		
EXECUTORES	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem		

CONCEITO:

Ostomia é a abertura de um órgão por meio de ato cirúrgico, que passa a ter contato com o meio externo para alimentação, hidratação, medicamentos e ar ou para eliminações de dejetos, secreções, fezes e/ou urina.

Os estomas intestinais (colostomia e ileostomia) são criados a partir de um procedimento cirúrgico onde há exteriorização para a pele de uma porção do intestino grosso (cólon transversal ou o sigmoide) ou do intestino fino.

Características das bolsas coletoras:

a) Transparentes X opacas: Podem ser transparentes ou opacas. Enquanto nas bolsas transparentes é possível ver o conteúdo dentro dela, o que permite o acompanhamento das condições gerais do estoma, geralmente são usadas no período de internação do usuário. Já as opacas são mais discretas e possibilitam aos usuários ter menos contato visual com as fezes.

b) Drenáveis X Não drenáveis: Drenáveis são aquelas que possuem uma abertura na extremidade inferior por onde são esvaziadas periodicamente. Possui maior durabilidade e redução das lesões na pele do abdômen, uma vez que a bolsa será trocada menos vezes. Não drenáveis são bolsas fechadas e, por isso, não podem ser esvaziadas, apenas trocadas quando estiverem 1/3 da capacidade.

c) Encaixe para cinto X sem encaixe: Os cintos de suspensão oferecem uma segurança maior com relação à fixação da bolsa no abdômen, sendo assim existem bolsas coletoras que vem com o encaixe para o cinto ou sem o encaixe.

d) Uma X Duas peças: Na bolsa de uma peça, a placa (peça que possui o adesivo para colar na pele) e a bolsa são uma peça só. Essas são as mais utilizadas e que têm o valor mais acessível. Já nas bolsas de duas peças, a placa e a bolsa são separadas, com isso a bolsa pode ser trocada sem ter a necessidade de tirar e recolocar o adesivo várias vezes, além de facilitar a lavagem interna da bolsa.

e) Filtro de carvão X sem filtro de carvão: Filtro de carvão autoadesivo descartável que pode ser aplicado na parte posterior e exterior da bolsa coletora. Assim, o odor é neutralizado quando os gases passam através do filtro de carvão. Minimiza o abaulamento, a saída de gás automática regula a pressão na bolsa coletora.

f) Tipo de placas:

- Flexíveis: que costumam se adaptar melhor as irregularidades da superfície do abdômen;
- Duras: que se adaptam melhor as ostomias altas, acima do umbigo, por terem flexibilidade reduzida;
- Recortável: que permitem um melhor ajustamento do tamanho do orifício que circunda o estoma;
- Pré-cortadas: que já vem recortada de fábrica, não permitindo um ajustamento do tamanho do orifício que circunda o estoma;
- Plana: que apresentam uma superfície regular e são as mais usadas;
- Convexa: mais usado pelos pacientes com estomas retraídos.

OBJETIVOS:

- Padronizar ações no cuidado da PPL ostomizado com foco na prevenção de lesões de pele.
- Prevenir lesão de pele e promover higiene e conforto ao ostomizado.

INDICAÇÕES:

- Instituir condutas específicas na manutenção do estoma saudável, com a avaliação e limpeza do estoma, remoção e troca do equipamento protetor;
- Nortear a execução de cuidados de Enfermagem prestados a PPL ostomizada.

MATERIAIS UTILIZADOS:

- Bandeja;
- Biombo;
- Saco de lixo branco;
- Luvas de procedimento;
- Gazes;
- Um copo descartável (com SF0, 9% - frasco 250 ml ou água morna);
- Sabonete;
- Comadre;
- Máscara cirúrgica;
- Óculos de proteção;
- Escala de medição e estoma plástico ou régua;
- Caneta;
- Tesoura;
- Bolsa coletora de fezes (01 ou 02 peças);
- Presilha para fechamento de bolsa coletora.

PROCEDIMENTOS:

- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Reunir o material na bandeja e leve-os até o local que será realizado o cuidado;
- Explicar o procedimento a PPL;
- Promover a privacidade da PPL colocando o biombo e/ou fechando a porta do quarto;
- Posicionar a PPL em decúbito dorsal;
- Colocar a máscara e calçar as luvas de procedimento;
- Esvaziar a bolsa. Se houver fezes, em comadre;
- Remover a bolsa coletora, descolando uma pequena parte do adesivo na parte superior. Amparar a pele com gaze umedecida com água morna e descole suavemente o adesivo e a barreira protetora de cima para baixo;
- Descartar o material em lixeira de saco branco;
- Limpar o estoma e a pele ao redor com gaze umedecida em água morna e sabonete, removendo todas as fezes e resíduos de placa da pele;
- Secar toda a área da pele ao redor do estoma;
- Aparar os pelos em pele próxima ao estoma utilizando tesoura;
- Medir o estoma com escala de medição de estoma, régua ou faça um molde, colocando um plástico sobre o estoma, desenhando seu contorno;
- Desenhar o molde da medida do estoma sobre o papel protetor da placa adesiva;
- Caso sistema coletor de uma peça, afastar a parte plástica da bolsa da placa adesiva, evitando o recorte acidental do plástico quando recortar a placa;
- Recortar a placa adesiva de acordo com o desenho do molde;
- Retirar o papel que protege a barreira;
- Fazer pressão suave sobre a placa adesiva para melhor aderir à pele;
- Retirar o papel que protege o adesivo, se houver, e faça leve pressão sobre este, para melhor aderir à pele;
- Fechar a abertura da bolsa coletora com a presilha, fazendo uma dobra na extremidade desta sobre a haste interna da presilha;
- Retirar as luvas de procedimento e a máscara;
- Encaminhar a PPL ao local de origem;
- Recolher o material, mantendo o local organizado;
- Desprezar todo o material contaminado adequadamente;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e aplicar álcool 70%;
- Checar a prescrição de enfermagem e anotar o procedimento realizado no prontuário de saúde da PPL registrando o aspecto do estoma, pele ao redor e característica da drenagem.

RECOMENDAÇÕES:

- A bolsa deve ser trocada sempre que houver saturação da barreira protetora de pele ao redor do estoma (placa começar a descolar da pele). Nunca esperar que a bolsa descole ou apresente vazamento.
- O esvaziamento da bolsa deve ser realizado sempre que as fezes ocupem um terço da capacidade da bolsa.
- Para o procedimento não é necessário material e técnica estéreis. Utilizar, preferencialmente, material não estéril.
- A troca de bolsa coletora deve ser realizada distante dos horários das

refeições.

- Durante a higienização, remova todo o resíduo de sabonete na pele evitando, assim, dermatite química.
- Não utilize antissépticos ou solventes na pele ao redor do estoma.
- Não utilize lâmina de barbear para remoção de pêlos, pois tal ação predispõe a formação de foliculite.
- Seque bem a pele próxima ao estoma, pois a placa não tem boa aderência em pele úmida, além de evitar a maceração.
- O estoma encontra-se edemaciado nas primeiras 6 a 8 semanas de formação, regredindo de tamanho após esse período.
- O recorte da placa não deve ultrapassar 3 mm entre o estoma e a placa adesiva da bolsa coletora evitando, assim, o contato de fezes na pele.
- Barreira protetora de pele em pó deve ser usada em presença de lesão de pele exsudativa ao redor do estoma (dermatites) para permitir adesão do dispositivo coletor.
- Barreira de pele em pasta pode ser usada para corrigir irregularidade da pele e em casos nos quais a aderência do dispositivo é dificultada por complicações da pele ou estoma, ou por localização inadequada.
- O suporte de alça (dispositivo que permanece até décimo dia do pós-operatório em estoma em alça) deve ser acomodado dentro da bolsa coletora. Atentar para que a barreira não seja colocada sobre o suporte.
- A fístula mucosa (boca distal em estomas em bocas separadas) deve ser protegida com gaze umedecida, não há necessidade de adaptação de bolsa coletora.
- A presilha de fechamento da bolsa não deve ser jogada fora e não utilizar improvisos para fechar a bolsa.
- Após a troca da bolsa, procurar permanecer em repouso de 15 a 20 minutos, evitando se abaixar ou sentar, para ajudar que a bolsa tenha melhor aderência e evitar que o coletor descole. Se houver alterações ao redor da pele do estoma, como prurido, vermelhidão, pode ser necessário avaliação do estomaterapeuta pois pode tratar-se de uma reação alérgica e tornar-se um ferimento.

Aspectos a serem observados:

- Coloração do estoma – vermelho vivo ou rosa escuro brilhante
- Formato do estoma – regular ou irregular
- Tamanho do estoma – medida na base do estoma
- Protrusão – altura do estoma
- Integridade do estoma – ulcerações, tumorações, granulomas, sangramentos.
- Integridade da pele ao redor do estoma – hiperemia, edema, dermatite e lesões.
- Aspecto das fezes – consistência, quantidade/volume, odor, cor.
- Ao perceber qualquer anormalidade com o estoma (mudança de cor e tamanho), ou pele com irritação, comunicar imediatamente ao Enfermeiro responsável. Realizar o registro no prontuário de saúde.

RESPONSABILIDADE:

- Compete ao Enfermeiro avaliar o paciente portador de estoma, realizar a

prescrição dos cuidados de enfermagem e monitorar a aplicação dos mesmos.

- Técnico de Enfermagem e Enfermeiro: execução dos cuidados de enfermagem prescritos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABRAÇO - Associação Brasileira dos Ostomizados. **Cuidados da Pele**. <http://www.abraso.org.br/> Acesso em 25 de Julho de 2016.

ANDRADE, A. E. et al. **ESTOMAS INTESTINAIS E URINÁRIOS: CUIDADOS DE ENFERMAGEM**. UFSC. Projeto de Extensão: Atenção Oncológica na Atenção Básica de Florianópolis. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/73026834-Estomas-intestinais-e-urinarios-cuidadosde-enfermagem.html>>. Acesso em 27 fev. 2019.


BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria Nº 400, DE 16 de novembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 nov. 2009.

Cesaretti IUR, Santos VLCCG, Filippin MJ, Lima SRS. **Assistência em Estomaterapia – Cuidando do Ostomizado**. São Paulo: Ed. Atheneu; 2000. O cuidar de Enfermagem na trajetória do ostomizado: Pré & Trans & Pós-operatórios.p.39-54.

Carmagnani MIS et al. **Procedimentos de Enfermagem- guia Prático**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 2009.

GOMES. N.C. **MINICURSO: Assistência de enfermagem ao cliente com Feridas. Cuidados com estomas**. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Cuidados+com+estoma.pdf/a4509c6c-bc03-41b7-a113-43299bb91326>>. Acesso em: 21 fev. 2019.

HOLLISTER. **Como controlar sua urostomia**. Disponível em: <http://www.hollister.com/~media/files/pdfs%E2%80%93for%E2%80%93download/ostomy%E2%80%93care/managing%E2%80%93your%E2%80%93urostomy_portuguese_al904653-496.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 35
	USO DE PRECAUÇÃO PADRÃO: DE CONTATO		Criação:2016 Revisão: 2023
Elaborado por: Priscila Tegethoff Motta Enfermeira COREN-MG: 404.288	Revisado por: Priscila de Moraes Machado Enfermeira COREN - 240.340	Próxima revisão: 2025	
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
CONCEITO: Consiste na utilização de precauções no cuidado da PPL com infecção (suspeita ou conhecida) transmitida pelas mãos e pele, tais como as infecções ou colonizações por agentes multirresistentes.			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none">• Proporcionar um ambiente de trabalho seguro, evitando que o profissional de enfermagem adquira infecções ou atue como vetor para a transmissão de doenças.			
INDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none">• Utilizadas no contato aos pacientes com infecção (suspeita ou conhecida) transmitidas pelas mãos e pele, tais como as infecções ou colonizações por agentes multirresistentes.			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">• Avental;• Luvas de procedimento;• Álcool a 70%.			
PROCEDIMENTOS: <ul style="list-style-type: none">• Higienizar as mãos conforme POP nº 29;• Calçar luvas de procedimento e utilizá-la durante todo e qualquer cuidado a PPL;• Higienizar as mãos conforme POP nº 29 após o cuidado com a PPL;• Utilizar álcool a 70% após utilização de materiais de uso coletivo.			
RECOMENDAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">• Sempre que iniciar qualquer atividade, verificar a necessidade do uso de EPI's			

para além dos inerentes à função, tais como roupas compridas, sapatos fechados e jaleco;

- As luvas devem ser usadas quando houver contato (ou risco de) com sangue ou secreções e corporais, itens contaminados, mucosas e pele íntegra potencialmente contaminada. Use-as antes do contato do usuário e retire-as logo após o uso, higienizando as mãos em seguida. Trocar de luvas quando houver mudança de um sítio corporal contaminado para um sítio limpo e/ou atendimento de outro paciente;
- As máscaras cirúrgicas devem ser utilizadas quanto houver risco de contágio de patologias por meio de gotículas das vias áreas superiores e/ou respingo de material biológico. A máscara N95 deverá ser utilizada sempre que houver risco de contágio via aerossóis (Ex. tuberculose);
- Os óculos de proteção devem ser utilizados quando o procedimento oferece risco de respingo à mucosa ocular;
- A touca deve ser utilizada quando se realiza um procedimento que necessite de técnicas assépticas, evitando queda de cabelo ou células epiteliais;
- Utilizar o jaleco no ambiente de trabalho, evitando que as roupas sejam contaminadas ao contato com respingos de secreções e ainda, evitar microrganismo patogênicos fora do ambiente de trabalho, devendo ser retirados sempre após término do expediente. Não utilizar jalecos fora do ambiente de trabalho.
- Proceder com a higienização das mãos antes e depois de qualquer procedimento;
- Após a retirada das luvas de procedimento, realizar sempre a higienização das mãos;
- As luvas de procedimento devem ser trocadas após o contato com cada PPL, jamais sendo reutilizá-las;
- Calçar as luvas de procedimento imediatamente antes de realizar um procedimento;
- Utilizar avental fechado sobre a vestimenta;
- Nunca reencapar, entortar ou quebrar agulhas;
- Utilizar os recipientes para descarte de perfurocortantes apenas até 2/3 de sua capacidade; devem ser desprezados devidamente selados e em lixo hospitalar;
- As medidas de precauções devem ser utilizadas independentemente do conhecimento ou não de patologias da PPL assistida.

RESPONSABILIDADE:


Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:


PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. **Fundamentos de enfermagem**. 2ª Ed. Florianópolis: Cidade Futura 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem medicocirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ROCHA, F.C.V. *et al.* **Padronização Operacional Padrão do Hospital Getúlio Vargas**, Belo Horizonte – MG, 2012.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 36
	USO DE PRECAUÇÃO PADRÃO: DE VIAS AÉREAS		Criação:2016 Revisão: 2023
Elaborado por:	Revisado por:		Próxima revisão: 2025
Priscila Tegethoff Motta Enfermeira COREN-MG: 404.288	Priscila de Moraes Machado Enfermeira COREN - 240.340		
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
CONCEITO: Consiste na utilização de precauções no cuidado da PPL com infecção (suspeita ou conhecida) transmitida por vias aéreas.			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none">• Proporcionar um ambiente de trabalho seguro, evitando que o profissional de enfermagem adquira infecções ou atue como vetor para a transmissão de doenças.• Proteger o profissional da saúde de infecções por inalação de gotículas transmitidas à curta distância e pela projeção de sangue ou outros fluidos corpóreos que possam atingir suas vias respiratórias.• Minimizar a contaminação do ambiente com secreções respiratórias geradas pelo próprio profissional ou pelo paciente também em condição de transporte.			
INDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none">• Utilizada no contato aos pacientes com infecção (suspeita ou conhecida) transmitidas por via aérea, com partículas pequenas que ficam suspensas no ar e são transmitidas a longa distância ou gotículas maiores que são transmitidas a distância menor.			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">• Máscaras;• Álcool a 70%.			
PROCEDIMENTOS: <ul style="list-style-type: none">• Utilizar máscara N95 para a prevenção da tuberculose, COVID-19 ou outras doenças indicadas e a máscara simples para as demais doenças durante os atendimentos ou transporte da PPL;• As máscaras N95 podem ser reutilizadas pela mesma pessoa enquanto estiverem em bom estado, isto é, com vedação aceitável, tirantes elásticos íntegros e não estiverem sujas ou contaminadas por fluidos corpóreos. Para a guarda, recomenda-se colocá-la em embalagem individual não hermética, de			

<p>forma a permitir a saída da umidade (por exemplo, embalagem plástica perfurada). Não é recomendável o uso de embalagem de papel ou de outro material que absorva umidade ou sirva de substrato para a proliferação do patógeno;</p> <ul style="list-style-type: none">• Manter o ambiente limpo e, sempre que possível, arejado;• Realizar o isolamento respiratório dos casos suspeitos.
<p>RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none">• Utilizar todas as precauções padrão;• Orientar o Núcleo de Segurança em relação à necessidade do uso de máscaras tanto pela equipe quanto pela PPL durante o transporte e a transferência da mesma para unidade hospitalar ou outra unidade prisional.
<p>RESPONSABILIDADE:</p> <p>Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>
<p>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:</p> <p>BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 6 – Equipamento de proteção individual. Disponível em: https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-06.pdf Acesso em 14 abr. 2023.</p> <p>PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. Fundamentos de enfermagem. 2ª Ed. Florianópolis: Cidade Futura 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.</p> <p>SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem medicocirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.</p> <p>ROCHA, F.C.V. <i>et al.</i> Padronização Operacional Padrão do Hospital Getúlio Vargas, Belo Horizonte – MG, 2012.</p>

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO																																		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 37																																
	VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS: PRESSÃO ARTERIAL	Criação: 2016	Revisão: 2023																																
Elaborado por: Priscila Tegethoff Motta Enfermeira COREN-MG: 404.288	Revisado por: Priscilla Cristina Amaral Costa Enfermeira COREN-MG 328.331	Próxima revisão: 2025																																	
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.																																		
<p>CONCEITO:</p> <p>A pressão arterial é a pressão exercida pelo sangue dentro dos vasos sanguíneos, com a força proveniente dos batimentos cardíacos. Em outras palavras, é resultado do produto: Débito Cardíaco x Resistência Vascular Periférica.</p> <p>Valores da pressão arterial:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade</th> </tr> <tr> <th>Classificação*</th> <th>PAS (mmHg)</th> <th></th> <th>PAD (mmHg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PA ótima</td> <td>< 120</td> <td>e</td> <td>< 80</td> </tr> <tr> <td>PA normal</td> <td>120-129</td> <td>e/ou</td> <td>80-84</td> </tr> <tr> <td>Pré-hipertensão</td> <td>130-139</td> <td>e/ou</td> <td>85-89</td> </tr> <tr> <td>HA Estágio 1</td> <td>140-159</td> <td>e/ou</td> <td>90-99</td> </tr> <tr> <td>HA Estágio 2</td> <td>160-179</td> <td>e/ou</td> <td>100-109</td> </tr> <tr> <td>HA Estágio 3</td> <td>≥ 180</td> <td>e/ou</td> <td>≥ 110</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. *A classificação é definida de acordo com a PA no consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica. **A HA sistólica isolada, caracterizada pela PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAS nos intervalos indicados. ***A HA diastólica isolada, caracterizada pela PAS < 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAD nos intervalos indicados.</i></p>				Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade				Classificação*	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)	PA ótima	< 120	e	< 80	PA normal	120-129	e/ou	80-84	Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89	HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99	HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109	HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110
Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade																																			
Classificação*	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)																																
PA ótima	< 120	e	< 80																																
PA normal	120-129	e/ou	80-84																																
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89																																
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99																																
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109																																
HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110																																
<p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detectar alterações nos valores da pressão sistólica e diastólica, auxiliando na terapêutica. 																																			
<p>INDICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mensurar a pressão sistólica e diastólica da PPL a fim de avaliar o componente circulatório. 																																			
<p>MATERIAIS UTILIZADOS:</p>																																			

- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Bandeja;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Prontuário de saúde.

PROCEDIMENTOS:

- Reunir material necessário;
- Higienizar as mãos conforme POP nº 29;
- Orientar a PPL quanto ao procedimento a ser realizado;
- Posicionar a PPL sentada com o braço bem apoiado, ao nível do coração ou deitada;
- Colocar o manguito no braço, aproximadamente 2 a 3cm acima da fossa antecubital, com a seta voltada em direção da artéria braquial, ajustando-o e verificando se o tamanho do instrumento é adequado;
- Sentir a pulsação da artéria radial e iniciar insuflação do manguito até cessar a pulsação da artéria radial, atente para o valor apontado;
- Esvaziar vagarosamente o manguito e observar o ponto onde a pulsação reaparece atentando para o valor apontado;
- Desinsuflar o manguito rapidamente sem a necessidade de anotar valores;
- Realizar a assepsia das olivas e campânula do estetoscópio, com álcool a 70%;
- Ajustar o estetoscópio no pavilhão auricular;
- Palpar a artéria braquial na fossa antecubital com os dedos indicador e médio, posicionando a campânula do estetoscópio neste local;
- Fechar a válvula de pressão do bulbo no sentido horário até travar;
- Insuflar o manguito de pressão, através de pressão aplicada na pera, até atingir o valor apontado na primeira medição acrescido de 20 mmHg;
- Desinsuflar o manguito lentamente observando com o auxílio do estetoscópio a medição correspondente ao primeiro som forte que é a pressão sistólica (máxima) até cessar a ausculta mais fraca que é a pressão diastólica (mínima);
- Retirar o estetoscópio;
- Retirar o manguito;
- Realizar assepsia das olivas e campânula do estetoscópio, com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o valor no prontuário de saúde.

RECOMENDAÇÕES:

- Acrescentar repouso de 5 minutos para aferição;
- O formato do manguito deverá ter largura e comprimento de acordo com o perímetro do membro da PPL;
- Atentar para a validação da calibração do equipamento;
- O balão do manguito deverá estar em total repouso no ato da mensuração;
- Não medir a pressão arterial no braço localizado por uma mastectomia, porque pode diminuir uma circulação linfática já comprometida, piorar edemas e prejudicar o braço;
- Não medir pressão arterial no braço onde haja fístula arteriovenosa ou shunt para hemodiálise, porque o fluxo sanguíneo no interior do dispositivo vascular pode ser comprometido.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Disponível em:
<https://adad56f4-85f5-461a-ad4d-33669b541a69.usrfiles.com/ugd/adad56_951a57abb60a4205928d6da79f0d572d.pdf>
. Acesso em: 20 fev. 2023.

PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. **Fundamentos de enfermagem**. 2ª Ed. Florianópolis: Cidade Futura 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

POTTER, PA; PERRY, AG. : **Fundamentos de enfermagem**: conceitos, processo e prática. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.


Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial.

Consensos e Diretrizes. Disponível em:

<[http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/capitulo1.asp#:~:text=Aceita%2Dse%20como%20normal%20para,press%C3%A3o%20sist%C3%B3lica%20\(Tabela%20II\)](http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/capitulo1.asp#:~:text=Aceita%2Dse%20como%20normal%20para,press%C3%A3o%20sist%C3%B3lica%20(Tabela%20II)>)>.
. Acesso em 2 dez. 2020.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem medicocirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ROCHA, F.C.V. *et al.* **Padronização Operacional Padrão do Hospital Getúlio Vargas**, Belo Horizonte – MG, 2012.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 38
	VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS: CONTROLE DE FREQUÊNCIA DE PULSO		Criação: 2016 Revisão: 2023
Elaborado por: Priscila Tegethoff Motta Enfermeira COREN-MG: 404.288		Revisado por: Priscilla Cristina Amaral Costa Enfermeira COREN-MG 328.331	
		Próxima revisão: 2025	
EXECUTORES		Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.	

CONCEITO:

É a onda de expansão e contração das artérias, resultantes dos batimentos cardíacos. Na palpação do pulso, verifica-se frequência, ritmo e tensão.

Padrões de pulso:

Indivíduo	Pulso
Bebê/Neonato	100 a 160 por minuto
Criança	70 a 150 por minuto
Adulto	60 a 100 por minuto

Terminologia básica:

- **Taquicardia ou taquisfigmia:** pulso acima da faixa normal (acelerado);
- **Bradicardia ou bradisfigmia:** pulso abaixo da faixa normal (frequência cardíaca baixa);
- **Pulso filiforme, fraco, débil:** termos que indicam redução da força ou volume do pulso periférico;
- **Pulso irregular:** intervalos entre os batimentos são irregulares;
- **Pulso dicrótico:** dá impressão de 02 batimentos.

OBJETIVOS:

- Detectar alterações no ritmo cardíaco;
- Auxiliar na terapêutica.

INDICAÇÕES:

- Avaliar as condições hemodinâmicas do paciente;
- Auxiliar em diagnósticos.

MATERIAL UTILIZADO:

- Relógio de pulso com ponteiro de segundos.

PROCEDIMENTOS:

- Separar o material necessário;
- Higienizar as mãos conforme POP nº29;
- Orientar a PPL quanto ao procedimento a ser realizado;
- Posicionar a PPL deitado ou sentado durante no mínimo 10 minutos, sempre que possível;
- Colocar sobre a artéria radial, braquial, femoral, pediosa, os dedos indicador e médio e fazer ligeira pressão;
- Contar a pulsação durante 1 minuto, observando ritmo, volume e tipo de pulso;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o valor no prontuário de saúde;
- Comunicar o médico/enfermeiro da unidade em caso de alterações importantes.

RECOMENDAÇÕES:

- Nas PPL em precaução de contato, utilizar equipamentos de proteção individual;
- Em pulsos filiformes devem sempre ser confirmados em um grande tronco (carotídeo, femoral);
- Um adulto normal, em repouso, realiza entre 60 a 100 batimentos cardíacos por minuto, sendo em média 80bpm;
- Deve ser observado e anotado os valores, o volume, o ritmo e a amplitude de pulso.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.


REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. **Fundamentos de enfermagem**. 2ª Ed. Florianópolis: Cidade Futura 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

POTTER, PA; PERRY, AG. : **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem medicocirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ROCHA, F.C.V. *et al.* **Padronização Operacional Padrão do Hospital Getúlio Vargas**, Belo Horizonte – MG, 2012.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 39
	VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS: CONTROLE DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA		Criação:2016 Revisão:2023
Elaborado por:	Revisado por:	Próxima revisão: 2025	
Priscila Tegethoff Motta Enfermeira COREN-MG: 404.288	Priscilla Cristina Amaral Costa Enfermeira COREN-MG 328.331		
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		

CONCEITO:

É o ato de inspirar e expirar promovendo a troca de gases entre o organismo e o ambiente.

Padrões de frequência respiratória:

Indivíduo	Movimentos respiratórios
Neonato	30 a 60 por minuto
Bebê	25 a 50 por minuto
Criança	15 a 30 por minuto
Adulto	12 a 20 por minuto

Terminologia básica:

- **Taquipneia:** aumento da respiração acima do normal;
- **Bradipneia:** diminuição do número de movimentos respiratórios;
- **Ortopneia:** respiração facilitada em posição vertical;
- **Respiração ruidosa, estertorosa:** respiração com ruídos semelhantes à cachoeira;
- **Respiração laboriosa:** respiração difícil envolve músculos acessórios;
- **Respiração sibilante;** com sons que assemelham a assovios;
- **Respiração de Cheyne-stokes:** respiração em ciclos, que aumenta e diminui, com períodos de apneia;
- **Respiração de kussmaul:** inspiração profunda, seguida de apneia e expiração suspirante. Característica de acidose metabólica (diabética) e coma.
- **Dispneia:** dor ou dificuldade de respirar (falta de ar).

OBJETIVO:

- Detectar alterações nos valores da frequência respiratória, auxiliando na terapêutica.

INDICAÇÃO:

- Avaliar frequência, ritmo e profundidade dos movimentos respiratórios

MATERIAL UTILIZADO:

- Relógio de pulso com ponteiro de segundos.

PROCEDIMENTOS:

- Reunir material necessário;
- Higienizar as mãos conforme POP nº29;
- Posicionar a PPL sentada ou deitada;
- Observar os movimentos respiratórios (inspiração e expiração) contando-os durante 1 minuto, (observando tipo, ritmo e profundidade da respiração);
- Higienizar as mãos;
- Registrar o valor no prontuário de saúde;
- Comunicar o médico/enfermeiro em caso de alterações importantes.

RECOMENDAÇÕES:

- Nos casos de PPL em precaução de contato, utilizar equipamento de proteção individual;
- Observar simetria e forma do tórax.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. **Fundamentos de enfermagem**. 2ª Ed. Florianópolis: Cidade Futura 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

POTTER, PA; PERRY, AG. : **Fundamentos de enfermagem**: conceitos, processo e prática. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem medicocirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ROCHA, F.C.V. *et al.* **Padronização Operacional Padrão do Hospital Getúlio Vargas**, Belo Horizonte – MG, 2012.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 40
	VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS: CONTROLE DA TEMPERATURA	Criação: 2016	Revisão: 2023
Elaborado por: Priscila Tegethoff Motta Enfermeira COREN-MG: 404.288	Revisado por: Priscilla Cristina Amaral Costa Enfermeira COREN-MG 328.331	Próxima revisão: 2025	
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		

CONCEITO:

A temperatura corporal é o equilíbrio entre a produção e perda de calor do organismo medido pelo centro termo regulador.

Valores da temperatura:

Temperatura	Valores
Temperatura axilar	35,8° C a 37,0° C
Temperatura oral	36,3° C a 37,4° C
Temperatura retal	37° C a 38° C
Hipotermia	Temperatura abaixo do valor normal
Hiperemia	Temperatura acima do valor normal
Febrícula	Temperatura entre 37,2° C e 37,8° C

Maneiras de verificação de temperatura:

- **Axilar:** a temperatura axilar pode ser verificada sob o braço usando um termômetro de mercúrio ou digital. As temperaturas medidas desta forma tendem a ser 0,3 a 0,6°C mais baixas do que aquelas temperaturas mensuradas pela via oral ou retal;
- **Oral:** a temperatura pode ser medida pela boca usando o termômetro clássico de vidro e mercúrio, ou com os termômetros mais modernos, digitais que possuem um sensor eletrônico;
- **Retal:** as temperaturas são medidas pela introdução retal (usando um termômetro de mercúrio ou um termômetro digital) e tendem a ser 0,6°C mais altas do que quando comparadas com a oral.

OBJETIVO:

- Verificar o valor da temperatura corporal, auxiliando na terapêutica.

INDICAÇÕES:

- Manter o equilíbrio da temperatura do corpo (homeostase térmica);
- Auxiliar em diagnósticos.

MATERIAIS UTILIZADOS:

- Luvas de procedimento;
- Termômetro de mercúrio ou digital;
- Algodão;
- Álcool a 70%.

PROCEDIMENTOS:

- Reunir o material necessário;
- Higienizar as mãos conforme POP nº29;
- Orientar a PPL quanto ao procedimento a ser realizado;
- Posicionar a PPL sentada, com o braço bem apoiado ao nível do coração ou deitada;
- Zerar a temperatura do termômetro, segurando-o sempre pela base e evitando tocar na ponta de mercúrio ou no sensor;
- Colocar o termômetro na área a ser verificada;
- Esperar o tempo adequado e, após, retirar o termômetro segurando-o novamente pela base;
- Verificar a temperatura pelo mostrador da coluna de mercúrio ou tela do termômetro digital;
- Fazer a desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
- Mover rapidamente e cuidadosamente o termômetro de mercúrio até que a coluna volte abaixo de 35°C;
- Higienizar as mãos;
- Comunicar ao Enfermeiro ou Médico da unidade qualquer alteração;
- Registrar o valor no prontuário de saúde da PPL, descrevendo o local onde foi verificada a temperatura.

Temperatura axilar:

- Enxugar a axila da PPL com a própria roupa (a umidade abaixa a temperatura da pele, não registrando a temperatura real);
- Colocar o termômetro com reservatório de mercúrio no côncavo da axila, não em contato direto com a pele;
- Pedir a PPL para comprimir o braço de encontro ao corpo e manter o termômetro no local por 5 a 7 minutos;
- Retirar o termômetro e realizar a desinfecção com algodão embebido em álcool 70%.

Temperatura bucal:

- Colocar o termômetro sob a língua da PPL, recomendando que o conserve na posição, mantendo a boca fechada por 7 minutos;
- Retirar o termômetro e limpar com algodão embebido em álcool 70%.

Temperatura retal:

- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar a PPL em decúbito lateral;

- Lubrificar o termômetro com vaselina ou óleo e introduzir 2cm pelo reto;
- Retirar o termômetro depois de 7 minutos e limpar com algodão embebido em álcool 70%.

RECOMENDAÇÕES:

- A temperatura corporal normal de uma pessoa varia de acordo com o sexo, realização de atividade física recente, consumo de alimentos e líquidos, horário e dia em que é mensurada e estágio do ciclo menstrual.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.


REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. **Fundamentos de enfermagem**. 2ª Ed. Florianópolis: Cidade Futura 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

POTTER, PA; PERRY, AG. : **Fundamentos de enfermagem**: conceitos, processo e prática. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem medicocirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ROCHA, F.C.V. *et al.* **Padronização Operacional Padrão do Hospital Getúlio Vargas**, Belo Horizonte – MG, 2012.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 41
	COLETA DE SWAB NASOFARINGEO		Criação:2023 Revisão:2023
Elaborado por: Magda Aline Teles Enfermeira COREN-MG 394.423	Revisado por: Magda Aline Teles Enfermeira COREN-MG 394.423	Próxima revisão: 2025	
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
CONCEITO: Procedimento não invasivo, utilizado para pesquisa de doenças respiratórias, sendo um dos principais exames para confirmação diagnóstica de Covid-19.			
OBJETIVO: Padronizar a coleta de swab nasofaríngeo dentro das unidades prisionais, principalmente na investigação de Covid-19.			
INDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none">• Pacientes com infecções respiratórias, suspeito de Covid – 19.			
MATERIAL UTILIZADO: <ul style="list-style-type: none">• Máscara N95;• Avental de manga longa descartável;• Luvas;• Touca ou gorro;• Óculos de proteção;• Máscara de proteção facial.			
PROCEDIMENTOS: <ul style="list-style-type: none">• Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado;• Lavar as mãos conforme procedimento padronizado (POP 29);• Colocar o paciente sentado;• Realizar paramentação com EPI's para o procedimento: colocar o avental de			

manga longa, gorro descartável, máscara N95, óculos de proteção, calçar luvas de procedimento;

- Segurar o swab pela parte distal, evitando contaminá-lo;
- Introduzir delicadamente o swab em um das narinas até encontrar a resistência na parede posterior, da nasofaringe e realizar movimentos rotatórios lentamente, por 30 segundos. Utilizando o mesmo swab, repetir o procedimento de coleta na outra narina;
- Retirar o swab da narina e introduzir na solução conforme o fabricante;
- Manter os materiais em temperatura refrigerada entre +2°C e +8°C, e os tubos em posição vertical;
- Identificar o frasco com os dados do paciente;
- Retirar luvas, óculos de proteção, máscara N95, máscara descartável e o avental;
- Desprezar o material em local adequado;
- Higienizar as mãos conforme POP 29;
- Encaminhar a amostra para o laboratório.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

Associação Saúde da Família. **Manual de Normas, rotinas e procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Atenção Básica**. Unidade Básica de Saúde. São Paulo. Versão no 01/2022. Setembro 2022.

GARCEZ, R.M; et al. **As Melhores Práticas de Enfermagem, Procedimentos baseados em evidências**. 2a Edição. Artmed: 2010.

POP: **Manual de Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem – HUMAP/EBSERH**. Comissão de Revisão dos POPs Versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Neves - Campo Grande/MS.2016: p: 480.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 42
	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA		Criação:2023 Revisão:2023
Elaborado por: Magda Aline Teles Enfermeira COREN-MG 394.423	Revisado por: Magda Aline Teles Enfermeira COREN-MG 394.423	Próxima revisão: 2025	
EXECUTORES	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem .		
CONCEITO: Traqueostomia refere-se a um procedimento de acesso às vias aéreas com a colocação de prótese ventilatória (cânula) ou cirurgia de abertura artificial da traqueia que exterioriza a luz traqueal. É utilizado para facilitar a entrada e saída de ar dos pulmões, quando existe alguma obstrução no trajeto natural, permitindo a respiração.			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none">• Padronizar entre a equipe de enfermagem os cuidados em pacientes traqueostomizados, dispensando os cuidados necessários.			
INDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none">• Assegurar a desobstrução da via aérea, em pacientes traqueostomizados,			

mantendo a sonda livre de acúmulo de muco para manter a integridade da mucosa e da pele, evitando infecções.

MATERIAL UTILIZADO:

- Luva estéril e de procedimento;
- Saco de lixo impermeável;
- Solução estéril;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Gaze estéril;
- Kit material para curativo estéril;
- Tesoura;
- Bandeja;
- Cadarço para fixação;
- Compressa não estéril;
- Óculos de proteção;
- Fita microporosa;
- Máscara descartável;
- Avental de manga longa.

PROCEDIMENTOS:

- Higienizar as mãos conforme POP nº 029;
- Reunir o material próximo ao paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o avental descartável de manga longa;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Colocar o paciente em posição segura e confortável – posição de Fowler;
- Realizar aspiração traqueal;
- Proteger o tórax do paciente com as compressas;
- Remover o curativo anterior;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Calçar luvas de procedimento;
- Limpar a região do estoma com S.F 0,9% de dentro para fora;
- Secar a área com gaze estéril;
- Firmar a cânula, cortar e retirar o cadarço;
- Realizar a limpeza da região peri cânula com gazes umedecidas com S.F 0,9%;
- Colocar uma gaze dobrada de cada lado da traqueostomia sob a cânula externa ou curativo específico;
- Colocar o cadarço limpo de modo que permita a passagem de um dedo entre o pescoço e a fixação;
- Retirar a compressa do tórax do paciente;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável;
- Higienizar as mãos;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem;

- Realizar as anotações no prontuário do paciente.

RECOMENDAÇÕES:

- No caso de sujidades, sangramentos e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor ou secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro, referenciando ao atendimento médico, se necessário.

RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

GARCEZ, R.M; et al. **As Melhores Práticas de Enfermagem, Procedimentos baseados em evidências**. 2a Edição. Artmed: 2010.

POP: **Manual de Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem - HUMAP/EBSERH**. Comissão de Revisão dos POPs Versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Neves - Campo Grande/MS.2016: p: 480.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 43
	PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Criação:2023 Revisão:2023
Elaborado por: Magda Aline Teles Enfermeira COREN-MG 394.423	Revisado por: Magda Aline Teles Enfermeira COREN-MG 394.423		Próxima revisão: 2025
EXECUTORES	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
CONCEITO: É um procedimento invasivo que visa a administração de fluidos, medicações, hemocomponentes, coleta de exames laboratoriais, além da manutenção de um acesso venoso. Trata-se de um dispositivo de punção venosa, inserido em veias periféricas, e geralmente nos membros superiores. Os locais preferidos para uma punção venosa são as veias cefálica e basilica na porção inferior do braço, e as veias do dorso da mão.			
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none">Garantir administração efetiva de medicação endovenosa e livre de iatrogenias;Coletar sangue.			
INDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none">Administração de líquidos, medicamentos, sangue e componentes de sangue, além de manter o acesso intravenoso (IV) do paciente.			
MATERIAL UTILIZADO: <ul style="list-style-type: none">Bandeja;Jaleco ou avental;			

- Luvas de Procedimento;
- Cateter intravenoso periférico (jelco ou scalp);
- Multivias (no caso da utilização de jelco);
- Antisséptico;
- Bolas de Algodão;
- Garrote;
- Fixador estéril para cateter periférico;
- Torniquete (tubo de borracha);
- Seringa;
- Soro fisiológico ou medicamento prescrito;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;

PROCEDIMENTOS:

- Reunir material na bandeja;
- Higienizar as mãos, conforme protocolo de higienização das mãos nº 29;
- Inserir na seringa a etiqueta de identificação do medicamento;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Selecionar o local de acesso mais adequado com vistas à indicação e condição do paciente;
- Selecionar o tipo de dispositivo e calibre, levando em consideração idade e condição da rede venosa;
- Para melhor visualização da rede venosa, garrotear 10 a 15 cm acima do local de inserção proposto (no membro superior, preferencialmente acima da fossa antecubital);
- Em caso de sujidade visível no local da futura punção, removê-la com água e sabão antes da aplicação do antisséptico;
- Realizar fricção da pele com solução alcoólica 70%;
- Aguarde a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção;
- Tracionar a pele com o polegar abaixo do local a ser puncionado para minimizar a mobilidade da veia;
- Introduzir o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, a um ângulo de 15° a 30°, até a cateterização do vaso;
- Ao visualizar o refluxo sanguíneo na câmara, reduzir o ângulo e introduzir por 0,5cm e estabilizar o cateter com uma mão paralelamente à pele;
- Soltar o garrote;
- Introduzir o cateter enquanto retira gradualmente a agulha-guia/mandril;
- Após a retirada total da agulha-guia, conectar o equipo previamente preparado;
- Fixar de forma que não interfira na visualização e avaliação do local;
- Retirar o material utilizado e desprezar em local adequado;
- Identificar o acesso venoso periférico (data, nome de quem realizou a punção e calibre do dispositivo);
- Observar alguma alteração ao administrar a medicação, caso seja identificado interromper a administração e comunicar ao Enfermeiro/Médico responsável;
- Higienizar as mãos;
- Realizar a anotação corretamente e checar medicação realizada.

RECOMENDAÇÕES:

- Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total;
- Atentar para sinais flogísticos, flebite, infiltração subcutânea, notificando os

eventos em impressos disponibilizados e registrar em prontuário.

- Remover o cateter periférico na suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento;
- É importante ressaltar que fitas adesivas não estéreis (esparadrapo comum e fitas do tipo microporosa não estéreis, como micropore) não devem ser utilizadas para estabilização ou coberturas de cateteres.
- Rotineiramente o cateter periférico não deve ser trocado em um período inferior a 96 horas;
- Realizar o flushing e aspiração para verificar o retorno de sangue antes de cada infusão para garantir o funcionamento do cateter e prevenir complicações.

RESPONSABILIDADE:


Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

Universidade Federal Vale do São Francisco. Hospital Universitário Vale do São Francisco. EBSEH. **Punção de acesso venoso periférico**, POP de 031, emissão 20/09/2020. versão 02. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/acesso-a-informacao/normas/protocolos-institucionais/Punodeacessoavenosoperifrico.pdf>> Acesso em: 16 de mar. de 2023.

POP: **Manual de Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem - HUMAP/EBSEH**. Comissão de Revisão dos POPs Versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Neves - Campo Grande/MS.2016: p: 480.

GARCEZ, R.M; et al. **As Melhores Práticas de Enfermagem, Procedimentos baseados em evidências**. 2a Edição. Artmed: 2010.

	SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM		CÓDIGO: 44
	TESTE RÁPIDO DE HIV, SIFILIS, HEPATITE B e C		Criação:2016 Revisão:2023
Elaborado por: Magda Aline Teles Enfermeira COREN-MG 394.423	Revisado por: Magda Aline Teles Enfermeira COREN-MG 394.423	Próxima revisão: 2025	
EXECUTORES	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
CONCEITO: Os testes rápidos são recomendados para testagens presenciais, Podendo ser feitos com amostra de sangue total obtida por punção venosa ou da polpa digital, ou com amostras de fluido oral. Dependendo do fabricante, também podem ser realizados com soro e/ou plasma.			
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none">• Evitar a progressão e disseminação de doenças sexualmente transmissíveis, através de diagnóstico precoce, tratamento e orientação aos pacientes.• Fornecer resultado rápido, fora do ambiente de laboratório por pessoal capacitado.			
INDICAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">• São realizados sempre que solicitados por profissionais médicos e/ou enfermeiros;• Quando diagnóstico de paciente com tuberculose pulmonar;• Nas admissões de saúde em unidades prisionais;• Na detecção precoce de possíveis infecções sexualmente transmissíveis assintomáticas.			
MATERIAIS UTILIZADOS: <ul style="list-style-type: none">• Luvas descartáveis;• Jaleco ou avental;• Óculos de proteção;			

- Máscara cirúrgica;
- Kit diagnóstico (lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão);
- Álcool 70%;
- Cronômetro ou relógio;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Laudo impresso para resultado;
- Manual de instrução disponível nas embalagens, se necessário.

PROCEDIMENTOS:

- Antes de iniciar a coleta, sempre que possível, peça para o usuário higienizar as mãos;
- Higienize as mãos conforme POP 29;
- Paramentar-se com os EPI's indicados para realização do procedimento.
- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o lote na folha de trabalho, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- Abra o envelope plástico, retire o dispositivo de teste e coloque em uma superfície limpa e nivelada;
- Se a mão do usuário estiver muito fria, faça uma massagem delicada no sentido do punho para a ponta dos dedos para aquecê-la e estimular o fluxo sanguíneo na região da coleta;
- Escolha preferencialmente a ponta do dedo médio, anelar ou indicador e faça a punção;
- Realizar a punção digital com a lanceta estéril fornecida no kit;
- Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta;
- Mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até a marca estabelecida no manual, sem que haja formação de bolhas de ar (evite a presença de bolhas de ar na pipeta coletora, pois elas alteram o volume da amostra. Se isso ocorrer, despreze essa amostra e faça a coleta de nova amostra, se necessário com uma nova pipeta do mesmo kit);
- Aplique a amostra no poço indicado do dispositivo de teste e coloque o tampão imediatamente no ângulo de 90 graus.
- Use o tampão específico do teste que está sendo realizado, adicionando as gotas da solução conforme orientação do fabricante;
- Marque o tempo de espera do teste (não ultrapasse o tempo de leitura recomendado pelo fabricante de cada kit);
- Preencher o laudo com o resultado, carimbar e assinar.;
- Após o término da leitura, descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte dos materiais;
- Retirar os EPI's,
- Higienizar as mãos.

RECOMENDAÇÕES:

- Defina os TR a serem realizados de acordo com a demanda do usuário;
- Inicie pelo TR de maior volume de amostra;
- Se for realizar outros TR na mesma pessoa, verifique se o sangue continua fluindo em abundância, mesmo sem a ordenha da mão ou do dedo;
- Ter cuidado com o tempo de leitura de cada teste. Após marcar o tempo do

primeiro teste, inicie a coleta para o segundo teste, se for o caso;

- Para a coleta do 2º ou demais TR, limpe o local da punção com gaze ou algodão seco, assegurando-se de que foi removido todo o sangue aparente do dedo;
- Faça uma ordenha delicada na mão e no dedo puncionado para que brote uma nova gota de sangue, livre de coágulos;
- Evite espremer ou massagear o dedo puncionado com muita força, uma vez que outros líquidos corporais podem se misturar ao sangue, diluindo a amostra;
- Após a última coleta, limpe e cubra a área da punção com algodão ou gaze;
- Solicite à pessoa que pressione levemente esse material sobre o local para interromper o sangramento;
- Algumas das causas prováveis para a invalidação dos testes ou resultados falsos (falso reagente e falso não reagente) podem ser o armazenamento inadequado dos kits, volume insuficiente de amostra, volume incorreto de diluente e a execução incorreta do teste.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Todos os dispositivos possuem as letras T e C referenciando, respectivamente, TESTE e CONTROLE na janela de leitura.

- Resultado reagente: Qualquer intensidade de linha colorida na área de teste é considerado como resultado reagente.
- Resultado não reagente: Quando aparece somente a linha colorida do controle o resultado é não reagente.
- Teste inválido: O teste rápido inclui um sistema de controle interno de migração, representado por uma linha colorida, que aparece na área de controle (C), essa linha confirma que o resultado obtido é válido. Se a linha de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, o teste será considerado inválido, mesmo que a linha colorida apareça na área de teste (T).



RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

Abon: **Instruções de uso – Hepatitis C Virus Rapid Test Device** (Sangue total/Soro/Plasma) Versão Portugues (Brasil). 12/2020.

Abon: **Instruções de uso - HIV 1/2/O Tri-line Human Immunodeficiency Virus Rapid Teste Device** (Sangue total/Soro/Plasma) Versão Portugues. 05/2021.

Associação Saúde da Família. Manual de Normas, rotinas e procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Atenção Básica. Unidade Básica de Saúde. São Paulo. Versão no 01/2022. Setembro 2022.

Guia prático para a execução de testes rápidos DIAG/DCCI/SVS/MS 2022.
Disponível em:
<http://antigo.aids.gov.br/sites/default/files/media/pagina/2017/64717_/guia_pratico_e_xecucacao_de_testes_rapidos.pdf> Acesso em: 15 de mar. de 2023.