



Elaborado por: Ameris de Oliveira  
Enfermeira Responsável Técnica da UBS Conceição dos Anjos.  
Ass:  
Data:

Aprovado por: Equipe de Enfermeiros das UBS do Município de Pérola  
Geocleberson da Silva Pereira, Coren – Pr 639.680  
Liliã dos Santos Martins, Coren – Pr 313.257  
Lucas da Luz Stel, Coren – Pr 352.535  
Marta Maria Vieira Fonseca, Coren – Pr 65.475  
Ass:  
Data:

## Higienização Simples das Mão

### CONCEITO:

- ✓ Remover sujidades, oleosidade, suor e outros resíduos;
- ✓ Reduzir a microbiota transitória da pele, para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde;
- ✓ Prevenir a transmissão de microrganismo patogênicos.
- ✓ Promover a segurança ao usuário e ao profissional

**PROFISSIONAL EXECUTANTE:** Auxiliar em Enfermagem, Técnico(a) em Enfermagem e Enfermeiro (a).

### MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Lavatório de mãos com torneira de acionamento manual ou automático;
- ✓ Sabonete líquido;
- ✓ Porta-papel toalha e papel toalha;
- ✓ Lixeira para o descarte dos resíduos com tampa acionada por pedal.

### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Retirar os adornos (anéis, relógios e pulseiras);
2. Dobrar os punhos do vestuário, evitando molhar a roupa, e expor a área a ser higienizada;
3. Posicionar-se em frente ao lavatório, sem encostar nele;
4. Abrir a torneira e manter as mãos mais baixas que os cotovelos, molhando-as por completo, sob a água corrente;
5. Aplicar na palma das mãos sabonete líquido;



6. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
7. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, e vice-versa, entrelaçando os dedos;
8. Entrelaçar os dedos, palma com palma, e friccionar os espaços interdigitais;
9. Fechar os dedos das mãos em garra, encaixando-os entre si, de maneira que as palmas das mãos esfreguem o dorso dos dedos em movimentos de vai e vem e vice-versa;
10. Friccionar o polegar de uma mão com a palma da outra em movimento circular. Inverter as posições e friccionar o outro polegar;
11. Unir os dedos de uma das mãos e friccionar as pontas destes contra a palma da outra em movimentos circulares. Repetir o movimento com a outra mão;
12. Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando movimento circular, e vice-versa;
13. Enxaguar as mãos sob água corrente, iniciando pelas pontas dos dedos em direção ao punho; evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
14. Secar as mãos com o papel-toalha, iniciando pelas pontas dos dedos em direção ao punho;
15. Fechar a torneira, quando o acionamento for manual, protegendo a mão com o papel-toalha.





#### OBSERVAÇÕES:

- ✓ Realizar a higienização das mãos por 40 a 60 segundos;
- ✓ Indicações para realização do procedimento;
- ✓ Antes e após contato direto ao cliente;
- ✓ Após contato com superfícies próximas ao cliente (equipamentos, mobiliários);
- ✓ Antes e após a execução de procedimentos assistenciais, sobretudo os assépticos;
- ✓ Risco ou exposição a fluidos corporais ou excreções;
- ✓ Antes e após o uso de equipamentos de proteção individual;
- ✓ Após aplicações consecutivas da solução alcoólica nas mãos;
- ✓ Antes e após ir ao sanitário;
- ✓ Antes e após as refeições.

#### REFERÊNCIAS:

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em:[https://www.gov.br/anvisa/pt\\_br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saudade.pdf/view](https://www.gov.br/anvisa/pt_br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saudade.pdf/view). Acesso em: 19 de setembro de 2024.

SAUDE. Ministério da. **Manual de Referências Técnicas para Higiene das Mãos**. Disponível em:[https://www.gov.br/anvisa/pt\\_br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/ManualdeReferenciaTcnica.pdf](https://www.gov.br/anvisa/pt_br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/ManualdeReferenciaTcnica.pdf). Acesso em: 19 de setembro de 2024



## Higienização Alcoólica das Mãos

**CONCEITO:** Reduzir o número de micro-organismos, quando as mãos não estiverem visivelmente sujas, sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

**PROFISSIONAL EXECUTANTE:** Auxiliar em Enfermagem, Técnico(a) em Enfermagem e Enfermeiro (a).  
**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- ✓ Preparação alcoólica para higiene das mãos sob a forma líquida, preparação contendo álcool e concentração final entre 60% e 80%, destinada a aplicação nas mãos, para reduzir o número de micro-organismos;
- ✓ Preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras, preparações contendo álcool, na concentração final mínima de 70%, com atividade antibacteriana comprovada por testes de laboratório in vitro (teste de suspensão) ou in vivo, destinadas a reduzir o número de micro-organismos.

### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Aplicar uma quantidade suficiente de preparação alcoólica, com mão em forma de concha, para cobrir todas as superfícies das mãos;
2. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa;
3. Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
4. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai-e-vem, e vice-versa;
5. Friccionar o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular, e vice-versa;
6. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fazendo um movimento circular, e vice-versa;
7. Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.





**OBSERVAÇÕES:**

- ✓ Realizar a higienização das mãos por 20 a 30 segundos;
- ✓ Recomenda-se que a preparação alcoólica contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele;
- ✓ Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente;
- ✓ Indicações para realização do procedimento;
- ✓ Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas;
- ✓ Antes e depois de tocar o usuário;
- ✓ Após remover luvas;
- ✓ Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos;
- ✓ Após contato com superfícies próximas ao usuário (equipamentos, mobiliários).

**REFERÊNCIAS:**

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saudade.pdf/view>. Acesso em: 19 de setembro de 2024.

SAUDE. Ministério da. **Manual de Referências Técnicas para**  
<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/ManualdeReferenciaTcnica.pdf>. Acesso em: 19 de setembro de 2024.

**Higiene das Mãos.** Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/ManualdeReferenciaTcnica.pdf>. Acesso em: 19 de setembro de 2024.



## Pré – Consulta de Enfermagem

### CONCEITO:

- ✓ Agilizar o serviço prestado ao paciente, contribuindo para um atendimento diferenciado de acordo com a necessidade de atendimento indivíduo.
- ✓ Observar as características gerais do paciente, conhecer o seu perfil,
- ✓ Realizar orientações e criar vínculo cliente/profissional.

**PROFISSIONAL EXECUTANTE:** Auxiliar em Enfermagem, Técnico(a) em Enfermagem e Enfermeiro (a).

### MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- ✓ Água, papel toalha e sabonete líquido;
- ✓ Caneta;
- ✓ Fita métrica;
- ✓ Balança antropométrica;
- ✓ Esfigmomanômetro;
- ✓ Estetoscópio;
- ✓ Termômetro;
- ✓ Algodão com álcool 70%;
- ✓ Relógio;
- ✓ Prontuário do paciente.

### ETAPAS PARA EXECUÇÃO:

1. Se apresentar ao paciente, caso seja o primeiro contato com o mesmo;
2. Identifica-lo;
3. Lavar as mãos;
4. Orienta-lo quanto ao procedimento a ser executado;
5. Questionar o motivo da sua procura a UBS, calmamente;
6. Realizar a coleta dos dados:
  - Peso;
  - Altura;



- Temperatura;
  - Pressão arterial;
  - HGT (se necessário)
  - Respiração;
  - Pulso;
  - Circunferência abdominal;
  - Perímetro cefálico em caso de crianças;
7. Anotar os dados colhidos no prontuário do paciente;
  8. Em caso de gestante ou criança, fazer as anotações no cartão próprio;
  9. Encaminhar o paciente para aguardar o atendimento;
  10. Manter o ambiente de trabalho organizado.

#### **REFERÊNCIAS:**

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde/Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica.** Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/Normas-Rotinas-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 19 de setembro de 202



## Medidas Antropométricas da Criança (< 02 anos de idade/> 02 anos de idade)

### CONCEITO:

- ✓ Uniformizar o cuidado de enfermagem na verificação das medidas antropométricas da criança (< ou > 02 anos de idade), (peso, comprimento, perímetro cefálico, torácico e abdominal);
- ✓ Padronizar as medições de modo a obter resultados consistentes e confiáveis;
- ✓ Identificar precocemente atrasos de crescimento, como microcefalia congênita;
- ✓ Contribuir para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança;

**RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO:** Auxiliar em Enfermagem, Técnico(a) em Enfermagem e Enfermeiro (a).

### MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Balança Pediátrica Digital;
- ✓ Balança Digital;
- ✓ Fita Métrica não extensível;
- ✓ Antropômetro Horizontal (para medir o comprimento de crianças menores de 02 anos);
- ✓ Estadiômetro de parede (para medir o comprimento de crianças maiores de 02 anos);
- ✓ Prontuário;
- ✓ Caderneta da Criança;
- ✓ Álcool 70%;
- ✓ Papel toalha;
- ✓ Maca.

### ETAPAS PARA EXECUÇÃO:

1. Higienizar as mãos
2. Confirmar a identificação do RN ou da criança;
3. Orientar os pais ou responsáveis quanto aos procedimentos a serem realizados.

### MENSURAÇÃO DO PESO CRIANÇA < 02 ANOS:

1. Cobrir a balança digital com lençol, ligar ou tarar a balança;
2. Posicionar o recém-nascido despidão deitado sobre a balança;
3. Verificar o valor apresentado no visor digital;
4. Realizar a anotação do valor obtido, na caderneta da criança.



### MENSURAÇÃO DO PESO CRIANÇA > 02 ANOS

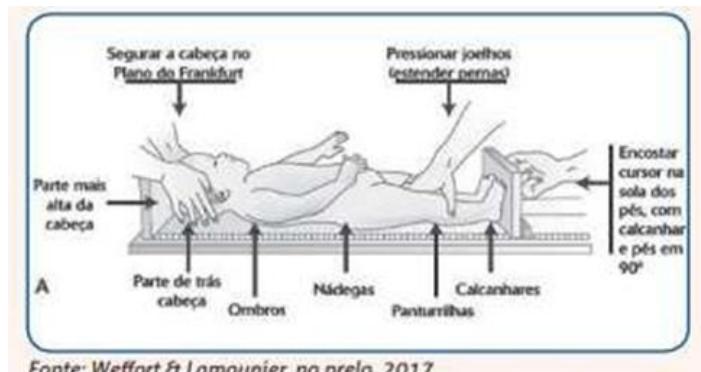
- ✓ Solicitar que a criança suba na balança, preferencialmente descalço;
- ✓ Se a criança não conseguir permanecer sozinha na balança, solicitar que suba com o pai ou responsável;
- ✓ Solicitar que o pai/responsável suba novamente na balança;

#### Verificar o valor apresentado

1. e subtrair pelo anterior;
2. Realizar anotação, do valor obtido, na caderneta da criança.

### MENSURAÇÃO DO COMPRIMENTO DA CRIANÇA < 02 ANOS:

1. Posicionar a criança sobre a superfície plana e estável do berço aquecido;
2. Posicionar o antropômetro horizontal com a base fixa voltada para a cabeça e a parte móvel voltada para os pés;
3. Realizar o procedimento entre dois profissionais;
4. Atentar-se para manter:
  - O alinhamento da cabeça de forma que a linha vertical entre o canal auditivo e a parte inferior da órbita esteja perpendicular à superfície horizontal e o queixo afastado do peito;
  - Os ombros e as costas totalmente em contato com a superfície horizontal;
  - Os braços estendidos ao longo do corpo ou seguros sobre a barriga;
  - As nádegas e os calcanhares em pleno contato com a superfície horizontal.
5. Estender os membros inferiores colocando o indicador entre as pernas e pressionando delicadamente com os outros dedos na altura dos joelhos;
6. Deslizar a base móvel da régua em direção aos pés até tocá-los;
7. Posicionar os pés em ângulo de 90° com a base móvel da régua;
8. Fazer a leitura do comprimento em voz alta, com precisão de 0,1 cm;
9. Anotar o valor obtido, imediatamente, na caderneta da criança e prontuário da criança;  
Afastar a base móvel para baixo até que fique livre e a régua seja retirada;

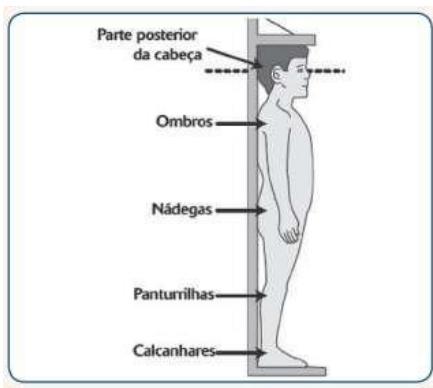


Fonte: Weffort & Lamounier. no prelo. 2017



#### MENSURAÇÃO DO COMPRIMENTO DA CRIANÇA > 02 ANOS:

1. Posicionar a criança de costas para o estadiômetro, preferencialmente descalça;
2. Encostar os calcanhares, panturrilhas, nádegas, ombros e a parte posterior da cabeça na parede;
3. Fazer a leitura do comprimento;
4. Anotar o valor obtido na caderneta e prontuário da criança;



Fonte: Weffort & Lamounier, no prelo. 2017

#### MENSURAÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO DA CRIANÇA < 02 ANOS

1. Posicionar a criança em decúbito dorsal;
2. Levantar a cabeça com uma das mãos e com a outra mão passar a fita métrica por trás da cabeça;
3. Posicionar a fita em torno da cabeça com a marcação zero no lado mais próximo de si;
4. Nivelar a fita passando-a pelos pontos de referência: logo acima das sobrancelhas e no ponto máximo de protuberância do occipital;
5. Ajustar a fita de modo a garantir uma medição confiável (comprimindo o cabelo e a pele), mas sem machucar;
6. Ler em voz alta o valor obtido, considerando o último milímetro completo; Registrar na caderneta da criança/prontuário o valor obtido;
7. Retirar a fita métrica com delicadeza;

#### MENSURAÇÃO DO PERIMETRO TORACICO DA CRIANÇA < 02 ANOS

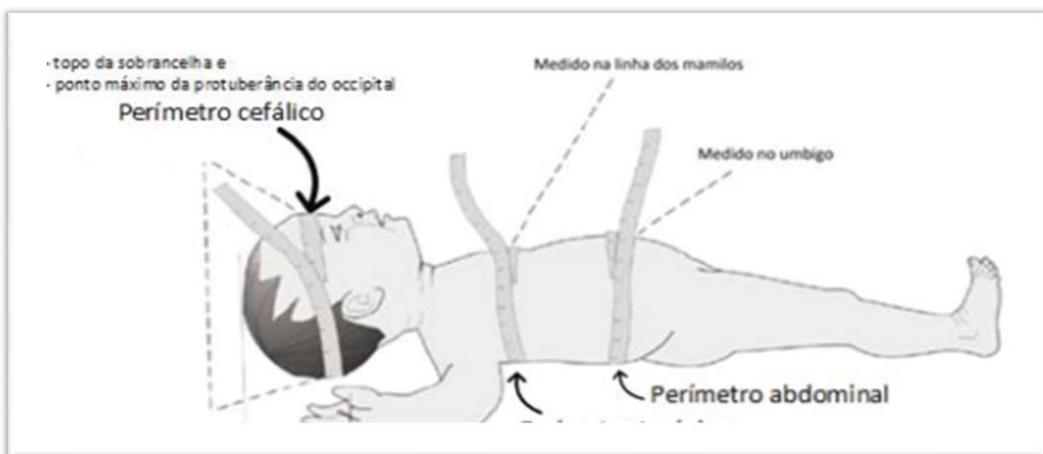
1. Levantar o tórax da criança e passar a fita métrica por trás;
2. Posicionar a fita em torno do tórax do RN, na altura nos mamilos;
3. Ajustar a fita de modo a garantir uma medição confiável;



4. Ler em voz alta o valor obtido, considerando o último milímetro completo;
5. Registrar na caderneta da criança/prontuário próprio o valor obtido;
6. Retirar a fita métrica com delicadeza;

#### MENSURAÇÃO DO PERÍMETRO ABDOMINAL DA CRIANÇA < 02 ANOS

1. Levantar o tórax da criança e passar a fita métrica em torno do abdômen, trazendo-a até a frente, na altura da cicatriz umbilical;
2. Ajustar a fita de modo a garantir uma medição confiável;
3. Ler em voz alta o valor obtido, considerando o último milímetro completo;
4. Registrar na caderneta da criança/prontuário o valor obtido;
5. Retirar a fita métrica com delicadeza;
6. Retirar as luvas;
7. Higienizar as mãos



#### VALORES DE REFERÊNCIA PARA MENSURAÇÃO DE PERIMETROS:

PERÍMETROS	VALORES DE REFERÊNCIA
Perímetro Cefálico	33 – 35 cm
Perímetro Torácico	30 – 33 cm
Perímetro Abdominal	28 – 31 cm

#### REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Nutrologia. Avaliação Nutrológica no Consultório.** 2016. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7758028/mod\\_resource/content/1/Nutrologia-GuiaPratico\\_AvalNutrol\\_Consultorio-retificado20dez16.compressed%20%281%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7758028/mod_resource/content/1/Nutrologia-GuiaPratico_AvalNutrol_Consultorio-retificado20dez16.compressed%20%281%29.pdf). Acesso em: 19 de setembro de 2024.



## Mensuração de Peso (Adolescente, Adulto e Idoso)

**CONCEITO:** Avaliar e monitorar a capacidade cardiovascular através da ausculta da pressão arterial fisiológica.

**RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO:** Auxiliar em Enfermagem, Técnico(a) em Enfermagem e Enfermeiro (a).

### MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Água;
- ✓ Sabão líquido;
- ✓ Papel Toalha;
- ✓ Álcool a 70 %;
- ✓ Algodão;
- ✓ Caneta;
- ✓ Bandeja;
- ✓ Esfigmomanômetro;
- ✓ Estetoscópio;
- ✓ Aparelho digital;
- ✓ Caneta;
- ✓ Prontuário;

### ETAPAS PARA EXECUÇÃO:

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material necessário e levar para junto do paciente;
3. Certificar que o estetoscópio e esfigmomanômetro estejam íntegros e calibrados;
4. Realizar a desinfecção do estetoscópio e esfigmomanômetro com algodão umedecido em solução alcoólica;
5. Explicar o procedimento ao paciente;
6. Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido;
7. Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;
8. Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pera e insuflar o manguito enquanto continua a palpar a artéria;



9. Anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece;
10. Desinsuflar o manguito lentamente;
11. Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente;
12. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;
13. Manter o diafragma do estetoscópio firme sobre o pulso braquial e insuflar o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20-30 mmHg acima desta pressão;
14. Esvaziar lentamente o manguito, identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);
15. Desinsuflar totalmente o manguito;
16. Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos;
17. Retirar o manguito do braço do paciente;
18. Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
19. Higienizar as mãos;
20. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

**ETAPAS PARA EXECUÇÃO (APARELHO DIGITAL):**

1. Higienizar as mãos;
2. Conectar a extensão de borracha da braçadeira e aperte o botão para ligar o aparelho;
3. Esperar o aparelho indicar no visor que está pronto para iniciar a medida. Aperte o botão para iniciar, a braçadeira começará a encher, apertando o braço. Pedir para não conversar e nem movimentar o braço durante a medida.
4. Observar no visor do aparelho a medida da pressão arterial e pulso radial, sendo o primeiro valor a pressão sistólica e a segunda a diastólica;
5. Desligar o aparelho;
6. Anotar os valores no prontuário e no sistema de informação, utilizando os códigos referentes ao procedimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- ✓ Não aferir pressão arterial em membros que tiverem:
- ✓ Fístula endovenosa;
- ✓ Cateterismo;
- ✓ Plegias (perda grave ou completa da força muscular);
- ✓ Punção venosa;
- ✓ Membro que for do lado mastectomizado do paciente.



- ✓ Indagar sobre ingestão de drogas licita ou ilícitas que possam vir a interferir com os mecanismos de regulação da pressão arterial;
- ✓ O paciente deve evitar:
  - ✓ Estar fumando, alimentando;
  - ✓ Ingerindo álcool ou café;
  - ✓ Estar de bexiga cheia.
- ✓ Questionar o paciente durante o procedimento sobre:
  - ✓ Presença de dor;
  - ✓ Tensão;
  - ✓ Ansiedade;

#### VALORES DE REFERÊNCIA:

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	PRESSÃO DIASTOLICA (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão Estágio I	140 – 159	90 – 99
Hipertensão Estágio II	160 – 179	100 – 109
Hipertensão Estágio III	> ou = 180	> ou = 110
Hipertensão Sistólica Isolada	> ou = 140	< 90

#### REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol, São Paulo, v. 95, n. 1, 2010. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/abc/a/Q43xYKS4fjsRM8jj8s4pxSJ/?lang=pt>



## Aferição de Pressão Arterial

**CONCEITO:** Determinar os estados febris, hipotermia ou problemas termorreguladores; Avaliar a resposta no tratamento médico, e cuidados da enfermagem, com as alterações da temperatura corporal.

**PROFISSIONAL EXECUTANTE:** Auxiliar em Enfermagem, Técnico(a) em Enfermagem e Enfermeiro (a).

### MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Termômetro digital;
- ✓ Bandeja;
- ✓ Algodão;
- ✓ Álcool a 70%;
- ✓ Caneta;
- ✓ Instrumentos para registro do procedimento.

### ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

1. Explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante;
2. Realizar a higienização das mãos;
3. Reunir o material necessário na bandeja previamente desinfectada;
4. Posicionar o usuário (sentado ou deitado em repouso);
5. Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes, em sentido único, com algodão umedecido em solução alcoólica a 70%;
6. Enxugar a axila do usuário, **se necessário**, para termômetro digital axilar;
7. Colocar o termômetro na região oca da axila com o bulbo em contato direto com a pele do usuário, posicionando o braço transversalmente sobre o tórax; ou
8. Colocar o termômetro, preferencialmente na face, para o modelo infravermelho;
9. Manter o termômetro posicionado de acordo com a orientação do fabricante;
10. Retirar o termômetro após o aviso sonoro e fazer a leitura;
11. Realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em Álcool a 70%, friccionando-o 3 vezes em sentido único;



12. Realizar anotações de enfermagem no prontuário, assinar e carimbar;

**OBSERVAÇÕES:**

- ✓ O modelo de termômetro infravermelho deve ser utilizado, preferencialmente, na testa ou em local indicado pelo fabricante;
- ✓ Quando utilizado na testa, esta deverá estar limpa e seca, inclusive sem maquiagem;
- ✓ Não deixar cair líquidos no termômetro;
- ✓ Alterações na temperatura, comunicar ao enfermeiro.

**REFÉRENCIAS:**

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

SANTANA, Júlio C. B., DUTRA, Bianca S., et al. **Guia Prático Técnicas de Enfermagem**. 2022



## Aferição de Temperatura Corporal

**CONCEITO:** Padronizar os procedimentos para administração dos imunobiológicos e organização da sala de vacinas.

**PROFISSIONAL EXECUTANTE:** Auxiliar em Enfermagem, Técnico(a) em Enfermagem e Enfermeiro (a).

### MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Caixa coletora de material perfurocortante com suporte;
- ✓ Equipamentos de refrigeração;
- ✓ Dispensador para sabão líquido;
- ✓ Dispensador para papel-toalha;
- ✓ Aparelho de medição de temperatura dos equipamentos de refrigeração e das caixas térmicas;
- ✓ Bandeja de aço inoxidável;
- ✓ Termômetro clínico para mensuração da temperatura corporal, quando necessário;
- ✓ Vasilhame (perfurado) para a organização dos imunobiológicos dentro do equipamento de refrigeração;
- ✓ Bobinas reutilizáveis para a conservação dos imunobiológicos em caixas térmicas;
- ✓ Algodão hidrófilo;
- ✓ Recipiente para o algodão;
- ✓ Fita adesiva (com largura de 5 cm);
- ✓ Caixas térmicas de poliuretano com capacidade mínima de 12 litros para as atividades diárias da sala de vacinação e as ações extramuros;
- ✓ Seringas de plástico descartáveis (1,0 mL, 3,0 mL e 5,0 mL);
- ✓ Agulhas descartáveis;
- ✓ Material de escritório (Lápis, Caneta, Borracha, entre outros.);
- ✓ Impressos próprios;
- ✓ EPIs (avental, máscara cirúrgica ou N95/PFF2, protetor ocular).



## Sala De Vacina e Administração de Imunobiológico

### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Conferir a limpeza e organização da sala de vacinas;
2. Aferir a temperatura do(s) equipamento(s) de refrigeração, registrando-a no mapa de registro diário de temperatura;
3. Relatar qualquer alteração de temperatura ao enfermeiro responsável;
4. Higienizar as mãos;
5. Proceder à paramentação com uso de EPI's recomendados;
6. Retirar as bobinas reutilizáveis do equipamento de refrigeração, colocá-las sobre uma superfície até que desapareça a "névoa" que normalmente cobre a superfície externa da bobina congelada. Após isso, secá-las e colocá-las na caixa térmica;

**Nota:** Ao final de cada jornada de trabalho, lavar as bobinas de gelo reutilizáveis, secá-las e guardá-las no equipamento de refrigeração.

1. Organizar as vacinas e diluentes no equipamento específico, ou na caixa térmica específica para uso diário, já com a temperatura recomendada (+2 a +8°C);
2. Observar o prazo de utilização, após a abertura do frasco, para as apresentações em multidose;
3. Organizar os impressos e material de trabalho;
4. Ao chegar o usuário à sala, acolha, verifique o documento onde consta o registro pessoal de vacinação para poder identificar as vacinas que deverão ser realizadas;
5. Examinar a condição de saúde do usuário, incluindo as indicações e as prováveis contraindicações à administração dos imunobiológicos, evitando as falsas contraindicações;
6. Higienizar as mãos antes e após o procedimento;
7. Confirmar qual imunobiológico deve ser administrado, conforme indicado no documento pessoal de registro da vacinação (cartão ou caderneta) ou conforme indicação médica (desde que siga a recomendação do Programa Nacional de Imunização – PNI);
8. Averigar o produto, o estado da embalagem e observar o rótulo, a aparência da solução, prazo de validade e o número do lote;
9. Observar a via de administração e a dosagem;
10. Atente para a forma correta de reconstituição e de remoção do imunobiológico: Cuidados comuns:
  - a) Higienize as mãos.
  - b) Separe a seringa e a agulha adequadas e, se for o caso, acople a seringa à agulha, permanecendo com a agulha protegida.
  - c) Posicione a seringa na vertical (nível dos olhos) com a agulha ainda conectada ao frasco-ampola e expulse o ar.
  - d) Permaneça com a agulha protegida até o momento da administração;
11. Ampola de vidro: Proteja a ampola em algodão seco. Abra a ampola e coloque-a entre os dedos indicador e médio. Introduza a agulha na ampola. Aspire a dose equivalente;
12. Frasco-ampola com tampa de borracha: Remova a proteção metálica do frasco-ampola que contém o



imunobiológico. Higienize a tampa de borracha com algodão seco. Insira a agulha no frasco-ampola. Aspire o líquido equivalente à dose a ser administrada;

13. Realização de reconstituição de imunobiológico com apresentação sob forma liofilizada: Remova a tampa metálica do frasco-ampola contendo o liófilo, higienize a tampa de borracha com algodão seco. Proteja a ampola do diluente em gaze ou algodão seco e abra-a. Posicione a ampola aberta entre os dedos indicador e médio. Aspire o diluente da ampola e injete-o na parede interna do frasco-ampola ou ampola contendo o liófilo. Proceda a homogeneização do conteúdo realizando movimentos rotativos do frasco em sentido único, com cuidado para não produzir espuma. Não agite. Aspire o quantitativo da solução correspondente à dose a ser administrada;
14. Prepare a vacina conforme a sua apresentação. Selecione o local para administrar a vacina, evite locais com cicatrizes, lesões, tatuagens e manchas. Realize a limpeza da pele com algodão seco. Posicione o usuário de modo confortável e seguro. Ao vacinar crianças, demande a ajuda do acompanhante para conter e evitar movimentos bruscos;
15. Proceda a administração de acordo com a via recomendada pelo fabricante;
16. Via oral: No caso de ser uma criança de colo, o vacinador deve se posicionar por trás dela, inclinando sua cabeça ligeiramente para trás e fazendo uma leve pressão nas bochechas. Administre a vacina. Não repita a dose se a criança vomitar, cuspir ou regurgitar após. Higienize as mãos novamente;
17. Via parenteral:
  - a. Intradérmica (ID): Contenha firmemente com a mão o local, estique a pele com o polegar e o indicador. Conserve a seringa com o bisel da agulha para cima, coincidindo com o lado da graduação da seringa. A agulha deverá formar com o braço um ângulo de 15º. Introduzir a agulha em paralelo à pele, até que o bisel desapareça. Injete a vacina lentamente, pressionando a extremidade do êmbolo com o polegar. Remova a agulha da pele. Não comprima no local de administração da vacina;
  - b. Subcutânea (SC): Pince o local da administração com o dedo indicador e o polegar, mantendo a região firme. Pode-se utilizar ângulo de 45º a 90º, de acordo com o comprimento da agulha e da espessura do tecido subcutâneo. Não aspire o local. Injete a solução. Retire a seringa com a agulha em movimento único e firme. Faça leve compressão no local com algodão seco;
  - c. Intramuscular (IM): Posicione o bisel lateralmente. Introduza a agulha em ângulo reto (90º). O ângulo de introdução da agulha pode ser ajustado conforme a massa muscular do usuário a ser vacinado. Injete o imunobiológico lentamente. Remova a agulha em movimento único e firme. Realize leve compressão no local com algodão seco;
18. Descarte a seringa e a agulha utilizadas na caixa coletora de material perfurocortante;
19. Proceder o registro do imunobiológico administrado em espaço reservado nos documentos destinados à coleta de informações de doses aplicadas e no Sistema de Informação de Imunobiológicos oficial utilizado na unidade;
20. Date e anote no espaço indicado: a dose, o lote, a unidade de saúde onde a vacina foi administrada e o nome legível do vacinador na caderneta de vacinação;
21. A data, assim como o aprazamento calculado, deve ser registrada com lápis na caderneta de saúde ou cartão de vacinação do usuário;
22. Reforce sempre a importância da vacinação e quando serão os próximos retornos;
23. Verifique a ocorrência de eventos adversos pós-vacinação. Explique aos usuários, pais e/ou aos responsáveis a possibilidade do aparecimento das reações consideradas mais comuns e de reações adversas. Oriente o usuário o que fazer e para onde ir caso ocorram reações adversas;
24. Ao encerramento das atividades no final do dia:
  - a) Recolha as vacinas do equipamento de uso diário ou da caixa térmica, identificando nos frascos



multidose a quantidade de doses que podem ser utilizadas no dia seguinte. Observe o prazo de validade após a abertura e guarde as doses no refrigerador ou no equipamento específico para estoque das vacinas;

- b) Descarte os frascos de vacinas multidose que excedam o prazo de validade após abertura, bem como os frascos com rótulo avariado
- c) Anote o número de doses desprezadas em formulário padronizado de registro (físico ou informatizado) para amparar a avaliação do movimento e das perdas de imunobiológicos;
- d) Aferir e registrar as temperaturas da geladeira nos respectivos mapas de temperatura;
- e) Organizar e proceder com a limpeza das caixas térmicas, secando-as;
- f) Higienize as bobinas, seque-as e guarde-as para congelar no freezer;
- g) Verifique e anote a temperatura do equipamento de refrigeração no(s) respectivo(s) mapa(s) de controle diário de temperatura e, em seguida, reinicie o termômetro pressionando a tecla reset.
- h) Consolide as doses de vacinas aplicadas;
- i) Reponha o material de uso diário de modo que tenha o suficiente para os trabalhos no turno seguinte;
- j) Certifique que os equipamentos de refrigeração estão funcionando de modo correto;
- k) Confira se a tomada do equipamento está devidamente ligada e a porta da geladeira fechada, antes de se encerrar as atividades da sala.

#### OBSERVAÇÕES:

- ✓ Os profissionais envolvidos com a vacinação devem estar sempre atentos aos ‘certos’ na administração de vacinas: conservação certa, validade certa, pessoa certa, vacinas e diluentes certos, idade para vacinação certa, dosagem certa, intervalo entre as doses certo, preparo certo (incluindo a escolha da seringa e agulha corretas), volume certo, via de aplicação certa, local de aplicação certo, registro certo, orientações certas e aprazamento certo.
- ✓ A equipe de saúde da unidade deve verificar a situação vacinal dos usuários para que sejam realizados os devidos encaminhamentos. É necessário que todos os profissionais de saúde sejam integrados com a equipe da sala de vacinação, com o intuito de evitar a perda de oportunidades de vacinação.
- ✓ O enfermeiro é responsável pela supervisão do trabalho desenvolvido na sala de vacina e pela educação permanente da equipe, porém toda a equipe da sala deverá buscar se atualizar profissionalmente no que diz respeito ao processo de trabalho com imunobiológicos.
- ✓ A sala de vacina é classificada como área semicrítica, portanto deverá ser destinada exclusivamente à administração dos imunobiológicos.
- ✓ Precauções na manipulação de seringas e agulhas: proteger sempre em embalagem original e local limpo e seco, dando preferência a armário fechado. Certifique, antes de abrir, se a embalagem está íntegra, se o insumo se encontra dentro do prazo de validade e se o ele é, de fato, o ideal para o procedimento, evitando desperdício. Despreze o material em local apropriado: caixa coletora de material perfurocortante.
- ✓ Após o uso as agulhas não devem ser reencapadas nem tão pouco retiradas manualmente. As caixas coletoras de material perfurocortante não deverão exceder sua capacidade máxima. Mudanças de



temperatura e de estabilidade podem comprometer a imunogenicidade da vacina, ou seja, a qualidade verificada e certificada pelo laboratório fabricante, em certas condições ideais de conservação: luz, temperatura, umidade, prazo de validade e outras. Desta forma, nas circunstâncias em que o imunobiológico tenha sido sujeitado à temperatura de conservação diferente da estabelecida pelo laboratório fabricante (descrita na bula) o registro de ocorrência é feito no “Formulário de Registro de Ocorrência de Alterações Diversas (desvio de qualidade) no(s) Imunobiológico(s)”. No decurso do processo, o lote do imunobiológico exposto à situação de falha de qualidade deve ser preservado em área de acesso reservado e à temperatura de conservação adequada (+2 °C a +8 °C). O congelamento prejudica as vacinas adsorvidas através da alteração de sua forma física.

- ✓ O Programa Nacional de Imunização (PNI) postula a mudança das caixas térmicas de poliestireno expandido, usadas nas atividades de rotina e extramuros, por caixas de poliuretano, por causa da sua durabilidade, resistência e facilidade de higienização. Os cuidados básicos com as caixas térmicas são: verificar a qualidade da caixa, lavar a caixa com água e sabão (neutro), secar com cuidado e guardá-las em local seco. No que diz respeito à organização da caixa: as bobinas de gelo devem ficar dispostas na caixa de modo a formar barreiras no fundo e laterais da caixa com o sensor de temperatura no centro dela.
- ✓ Os imunobiológicos não deverão ficar soltos dentro da caixa térmica. Antes de acondicionar os imunobiológicos se certificar de que a temperatura está na faixa recomendada. É imprescindível o monitoramento constante da temperatura, troque as bobinas reutilizáveis sempre que necessário, mantenha a caixa térmica fora do alcance da luz solar direta e distante de fontes de calor. Ao retornar as bobinas para congelamento lave e seque cuidadosamente as caixas, mantendo-as abertas até que estejam completamente secas
- ✓ O uso de gelo em barra e/ou escama não é recomendado.
- ✓ Cuidados ao preparar o imunobiológico: a preparação apropriada da vacina é essencial para manter a integridade do produto durante a transferência do frasco do fabricante para a seringa e, em última instância, para o usuário. As vacinas estão disponíveis em diferentes apresentações, incluindo frascos de dose única, vacinas em seringas prontas para uso, frascos multidose e aplicadores orais. Sempre verifique o rótulo do frasco ou da caixa para determinar: a vacina e o diluente corretos (se necessário). E a data de validade. Vacinas ou diluentes expirados nunca devem ser usados. Cada vacina e diluente (se necessário) devem ser cuidadosamente inspecionados quanto a danos, partículas ou contaminação antes do uso. Verifique se a vacina foi armazenada em temperaturas adequadas. Os frascos de multidose deverão ser mantidos em perfeitas condições de higiene, para evitar a contaminação imprudente do frasco por meio do contato direto ou indireto com superfícies ou equipamentos potencialmente contaminados. Eles também devem ser conservados adequadamente para manter a potência da vacina. Somente o número de doses indicado na bula do fabricante deve ser retirado do frasco. Doses parciais de dois ou mais frascos nunca devem ser combinadas para obter uma dose da vacina. As vacinas reconstituídas têm prazo de validade após diluição ou após abertura do frasco. Esse tempo é informado pelo fabricante em bula, como exemplo temos a vacina Tríplice Viral que após diluição tem validade por 6 horas se mantida em temperatura adequada e em condições assépticas. Alguns frascos de multidose têm um período de uso específico após serem perfurados com uma agulha.
- ✓ A solução deve ser mantida no frasco da vacina após a abertura. A dose deve ser aspirada somente quando for feita a administração. Nunca deixe seringas previamente preparadas armazenadas na caixa térmica ou equipamento de uso diário da sala de vacinação.



- ✓ A reconstituição é o processo de adicionar um diluente a um ingrediente seco para torná-lo um líquido. A vacina liofilizada (pó ou pastilha) e seu diluente, normalmente, vêm juntos do fabricante. As vacinas devem ser reconstituídas de acordo com as diretrizes do fabricante, usando apenas o diluente fornecido para uma vacina específica. Os diluentes variam em volume e composição, e são projetados especificamente para atender ao volume, equilíbrio de pH e requisitos químicos de suas vacinas equivalentes. Um diluente diferente, um frasco com água estéril ou soro fisiológico nunca devem ser usados para reconstituir as vacinas, exceto nas situações que é recomendado pelo fabricante, por exemplo, a vacina covid-19 do fabricante Pfizer que recomenda, para diluição, o uso do soro fisiológico. Se for usado o diluente errado é considerado erro de imunização, e a dose não é considerada válida e deverá ser repetida com o diluente correto. O caso deve ser notificado como Erro em Imunização. A vacina deve ser reconstituída imediatamente antes da administração, seguindo as instruções da bula. Quando reconstituída, a vacina deve ser administrada no prazo especificado para uso na bula do fabricante; caso contrário, a vacina deve ser descartada. Não é necessário trocar a agulha entre a preparação e a administração da vacina, a menos que a agulha esteja contaminada ou danificada.
- ✓ É uma opção para a administração de determinados tipos de soros, a região glútea, como por exemplo, antirrábico e imunoglobulinas (anti-hepatite B e Varicela). Já a região ventroglútea é anatômica, alternativa para a administração de imunobiológicos por via intramuscular, devendo ser utilizada por profissionais capacitados. Não é necessário aspirar para aferir se foi atingido vaso sanguíneo no momento da administração do imunobiológico em tecido muscular.
- ✓ Pela quantidade de imunobiológicos disponíveis atualmente, é necessário, muitas vezes, a utilização da mesma região muscular para a administração concomitante de duas vacinas. O músculo vasto lateral da coxa, por exemplo, devido à sua grande massa muscular, é o local recomendado para a administração simultânea de duas vacinas, principalmente em crianças menores de 2 anos de idade. A região de injeções deve ser sobre o eixo da coxa, separados por pelo menos 2,5 cm de distância. Anote na caderneta de vacinação o lado direito(D) ou esquerdo (E) do respectivo membro em que as vacinas serão administradas, com a finalidade de identificar a ocorrência do evento adverso local e associá-lo com a respectiva vacina. A administração de múltiplas vacinas em um mesmo músculo não reduz o seu poder imunogênico nem aumenta a frequência e a gravidade dos eventos adversos. Deverá sempre se aproveitar a mesma visita ao serviço de vacinação e vacinar o usuário conforme esquema preconizado para os grupos e ou faixa etária, oferecendo proteção contra as doenças imunopreveníveis e minimizando as oportunidades perdidas de vacinação. No adulto, deve-se evitar a administração de duas vacinas no mesmo deltoide, exceto se os imunobiológicos forem administrados por diferentes vias (uma subcutânea e outra intramuscular, por exemplo). Os procedimentos para a administração de imunobiológicos por via intramuscular seguem basicamente os mesmos passos, independentemente da região anatômica escolhida.
- ✓ Atividades que devem ser periódicas e com intervalos pré-estabelecidos: solicitar que seja realizada quinzenalmente a limpeza terminal da sala (sempre sob supervisão do responsável pela sala). Realizar a limpeza da geladeira conforme orientação do fabricante. Realizar a revisão dos arquivos que contêm registros dos vacinados ou dados do Sistema de Informação para possível convocação e busca de faltosos. Avaliar e calcular o percentual de utilização e perda dos imunobiológicos. Vigiar as atividades de vacinação (taxa de abandono, cobertura vacinal, eventos adversos, inconsistência, erros de registros no sistema, entre outras atividades) da área de abrangência do serviço de saúde.
- ✓ Quando realizar a vacinação extramuros deve-se ter cuidado com o transporte dos imunobiológicos, é um elo importante para uma adequada cadeia de frio. Deverá ser assegurado que durante todo o



itinerário as normas de armazenamento sejam rigorosamente seguidas, desde o acondicionamento até o destino.

- ✓ Quando houver falhas ou dúvidas em relação à rede de frio, deve-se entrar em contato com o responsável pela rede de frio do município. As exposições das vacinas em temperaturas diferentes do recomendado (entre +2°C e +8°C) deverão ser notificadas conforme fluxo estabelecido.
- ✓ No caso de haver falta de energia elétrica deve-se manter o refrigerador fechado e a temperatura deve ser monitorada até o prazo de duas horas, chegando à temperatura de +6 °C e caso a energia não volte, a equipe responsável deve preparar caixas térmicas ambientadas com bobinas de gelo reciclável para garantir uma segura transferência sem alteração de temperatura.
- ✓ Orientar o usuário ou pais e responsáveis a necessidade de relatar ao serviço de saúde a ocorrência de Evento Adverso Pós-Vacinação (EAPV) para que a equipe possa notificá-lo.

#### TAMANHOS DE AGULHAS DE ACORDO VIA DE ADMINISTRAÇÃO

<b>Intradérmica</b>	13 x 3,8 dec/mm
<b>Subcutânea</b>	13 x 3,8 dec/mm e 13 x 4,5 dec/mm
<b>Intramuscular</b>	20 x 5,5 dec/mm; 25 x 6,0 dec/mm; 25 x 7,0 dec/mm; 25 x 8,0 dec/mm
<b>Diluição</b>	30 x 7,0 dec/mm



**CALENDARIO DE VACINAÇÃO:**

✓ CRIANÇA:

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG – ID Vacina hepatite B	Dose única Dose	Formas graves de tuberculose Hepatite B
2 meses	Vacina pentavalente (DTP + HB + Hib) VIP (vacina inativada poliomielite) VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b. Poliomielite (paralisia infantil) Diarreia por Rotavírus
3 meses	Vacina pneumocócica 10 (valente)		Doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
4 meses	Vacina pentavalente (DTP + HB + Hib) VIP (vacina inativada poliomielite) VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b Poliomielite (paralisia infantil) Diarreia por Rotavírus
5 meses	Vacina meningocócica C (conjugada)	2ª dose	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.
6 meses	Vacina pentavalente (DTP + HB + Hib) VIP (vacina inativada poliomielite) Vacina Covid-19 (Pfizer pediátrica para menor de 5 anos)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b Poliomielite (paralisia infantil)
7 meses	Vacina Covid-19 (Pfizer pediátrica para menor de 5 anos)	1ª dose	Complicações causadas pela COVID-19
9 meses	Vacina febre amarela Vacina Covid-19 (Pfizer pediátrica para menor de 5 anos) SRC (tríplice viral)	2ª dose 3ª dose 1ª dose	Complicações causadas pela COVID-19 Febre amarela Sarampo, caxumba e rubéola.

Fonte: Calendário Nacional de Imunização por Idade. 2024.



✓ ADOLESCENTE:

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
9 a 14 anos	HPV quadrivalente	2 doses	Infecções pelo Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18.
	Hepatite B*	3 doses	Hepatite B
11 a 19 anos	Dupla adulto (dT)*	3 doses ou reforço	Difteria e tétano
	Triplike viral (SCR)*	2 doses	Sarampo, caxumba e rubéola
11 a 14 anos	Febre amarela*	Dose única	Febre amarela
	Vacina meningocócica ACWY (conjugada)	Dose única	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> dos sorogrupo A, C, W e Y.

\*A depender da situação vacinal encontrada.

Fonte: Calendário Nacional de Imunização por Idade. 2024.

✓ ADULTO:

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
	Hepatite B*	3 doses	Hepatite B
	Dupla adulto (dT)*	3 doses ou reforço	Difteria e tétano
	Febre amarela*	Dose única	Febre amarela
20 a 59 anos		2 doses – até 29 anos, 11 meses e 29 dias.  Triplice viral (SCR)*	Sarampo, caxumba e rubéola
		1 dose – a partir dos 30 anos de idade até 59 anos, 11 meses e 29 dias.	

Fonte: Calendário Nacional de Imunização por Idade. 2024.

12 meses	Vacina pneumocócica 10 valente	Reforço	Contra doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
	Vacina meningocócica C (conjugada)	Reforço	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.
15 meses	VOP (vacina oral poliomielite)	1º reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina hepatite A	Dose única	Hepatite A
4 anos	DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	SCRV (tetra viral)	Dose única	Sarampo, caxumba, rubéola e varicela.
9 anos (até 14 anos, 11 meses e 29 dias)	DTP (tríplice bacteriana).	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	VOP (vacina oral poliomielite)	2º reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina varicela	2ª dose	Varicela (catapora)
	Vacina febre amarela	Reforço	Febre amarela

\*A depender da situação vacinal encontrada.

✓ GESTANTE:

Gestantes	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
	Hepatite B*	3 doses	Hepatite B
	Dupla adulto (dT) e/ou dTpa tipo adulto*	Doses ou reforço	dT: difteria e tétano dTpa: difteria, tétano e coqueluche
	Vacinas Covid-19 Pfizer	2 doses + reforços a cada 6 meses	Covid-19

\*A depender da situação vacinal encontrada.

Fonte: Calendário Nacional de Imunização por Idade. 2024.



✓ IDOSO

	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
60 anos ou mais	Hepatite B*	3 doses	Hepatite B
	Dupla adulto (dT)*	Doses ou reforço	dT: difteria e tétano
	Vacinas Covid-19 Pfizer	2 doses + reforços a cada 6 meses	Covid-19

\*A depender da situação vacinal encontrada.

Fonte: Calendário Nacional de Imunização por Idade. 2024.

✓ TRABALHADOR DA SAÚDE

	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Trabalhador de Saúde	Hepatite B*	3 doses	Hepatite B
	Dupla adulto (dT) e/ou dTpa tipo adulto*	Doses ou reforço	dT: difteria e tétano
	Triplice viral (SCR)*	2 doses – até 29 anos, 11 meses e 29 dias. 1 dose – a partir dos 30 anos de idade até 59 anos, 11 meses e 29 dias.	Sarampo, caxumba e rubéola
	Febre amarela*	Dose única	Febre amarela
	Varicela	2 doses	Varicela
	Vacinas Covid-19 Pfizer	2 doses + reforços a cada 6 meses	Covid-19

\*A depender da situação vacinal encontrada.

Fonte: Calendário Nacional de Imunização por Idade. 2024.

**REFERÊNCIAS:**

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

Planifica-SUS. ROTINA DE ATIVIDADES – SALA DE VACINA. Disponível em: <https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=7019078227eb1761ccf83de36be624b776f4d75f&t=1653677922&type=biblioteca>. Acesso em: 19 de setembro de 2024.

PARECER TÉCNICO N.º 021/2022 COREN-AL. Disponível em: [https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren\\_al/transparencia/76194/download/PDF](https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren_al/transparencia/76194/download/PDF). Acesso em: 19 de setembro de 2024.



## Administração de Medicamentos por Via Oral

**CONCEITO:** Administrar medicamentos por via oral.

**PROFISSIONAL EXECUTANTE:** Auxiliar em Enfermagem, Técnico(a) em Enfermagem, Enfermeiro(a).

### MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Prescrição;
- ✓ Bandeja;
- ✓ Medicamento prescrito;
- ✓ Copo descartável;
- ✓ Copo com água;
- ✓ Copo graduado, conta-gotas, colher-medida, seringa (para medicamentos líquidos);
- ✓ Instrumentos para registro do procedimento.

### PROCEDIMENTO:

1. Conferir a prescrição (data, nome da medicação, nome do usuário, via de administração, dose, horário e histórico de alergias);
2. Manter a privacidade do usuário;
3. Informar ao usuário e/ou acompanhante o procedimento a ser realizado;
4. Avaliar condições de deglutição do usuário;
5. Higienizar as mãos;
6. Reunir o material necessário na bandeja;
7. Verificar o prazo de validade da medicação;
8. Calcular a dose do medicamento, quando necessário;
9. Levar o medicamento ao usuário;
10. Manter o usuário em decúbito elevado e oferecer o medicamento seguido de água;
11. Certificar-se que o usuário deglutiu a medicação;
12. Realizar anotações de enfermagem no prontuário, assinar e carimbar.



**OBSERVAÇÕES:**

- ✓ Administração de líquidos (gotas, xaropes ou suspensões): agitar o frasco do medicamento antes do uso. Utilizar, quando necessário, recipiente adequado para a medicação (seringa, copo medidor ou conta-gotas). Oferecer, após a administração, água suficiente para a deglutição;
- ✓ Administração de comprimidos, cápsulas ou drágeas: oferecer o medicamento ao usuário sem tocar diretamente com as mãos no medicamento, oferecendo água o suficiente para a deglutição;
- ✓ No caso de administração de pastilhas, solicitar ao usuário que deixe o medicamento dissolver na boca, sem mastigar;
- ✓ A medicação via oral não é indicada para aqueles que estejam apresentando náuseas, vômitos ou que tenham dificuldade para deglutir;
- ✓ Para administração de medicamentos por via sublingual: solicitar que o usuário coloque o medicamento sob a língua, orientar que ele deve ser dissolvido por completo e advertir para não engolir o comprimido.

**REFERÊNCIAS:**

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

POTTER, Patricia; PERRY Anne. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 9ª ed, 20



## Administração de Medicamentos por Via Subcutânea

**CONCEITO:** Administrar medicamentos que necessitam de absorção lenta e contínua.

**PROFISSIONAL EXECUTANTE:** Auxiliar em Enfermagem, Técnico(a) em Enfermagem e Enfermeiro(a)

### MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Bandeja;
- ✓ Algodão;
- ✓ Álcool a 70%;
- ✓ Luva de procedimento;
- ✓ Medicamento prescrito
- ✓ Seringa de 1mL ou 3 mL;
- ✓ Agulha descartável (13 x 3,8 ou 13 x 4,5);
- ✓ Caixa coletora de material perfurocortante;
- ✓ Lixeira para o descarte dos resíduos com tampa acionada por pedal;
- ✓ Instrumentos para registro do procedimento.

### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Conferir prescrição médica
2. Conferir o medicamento a ser administrado, bem como o usuário que irá recebê-lo;
3. Higienizar as mãos;
4. Apresentar-se e explicar o procedimento ao usuário e/ou acompanhante;
5. Colocar o usuário em posição confortável e segura, evitando acidentes durante o procedimento;
6. Calçar luvas de procedimento;
7. Subcutâneo; em indivíduos caquéticos, além de fazer a prega com a pele, deve-se introduzir a agulha em posição paralela à pele;
8. Manter a região firme e introduzir a agulha com o bisel para cima;
9. Aspirar, observando se a agulha atingiu algum vaso sanguíneo. Quando atingir algum vaso, retirar a agulha, desprezar o material e reiniciar todo o procedimento com o preparo de nova solução;
10. Injetar o medicamento lentamente;
11. Retirar a seringa com a agulha em movimento único e firme;



12. Fazer leve compressão no local com algodão seco; não realizar massagem no local de aplicação em caso de administração de insulina ou heparina, pois pode acelerar a absorção da droga;
13. Desprezar a seringa e a agulha utilizadas na caixa coletora de material perfurocortante;
14. Retirar as luvas de procedimento e descartá-las;
15. Higienizar as mãos (Ver POP nº 1);
16. Checar a prescrição médica;
17. Reunir todo material em uma bandeja;
18. Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la à agulha para aspiração do medicamento, atentando-se para a técnica asséptica;
19. Remover a capa ou bainha da agulha, puxando-a em linha reta para trás;
20. Preparar, de maneira asséptica, a dose do medicamento a partir da ampola ou frasco;
21. Reencapar passivamente a agulha, colocando a ponta dela na entrada da tampa até cobri-la completamente;
22. Colocar a seringa na posição vertical e retirar o ar;
23. Segurar a seringa entre o polegar e o dedo indicador da mão dominante;
24. Escolher o local para administração do medicamento, juntamente com o usuário, evitando locais com cicatrizes, manchas, tatuagens, lesões ou sinais associados a uma infecção;
25. Friccionar a pele, em sentido único, com algodão embebido com álcool por 30 segundos e, em seguida, esperar mais 30 segundos para permitir a secagem da pele;
26. Pinçar o local da administração com o dedo indicador e o polegar da mão não dominante, mantendo a região firme;
27. Utilizar ângulo de 45° a 90°, de acordo com o comprimento da agulha e da espessura do tecido subcutâneo;
28. Realizar anotação de enfermagem no prontuário, assinar e carimbar;
29. Fazer o registro do procedimento nas fichas/formulários correspondentes.

**OBSERVAÇÕES:**

- ✓ O volume máximo de medicamento por esta via é de 1,5 mL;
- ✓ Evitar aplicação próxima à região inguinal, à articulação e à cicatriz umbilical (distância de 3 cm) na cintura e na linha mediana do abdome e face anterior do antebraço;
- ✓ Ispécione o sítio de aplicação da medicação quanto a lesões, exantema, hipersensibilidade, edema, inflamação, equimoses, lipodistrofia e outras anormalidades. Na presença de anormalidades, escolha outro local de aplicação, pois a aplicação nestes locais poderia prejudicar a absorção do medicamento ou



aumentar a possibilidade de abscesso ou infecção;

- ✓ Os locais para a aplicação da injeção devem estar livres de anormalidades que possam interferir na absorção do medicamento. Não aplicar em membro superior do lado de cirurgia de mastectomia radical ou de fístula arteriovenosa, abdome gravídico e doenças vasculares periféricas oclusivas;
- ✓ Regiões usadas repetidamente podem se tornar endurecidas pela lipo-hipertrofia (maior crescimento no tecido adiposo). Deste modo, deve-se realizar rodízio do local de punção;
- ✓ Se for utilizado agulha com dimensões normais (25x7 ou 25x8), adaptar a angulação de inserção na pele: indivíduos magros e/ou peso normal – ângulo de 45°, indivíduos obesos – ângulo de 90°;
- ✓ Não tracionar o êmbolo da seringa no caso da heparina para evitar lesão no tecido com a formação de hematoma;
- ✓ Na administração de medicamentos em crianças, solicite ajuda do acompanhante na contenção para evitar movimentos bruscos.

#### LOCAIS DE APLICAÇÃO:



#### REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/view>. Acesso em: 19 de setembro de 2024.



## Administração de Medicamentos por Via Intramuscular

**CONCEITO:** Realizar a técnica de administração de medicamentos intramusculares com finalidade terapêutica e de maneira segura.

**PROFISSIONAL EXECUTANTE:** Auxiliar em Enfermagem, Técnico(a) em Enfermagem e Enfermeiro(a)

### MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Prescrição médica;
- ✓ Bandeja;
- ✓ Medicamento prescrito;
- ✓ Diluente para o medicamento, se necessário;
- ✓ Álcool a 70%;
- ✓ Algodão seco;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Seringa de 3 ml ou 5ml;
- ✓ Agulha 40X12 (diluição);
- ✓ Agulha adequada para aplicação
- ✓ Instrumentos para registros de procedimentos.

### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Certificar-se dos 13 certos da medicação segura;
2. Realizar higienização das mãos;
3. Reunir o medicamento e os materiais necessários na bandeja;
4. Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado;
5. Garantir a privacidade do usuário;
6. Realizar higienização das mãos;
7. Calçar as luvas de procedimentos, quando necessário;
8. Aspirar o medicamento com agulha 40X12;
9. Trocar a agulha;
10. Retirar o ar da seringa e da agulha;



11. Deixar o usuário em posição confortável e de modo a auxiliar no relaxamento do músculo, minimizando a dor;
12. Escolher o local para administração do medicamento;
13. Expor a área e delimitar o local para aplicação;
14. Realizar antisepsia local com algodão embebido em álcool a 70%, com movimentos em um único sentido;
15. Pinçar o local da aplicação com o polegar e o indicador da mão não dominante (fazer uma prega);
16. Introduzir a agulha em um ângulo de 90° em relação ao músculo, com bisel lateralizado;
17. Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento no músculo, para certificar-se que nenhum vaso sanguíneo foi atingido;
18. Injetar o líquido empurrando lentamente o êmbolo com a mão oposta a que segura a seringa;
19. Retirar a agulha em movimento único, rápido e firme;  
com algodão seco, suave pressão no local (sem massagear) até que se conclua a hemostasia;
20. Descartar corretamente os materiais utilizados (não desconectar nem reencapar a agulha da seringa);
21. Realizar higienização das mãos;
22. Realizar anotação de enfermagem no prontuário, assinar e carimbar;
23. Fazer o registro do procedimento nas fichas/formulários correspondentes.

#### **OBSERVAÇÕES:**

- ✓ Antes da aplicação, atentar-se em seguir os “treze certos” da enfermagem para administração de medicamentos (usuário certo, prescrição certa, medicamento certo, validade certa, dose certa, compatibilidade certa, via de administração certa, forma/apresentação certa, horário certo, orientação ao paciente certa, registro certo, ação certa, tempo de administração certo);
- ✓ Ao selecionar uma região para administração de injeção intramuscular, deve ser avaliado: se o músculo está livre de tensão, se o local está livre de infecção ou necrose, se o local não apresenta lesões de pele, bem como o tipo e o volume de medicamento a ser administrado;
- ✓ A aplicação no músculo deltoide é contraindicada em usuários com complicações vasculares nos membros superiores, pacientes com parestesia ou paralisia dos braços, mastectomizados ou com fistula artério- venosa;
- ✓ Respeite o direito de recusa do usuário (registre os motivos no prontuário);
- ✓ Registre qualquer tipo de reação que o usuário apresentar após a aplicação do medicamento;
- ✓ O medicamento não deve ser reconstituído em soluções que não as indicadas, nem misturado com qualquer outro tipo de medicamento na mesma seringa;
- ✓ Se o tratamento exigir mais de uma aplicação, os locais deverão ser alternados;
- ✓ Se o volume a ser administrado ultrapassar a capacidade do músculo, a dose deverá ser fracionada e



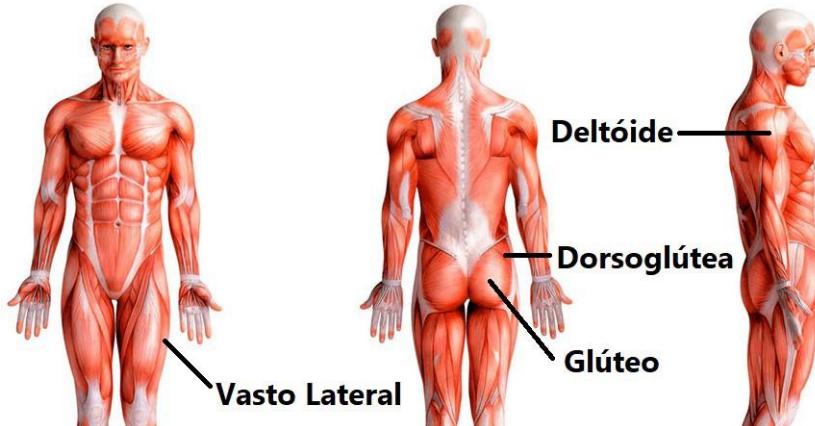
aplicada em mais de um local.

### 13 CERTOS DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

13 certos	
Administração de Medicamentos	
01-	Prescrição correta
02-	Paciente certo
03-	Medicamento certo
04-	Forma/apresentação certa
05-	Quantidade certa
06-	Orientação ao paciente
07-	Via de administração certa
08-	Horário certo
09-	tempo de administração certo
10-	Ação certa
11-	Registro certo
12-	Validade certa
13-	Dose certa

### LOCAL DE APLICAÇÃO E VOLUME MÁXIMO A SER ADMINISTRADO:

REGIÃO	LOCALIZAÇÃO
Ventroglútea	Hochestetter (até 4ml) – aplicado no centro do V formado pelos seguintes vértices: palma da mão na porção do trocanter maior, o dedo indicador na espinha ilíaca anterossuperior e o dedo médio estendendo-se até a crista ilíaca.
Dorso glútea	Quadrante superior lateral (até 5ml)
Vasto lateral	No terço médio (até 4ml)
Deltoide	Aproximadamente 4 cm abaixo do acrônio (até 2ml)



#### ESPECIFICAÇÃO DE AGULHAS PARA APLICAÇÃO:

BIOTIPO DO USUÁRIO	SOLUÇÃO OLEOSA/AQUOSA/SUSPENSÃO
Magro	25mm X 8mm ou 25mm X 7mm
Peso adequado	30mm X 8 mm ou 30 mm X 7mm
Obeso	40mm X 8 mm ou 40mm X 7mm

#### REFERENCIAS:

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo De Segurança Na Prescrição, Uso E Administração De Medicamentos. Disponível em: [https://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot\\_medicamentos.pdf](https://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_medicamentos.pdf). Acesso em: 19 de setembro de 2024.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-seguranca-na-presricao-uso-e\\_administracao-de-medicamentos/view](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-seguranca-na-presricao-uso-e_administracao-de-medicamentos/view). Acesso em: 19 de setembro de 2024



## Administração de Medicamentos por Via Endovenosa

**CONCEITO:** Administrar medicamentos diretamente na corrente sanguínea, visando a obtenção de rápido efeito sistêmico.

**PROFISSIONAL EXECUTANTE:** Auxiliar em Enfermagem, Técnico(a) em Enfermagem e Enfermeiro(a)

### MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Bandeja;
- ✓ Prescrição médica;
- ✓ Medicamento prescrito;
- ✓ Diluente do medicamento (se necessário, e conforme prescrição);
- ✓ Agulha 40x12 (Preparo do medicamento);
- ✓ Seringas;
- ✓ Agulha 25 x 0,8mm ou 30 x 0,8mm (administração em bolus);
- ✓ Cateter agulhado (scalp) ou cateter sobre agulha (jelco);
- ✓ Algodão;
- ✓ Álcool a 70%;
- ✓ Garrote;
- ✓ EPI's (Luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção);
- ✓ Esparadrapo/micropore;
- ✓ Instrumentos para registro do procedimento.

### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Conferir a prescrição (data, nome do medicamento, nome do usuário, via de administração, dose, horário e histórico de alergias);
2. Fazer a etiqueta de identificação;
3. Realizar higienização das mãos (Ver POP nº 1);
4. Certificar-se do uso de EPI's (máscara e óculos de proteção);
5. Reunir o material necessário;
6. Conferir o nome do medicamento, dose, via e prazo de validade;



7. Separar o frasco ou a ampola e realizar a limpeza com algodão embebido em álcool a 70%, antes de abrir o frasco ou quebrar a ampola;
8. Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la à agulha para aspiração do medicamento, observando-se a técnica asséptica;
9. Se necessário, dilua o medicamento para obter a dose prescrita;
10. Colocar a seringa na posição vertical e retirar o ar;
11. Em caso de utilizar equipo, retirar o ar;
12. Trocar a agulha de aspiração pela agulha que será administrada a medicação;
13. Explicar ao usuário e/ou acompanhante o procedimento, e informar o medicamento a ser administrado;
14. Posicionar o usuário de maneira confortável e adequada;
15. Expor a região a ser punctionada;
16. Palpar a rede venosa para escolher o local a ser punctionado, de preferência vasos periféricos superficiais de grosso calibre;
17. Escolher o cateter adequado ao calibre do vaso periférico;
18. Prender o garrote acima do local escolhido (não o colocar sobre as articulações);
19. Pedir ao usuário para abrir e fechar a mão duas ou três vezes e, em seguida, mantê-la fechada;
20. Calçar as luvas;
21. Fazer a antisepsia da área usando algodão embebido em Álcool a 70%, com movimentos no sentido do retorno venoso;
22. Tracionar a pele (no sentido da porção distal do membro) com a mão não dominante, posicionando o dedo polegar cerca de 2,5cm abaixo do local selecionado para a punção;
23. Inserir a agulha com o bisel voltado para cima, até observar o refluxo do sangue;
24. Soltar o garrote e solicitar ao usuário para abrir a mão;
25. Retirar o mandril quando punctionar com cateter sobre agulha, fazendo pressão acima da ponta do cateter com o indicador da mão não dominante;
26. Punctionar com seringa e agulha, aspirar para testar retorno sanguíneo e administrar lentamente a medicação, sempre testando se a agulha permanece no vaso sanguíneo;
27. Fixar o cateter à pele do usuário, utilizando micropore e/ou esparadrapo;
28. Conectar a seringa ou equipo no catéter;
29. Administrar a medicação;



30. Recolher o material utilizado, desprezar o lixo em local adequado;
31. Retirar as luvas de procedimento;
32. Higienizar as mãos (Ver POP n° 1);
33. Checar na prescrição médica e realizar anotações de enfermagem no prontuário, assinar e carimbar;
34. Fazer o registro do procedimento nas fichas/formulários correspondentes.

**OBSERVAÇÕES:**

- ✓ Não reencapar agulhas e/ou cateteres;
- ✓ Nos casos de frasco ampola: retirar a proteção metálica com o auxílio de uma tesoura e fazer a desinfecção no local de inserção da agulha de aspiração;
- ✓ Caso haja dificuldade de visualização da veia, é indicado retirar o garrote e pedir ao usuário para abrir e fechar a mão várias vezes com o braço em posição pendente (para baixo) para aumentar o fluxo venoso. Indica-se, também, colocar bolsa de água morna sobre a região de punção para promover vasodilatação e facilitar a visualização das veias;
- ✓ Se houver insucesso em duas tentativas de punção venosa, chamar outro profissional da enfermagem para proceder a nova punção;
- ✓ Contraindicações para punção venosa relacionadas ao local de punção: mastectomia; fístula arteriovenosa, linfedema, déficit motor ou sensitivo e locais com lesões cutâneas;
- ✓ Parâmetros de cateteres venoso (Jelco e SCALP, respectivamente).

**REFERÊNCIA:**

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

PARECER TÉCNICO Nº 007/2020 COREN-AL. Disponível em:

<https://coren-al.implanta.net.br/portaltransparencia/#publico/LinksExternos?id=df7db4bc-6fe9-4ff5-a863-bed944c88787>. Acesso em: 19 de setembro de 2024.



## Administração de Penicilina Benzantina

**CONCEITO:** Administrar a Penicilina na técnica correta, com a finalidade de que a absorção do medicamento aconteça a nível intramuscular

**PROFISSIONAL EXECUTANTE:** Técnico(a) em Enfermagem e Enfermeiro(a)

### MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Frasco ampola de penicilina;
- ✓ Água destilada;
- ✓ Seringa de 3 ml, 10 ml e 5ml;
- ✓ Agulha 30x7 (para diluição);
- ✓ Agulha 25x7 (para administração);
- ✓ Agulha 40x12 (para aspirar);
- ✓ Algodão;
- ✓ Almotolia de Álcool a 70%;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Instrumentos para registro do procedimento.

### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Realizar a Higienização das mãos;
2. Verificar a prescrição do medicamento;
3. Explicar o procedimento a ser realizado, bem como sua importância e objetivos, retirando todas as dúvidas;
4. Checar o rótulo da medicação com a prescrição, a dose e validade do medicamento;
5. Reunir material necessário;
6. Realizar a Higienização das mãos;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Realizar a assepsia do frasco-ampola com algodão e álcool a 70%;
9. Realizar a diluição do medicamento no frasco-ampola mediante reconstituição com água destilada rotacionando lentamente, caso não venha na apresentação diluída;



10. Aspirar o medicamento com agulha 40 x 12 e seringa de 5ml;
11. Trocar a agulha por 25 x 7;
12. Determinar o músculo de administração;
13. Realizar a antisepsia do local determinado com algodão e álcool a 70% em sentido único e esperar secar naturalmente;
14. Introduzir a agulha no centro do músculo previamente pinçado, em ângulo de 90° em relação à pele, com movimento firme, porém delicado;
15. Soltar a prega realizada na musculatura;
16. Aspirar a seringa para certificar que não há refluxo de sangue;
17. Injetar a medicação de forma lenta na musculatura;
18. Retirar a seringa e agulha em movimento único e firme;
19. Fazer leve compressão no local;
20. Reunir o material e realizar o descarte apropriado;
21. Retirar as luvas e outros EPIs utilizados;
22. Higienizar as mãos;
23. Realizar anotação de enfermagem no prontuário, assinar e carimbar;
24. Fazer o registro do procedimento nas fichas/formulários correspondentes.

#### **OBSERVAÇÕES:**

- ✓ A disponibilidade dos materiais necessários à execução deste POP deve ser verificada continuamente. A falta de qualquer dos itens deve ser informada à Enfermeira(o) que comunicará formalmente à Gerência da Unidade Básica de Saúde;
- ✓ A equipe de enfermagem deve verificar se a unidade básica de saúde dispõe do equipamento e medicação para o tratamento da reação anafilática;
- ✓ A penicilina **NÃO** deve ser administrada em pessoa com história de alergia ao medicamento;
- ✓ Coletar junto ao usuário dados sobre a história prévia de reações alérgicas ou de hipersensibilidade a algum antibiótico e à penicilina especificamente;
- ✓ Caso positivo, suspender a administração. Caso negativo, proceder à administração conforme prescrição e manter o usuário em observação por 30 minutos após a aplicação, solicitando informar sobre qualquer desconforto nesse período.
- ✓ Após a primeira dose de penicilina, o paciente pode apresentar exacerbação das lesões cutâneas, com eritema, dor ou prurido, as quais regredem espontaneamente após 12 a 24 horas, sem a necessidade da descontinuidade do tratamento. Esse processo chama-se reação de Jarisch-Herxheimer. Essa reação não



configura alergia à penicilina e ocorre em resposta ao derrame de proteínas e de outras estruturas dos treponemas mortos pela penicilina na corrente sanguínea.

- ✓ A administração da penicilina unidade básica no âmbito do SUS está regulamentada pela Portaria nº 3.161, de 27/12/2011.
- ✓ A Nota Técnica do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 3, de 14/6/2017, reafirma o compromisso dos profissionais de enfermagem com a administração da penicilina no âmbito das unidades básicas de saúde, conforme protocolos estabelecidos;
- ✓ Observação esse medicamento é realizado no Hospital municipal, devido à possibilidade de reação alérgica, por não termos medicamentos e materiais de emergencia.

#### REFÉRENCIAS:

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. –

Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_diretrizes\\_terapeutica\\_atencao\\_integral\\_pessoas\\_infecoes\\_sexualmente\\_transmissiveis.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf). Acesso em: 19 de setembro de 2024.

NOTA TÉCNICA - COFEN/CTLN N° 03/2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA-COFEN-CTLN-N%C2%80-03-2017.pdf>. Acesso em: 19 de setembro de 2024.

## Punção Venosa

**CONCEITO:** Inserção de um cateter intravenoso curto em veia periférica pelo método de punção.

**RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO:** Enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem.

### MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Óculos e máscara (opcional, verificar a política da instituição);
- ✓ Seringa de 10 mL contendo solução fisiológica 0,9%;
- ✓ Algodão e álcool 70%;
- ✓ Garrote;
- ✓ Toalha de rosto limpa;
- ✓ Dispositivo de acesso vascular (por exemplo, scalp ou jelco) com calibre de tamanho adequado para a medicação que será infundida.
- ✓ Esparadrapo, micropore e curativo transparente (se disponível);
- ✓ Extensor de equipo curto com conector de agulha (por exemplo torneirinha de três vias);
- ✓ Saco plástico para resíduos.

### ETAPAS PARA EXECUÇÃO:

1. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele pode colaborar;
2. Preparar o ambiente, organizar o material necessário e colocá-lo próximo ao paciente em local de fácil acesso;
3. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS e calçar as luvas;
4. Conectar o extensor a torneira de três vias e preenchê-lo com SF 0,9% sem deixar bolhas de ar;
5. Colocar garrote ao redor do braço do paciente de 10 a 15 cm acima do local de escolha para punção. Não colocar o agarrote muito apertado para evitar lesões, hematomas ou obstrução do fluxo arterial. Pode-se colocar o garrote em cima de uma camada fina de roupa para proteger a pele frágil ou com pelos;
6. Para promover a distensão venosa e facilitar a visualização da veia, pode-se:
  - a) Estimular o membro da distal para proximal abaixo do local proposto para punção;
  - b) Aplicar calor no membro por alguns segundos (por exemplo, toalha quente);
  - c) Solicitar que o paciente abra e feche a mão por diversas vezes e depois mantê-la fechada, com o braço imóvel;



7. Selecionar uma veia grande o suficiente para a inserção do dispositivo de acesso vascular. As veias cefálicas, basílica ou intermediária dos membros superiores são as mais preferidas em adultos.
8. Fazer assepsia ampla no local de punção com algodão e álcool 70%. Deve ser feita com movimento unidirecional de baixo para cima;
9. Fixar a veia com o polegar da mão não dominante, esticando a pele contra a direção da inserção do dispositivo de acesso vascular;
10. Com a mão dominante segurar o dispositivo de acesso vascular e realizar a punção venosa. O bisel do dispositivo de acesso vascular deverá ser mantido para cima durante a inserção e em um ângulo de 10° a 30°;
11. Observar o retorno de sangue na câmera de refluxo do dispositivo de acesso vascular, indicando que a agulha entrou na veia;
12. Abaixar o cateter até quase nivelá-lo com a pele, avançar até cerca de 3 cm cerca e soltar a agulha;
13. Manter a pele esticada e avançar o cateter na veia até que o conector esteja próximo do local da punção venosa (ou então seguir as orientações do fabricante);
14. Terminar de retrair a agulha e desprezar no lixo para perfurocortantes;
15. Estabilizar o cateter com a mão não dominante e liberar o garrote;
16. Conectar rapidamente a extremidade distal do extensor de equipo preparado com SF 0,9% e enxaguar cuidadosamente o cateter usando a seringa com SF 0,9% (observar se há inchaço no local durante esse procedimento);
17. Remover a seringa e fechar a ponta do extensor sem contaminar o local;
18. Fichar o cateter e o extensor de equipo com auxílio de esparadrapo e/ou micropore ou conforme as normas institucionais;
19. Identificar a fixação de acordo com a política institucional (incluir data e hora da punção venosa, calibre do dispositivo de acesso vascular utilizado; e nome do responsável pela punção);
20. Ensinar o paciente a se movimentar sem desalojar o dispositivo de acesso vascular; Deixar o ambiente limpo e em ordem;
21. Tirar as luvas e higienizar as mãos higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
22. Registrar o procedimento realizado no prontuário da paciente.

#### IMAGEM DE LOCAIS PARA PUNÇÃO

IMAGENS DE DISF



Fonte: Potter; Perry (2013).



## Dispositivo de Acesso Vascular



Torneira de três vias com extensor

## Dispositivo de Acesso Vascular



### OBSERVAÇÕES:

- ✓ Inspecionar rotineiramente o local de inserção do cateter, observando a coloração da pele, a presença de edema e infiltração;
- ✓ Trocar o local de acesso venoso de acordo com a política institucional, mediante a prescrição médica ou na suspeita/identificação de contaminação ou complicações;
- ✓ A presença de hematoma ou dor no local da punção indica que a veia foi transfixada ou a agulha está fora dela, neste caso, retirar imediatamente a agulha e pressionar o local com algodão. Uma nova punção deverá ser feita em outro local, pois a recolocação do garrote no mesmo local pode aumentar o hematoma.

### REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

CARMAGNANI, M.I.S. et al. **Procedimentos de enfermagem – guia prático**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Disponível em [https://portal.unisepe.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de\\_Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf](https://portal.unisepe.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de_Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf). Acesso: 19 de setembro de 2024

## Teste de Glicemia Capilar

**CONCEITO:** Consiste na punção da face lateral da falange distal, onde é coletada uma amostra de sangue capilar para detectar o nível glicêmico do indivíduo.

**RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO:** Enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem.

### MATERIAIS NECESSÁRIOS:

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

### CERTIFICAR:

1. Verificar validade das tiras reagentes para determinação de glicose no sangue;
2. Verificar as restrições de dieta;
3. Calibragem do aparelho;
4. Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado;
5. Dispor da requisição de exames, identificar e posicionar o usuário.

### ETAPAS PARA EXECUÇÃO:

1. Localizar superfície na face lateral, da falange distal (extremidade) dos dedos médios ou anular em crianças maiores de um ano e em adultos;
2. Higienizar as mãos – técnica indicada no manual de biossegurança e neste manual;
3. Calçar luvas;
4. Fazer assepsia do local da punção e permitir secagem natural (álcool a 70%), ou solicitar para o usuário a lavagem das mãos com água e sabão;
5. Preparar a lanceta de punção, ou preparar o lancetador ou caneta de punção (seguir a orientação do fabricante);
6. Deixar o braço do usuário pendente ao longo do corpo por 30 segundos;
7. Pressionar o dedo da base para a ponta;
8. Puncionar a face lateral da falange distal com lanceta;
9. Caneta para punção - lancetador; a agulha só sai quando o dispositivo é acionado pelo o profissional na pele do usuário. Neste caso uma vez retraído a agulha não existe possibilidade de reutilização;



10. Quando punção mecânica - descartar a lanceta (cuidar para não ocasionar acidente perfurocortante);
11. Com o dedo punctionado voltado para baixo preencher com a gota de sangue toda a área da fita reagente;
12. Limpar o local com algodão seco;
13. Pressionar o local da punção com algodão ou gaze e elevar ligeiramente a extremidade punctionada acima do nível do coração para interromper a saída de sangue;
14. Descartar a fita na lixeira de material contaminado;
15. Acompanhar a avaliação realizada pelo monitor portátil ou acompanhar o resultado das tiras de leitura;
16. Ler o resultado;
17. Descalçar as luvas e higienizar as mãos;
18. Anotar em prontuário e no boletim de produção;
19. Orientar o usuário quanto ao resultado e seguir o fluxo de acompanhamento.

#### **REFERÊNCIAS:**

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde/Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica.** Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/Normas-Rotinas-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 19 de setembro de 2024.



## Teste do Pezinho

**CONCEITO:** Diagnóstico precoce de doenças congênitas com sintomatologia inespecífica ou assintomática no período neonatal.

### Teste do Pezinho

O Teste do Pezinho é um exame realizado a partir do sangue coletado do calcanhar do recém-nascido através de uma punção com lanceta estéril e descartável. A realização do teste é obrigatória em todo o território nacional e a coleta deve ser feita no momento da alta hospitalar.

O objetivo do exame é detectar, de maneira mais efetiva, doenças genéticas e metabólicas que podem desencadear a deficiência intelectual comprometendo a saúde da criança.

Os casos positivos são encaminhados para tratamento, o mais rápido possível, diminuindo as chances de que o recém-nascido venha a desenvolver complicações graves causadas pelas doenças pesquisadas. Por isso a realização do exame já nos primeiros dias de vida da criança é tão importante e necessária.

Graças ao Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN – é disponibilizado para os recém-nascidos o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), para as seguintes doenças:

- ✓ Fenilcetonúria;
- ✓ Hipotireoidismo Congênito;
- ✓ Fibrose Cística;
- ✓ Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias;
- ✓ Deficiência de Biotinidase;
- ✓ Hiperplasia Adrenal Congênita;
- ✓ Deficiência da desidrogenase acetil CoA de cadeia curta (SCAD)
- ✓ Deficiência da desidrogenase acetil CoA de cadeia média (MCAD);
- ✓ Deficiência da desidrogenase acetil CoA de cadeia longa (LCHAD);
- ✓ Deficiência da desidrogenase acetil CoA de cadeia muito longa (VLCAD) e
- ✓ Deficiência do transporte da carnitina primária (CTD).

**RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO:** Enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem.

### MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- ✓ Álcool a 70%;
- ✓ Lanceta;
- ✓ Papel filtro;
- ✓ Algodão;
- ✓ Esparadrapo.



**ETAPAS PARA EXECUÇÃO:**

1. Receber a usuário;
2. Indagar se foi efetivado o exame em algum equipamento de saúde;
3. Orientar a mãe ou o responsável quanto ao procedimento a ser realizado;
4. Preencher o formulário papel filtro fornecido pela APAE para o exame e registro interno da unidade. Informar corretamente o endereço e telefone de contato, para busca ativa em caso de exame alterado
5. Anotar o número da Declaração de Nascido Vivo;
6. Higienizar as mãos;
7. Calçar luvas.

**Realizar procedimento: vide procedimento em ilustração a seguir**

1. Atentar ao resultado positivo ou negativo.
2. Se positivo, verificar se a criança está em seguimento especializado;
3. Registrar em prontuário;
4. Orientar o responsável quanto à retirada do resultado do exame e a importância de apresentar o mesmo na consulta de seguimento da criança;
5. A amostra, depois de seca, deve estar amarronzada. Se muito escurecida indica excesso de sangue e, portanto, deve ser desprezada Neste caso a criança deverá ser localizada para nova coleta;
6. Ao coletar, o papel filtro deve ficar em temperatura ambiente, longe do sol por cerca de 3 horas, uma amostra isolada da outra, na posição horizontal, para manter a distribuição homogênea do sangue
7. Após secagem, devem ser envoltas em papel alumínio para evitar a umidade
8. Colocar todas as amostras em um saquinho plástico na geladeira, preferencialmente protegido por um recipiente plástico.
9. O encaminhamento das amostras deve ser feito diariamente ou no máximo em 24h para o correio via sedex.
10. Anotar no prontuário eletrônico e carteira da criança.



1. Para que haja uma boa circulação de sangue nos pés da criança, coloque o bebê na posição de arroto. O calcânar do recém-nascido deve estar abaixo do nível do coração.



3. Puncionar o pezinho na lateral plantar e aguardar a formação da gota de sangue.



5. Repetir o procedimento anterior nos demais círculos, de maneira sequencial. Nunca retorne ao círculo anterior.



Fazer a assepsia da região.



4. Encostar o papel-filtro na gota formada e deixar o sangue fluir naturalmente, permitindo o preenchimento completo da superfície do círculo.

A punção deve ser executada numa das laterais da região plantar, onde há maior irrigação de sangue, facilitando o gotejamento para o papel-filtro.

### Correto



A área sinalizada é a indicada para a coleta.



A área sinalizada é a indicada para a coleta.

### Incorreto | Inaceitável



Camadas sobrepostas.



Insuficiente.



Amostra com aspecto diluído.



Amostras com anticoagulante.

### COLETA – LANCETAS



Esta Lanceta atende as recomendações internacionais do Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Blood Collection on Filter Paper for Newborn Screening Programs; Approved Standard – Fifth Edition. CLSI document LA-A5 [ISBN 1-60023-844-1]. Clinical and Laboratory Standards Institute, 940 West Valley Road, Suite 1400, Wayne, Pennsylvania 19087-1966 USA, 2007.



Não podem ser utilizadas para glicemia capilar

Controle de estoque





## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde/Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/Normas-Rotinas-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 19 de setembro de 2024.

FEPE – Fundação Ecumênica pde Proteção ao Excepcional. Disponível em: <https://www.fepe.org.br/ampliacao-do-teste-do-pezinho/>, Acesso em 20/05/2025.



## Teste Rápido de Infecções Sexualmente Transmissíveis (Investigação)

**CONCEITO:** Auxiliar na investigação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), por Hepatite B, Hepatite C, HIV e pelo Treponema pallidum, através da tecnologia de imunocromatografia, de fluxo lateral.

**PROFISSIONAL EXECUTANTE:** Enfermeiro.

### MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ EPIs: luvas descartáveis, óculos de proteção ou protetor facial, avental;
- ✓ Algodão;
- ✓ Álcool 70 %;
- ✓ Lancetas;
- ✓ Dispositivo de teste (Cassete);
- ✓ Pipeta;
- ✓ Diluente (Solução tampão);
- ✓ Laudo personalizado pela secretaria de saúde;
- ✓ Questionário de Investigação;
- ✓ Caneta, preferencialmente esferográfica azul ou preta;
- ✓ Relógio ou cronômetro;
- ✓ Papel absorvente;
- ✓ Recipientes para descarte de lixo seco (lixo comum), de material biológico (saco branco leitoso) e caixa para perfurocortantes;
- ✓ Material para registro - Computador (prontuário eletrônico) ou prontuário físico.

### DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

- ✓ Orientar o usuário referente ao procedimento que será realizado;
- ✓ Reunir o material;
- ✓ O teste deve estar na temperatura ambiente na hora da execução;
- ✓ Preencher o laudo com informação do usuário e teste, deixando o registro do resultado para o momento posterior a leitura do resultado;
- ✓ Estar de jaleco;
- ✓ Higienizar as mãos;



- ✓ Colocar óculos de proteção;
- ✓ Calçar as luvas;
- ✓ Identificar a mão e o dedo com melhor vascularização, sem calosidades e sujidade;
- ✓ Abrir o envelope do dispositivo de teste apenas no momento da realização do exame;
- ✓ Retirar o dispositivo de teste do envelope colocando-o em uma superfície plana, livre de vibração, limpa e forrada por uma folha de papel absorvente descartável;
- ✓ Atentar para a presença da sílica no envelope de teste, sendo a sua ausência ou cor alterada motivo para a realização de descarte;
- ✓ Identificar o dispositivo de teste com as letras iniciais do nome do usuário;
- ✓ Proceder movimento de ordenhar para favorecer o fluxo sanguíneo na região;
- ✓ Realizar a antisepsia do local a ser punctionado com algodão contendo álcool 70 %;
- ✓ Secar a área com algodão seco;
- ✓ Proceder a punção pressionando o dedo com a lanceta;
- ✓ Realizar a coleta de sangue utilizando o instrumento e volume indicado pelo fabricante e não encostar a pipeta no filtro;



- ✓ Utilizar o tampão/reagente do referido teste no volume indicado pelo fabricante;
- ✓ Aguardar o tempo para leitura do teste conforme indicado pelo fabricante não realizar antes nem depois da orientação do fabricante;





#### INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:

- ✓ Somente profissional de nível superior pode laudar o teste rápido;
- ✓ A interpretação do resultado deve seguir os critérios estabelecidos pelo fabricante na bula do teste;
- ✓ A linha colorida na área de teste (T) poderá apresentar variações na intensidade da cor, porém, mesmo quando a coloração que surgir tiver uma intensidade muito fraca, a amostra será considerada reagente;
- ✓ Em caso de suspeita de infecção pelo HIV-2, siga as orientações do Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV;



- ✓ Descartar os materiais conforme a indicação;
- ✓ Preencher o formulário do Laudo completo contendo os seguintes dados:
  - ✓ Nome Completo (sem abreviações);
  - ✓ Data de Nascimento;
  - ✓ Data da realização do exame;
  - ✓ Número de documento oficial com foto (RG, Carteira de trabalho, Cartão Canoas Saúde);
  - ✓ Unidade que executou o teste;
  - ✓ Nome do fabricante do teste;
  - ✓ Lote da caixa do teste;
  - ✓ Data de validade da caixa do teste;
  - ✓ No laudo só colocar resultado usando a terminologia reagente ou não reagente conforme leitura;
  - ✓ O laudo deverá apresentar-se: legível, sem rasuras na sua transcrição; só colocar resultado usando a terminologia reagente ou não reagente conforme leitura;
  - ✓ O laudo deverá ser datado, carimbado e assinado por profissional habilitado;
  - ✓ O usuário acompanha a leituras do exame;
  - ✓ Entregue o resultado pessoalmente ao usuário, onde ele assina o mesmo comprovando a realização do teste.
  - ✓ Registrar no prontuário do usuário o procedimento realizado, resultado obtido e encaminhamentos caso necessário;
  - ✓ Em pacientes gestantes, registrar na Carteira de Gestante (pré-natal);
  - ✓ Notificar o caso preenchendo o formulário do SINAN conforme a situação diagnosticada;
  - ✓ Atenção cada gestação necessita de um novo SINAN no caso das gestantes;



- ✓ No caso de resultado: Não reagente para HIV uma nova amostra deverá ser coletada em 30 dias após a data da coleta dessa amostra e ressaltar que a manutenção depende de práticas seguras;
- ✓ No caso de resultado reagente para HIV deve-se realizar a coleta do segundo teste conforme Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses determinado pela Portaria n.º 29 de 17 de dezembro de 2013 e podemos ter os seguintes resultados:
  - **Teste 1: reagente + Teste 2: reagente = Resultado Final Reagente** - segue o fluxo da PVHA (Pessoa que vive com HIV/AIDS) na atenção básica;
  - **Teste 1: Reagente + Teste 2: Não Reagente = Resultado Final Indeterminado** - não se anota nenhum resultado no laudo e solicita coleta de uma amostra por punção venosa e submeter ao fluxograma mínimo de diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, conforme portaria 151/2009 e informa verbalmente do resultado indeterminado.
- ✓ A realização do teste não é indicada para a investigação da infecção pelo HIV em crianças com idade inferior a 18 meses. Isto porque, nas amostras das crianças, podem ser detectados anticorpos maternos transferidos ao bebê por via placentária. O diagnóstico em crianças abaixo de 18 meses deve ser realizado por meio de testes moleculares.

### OBSERVAÇÕES

- ✓ O teste deve ser armazenado dentro da temperatura indicada no rótulo do produto. Não podendo ser congelado ou exposto ao sol e a altas temperaturas;
- ✓ O laudo pode ser atestado somente por profissional de nível superior e poderá ser entregue somente mediante apresentação de documento com foto;
- ✓ Um resultado não reagente não exclui a possibilidade de infecção por HIV deve ser sempre interpretado em conjunto com as informações clínicas do indivíduo testado devido ao período de janela imunológica e uma nova amostra deverá ser coletada em 30 dias após a data da coleta dessa amostra e ressaltar que a manutenção depende de práticas seguras;
- ✓ Todas as amostras devem ser consideradas potencialmente infectantes, e devem ser manipuladas e descartadas de acordo com as precauções de utilização e descarte recomendadas no Brasil pela RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, ou em conformidade com a regulamentação em vigor no país de utilização;

### REFERÊNCIA:

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Diagnóstico de Hepatites Virais. Telelab - Programa de educação continuada do Ministério da Saúde Brasília, 2018. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/94-diagnostico-de-hepatites-virais>. Acesso em: 19 de setembro de 2024



## Coleta de Escarro para Exame Bacterioscópico e Cultura (BAAR)

**CONCEITO:** Estabelece rotinas de execução de coleta de exames de escarro, para tratamento precoce da patologia e interrupção da cadeia de transmissão.

**RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO:** Enfermeiro

### MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- ✓ Jaleco;
- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Saco plástico;
- ✓ Frasco coletor de exame (potes plásticos com as seguintes características: descartáveis, com boca larga - 50mm de diâmetro, transparente, com tampa de rosca de 40mm, capacidade entre 35 e 50 ml);
- ✓ Fita crepe ou etiqueta autoadesiva;
- ✓ Caixa de isopor;
- ✓ Impresso de solicitação de exames para Tuberculose;
- ✓ Livro para registro.

### ETAPA PARA EXECUÇÃO

1. Acolher o paciente com atenção;
2. Verificar se o impresso de solicitação do exame está devidamente preenchido pelo médico ou enfermeiro;
3. Identificar o frasco do exame solicitado (nome completo, data de nascimento e data da coleta); nos casos de retratamento identificar primeira e segunda amostras. A identificação deve ser feita no corpo do pote e nunca na tampa, utilizando, para tal, fita crepe, etiqueta adesiva ou caneta para retroprojetor.
4. Orientar o paciente quanto à coleta;
5. As amostras devem ser coletadas em local aberto, de preferência ao ar livre ou em sala bem arejada;
6. Entregar o recipiente ao paciente, verificando se a tampa do pote fecha bem e se já está devidamente identificado.
7. Orientar o paciente quanto ao procedimento de coleta: inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse. Repetir essa operação até obter duas eliminações de escarro, evitando que esse escorra pela parede externa do pote;
8. Encaminhar o paciente à coleta;
9. Informar que o pote deve ser tampado e colocado em um saco plástico com a tampa para cima, cuidando para que permaneça nessa posição;



10. Orientar o paciente a higienizar as mãos após esse procedimento;
11. Acondicionar a amostra dentro da caixa de isopor, específica para transporte de escarro, proporcionando proteção contra a luz solar e acondicionamento adequado para que não haja risco de derramamento (fixar o saco plástico no isopor com fita crepe);
12. Para transportar potes de escarro de uma Unidade Básica de Saúde para o laboratório de referência, para realização do TRM/TB, bacilosscopia ou da cultura: as amostras de escarro poderão ficar em temperatura ambiente, protegidas da luz solar por um período máximo de 24 horas. Se a demora para o envio ao laboratório for no máximo de sete dias, as amostras de escarro deverão ser mantidas 51 refrigeradas entre 2°C e 8°C em geladeira exclusiva para armazenar material contaminado.
13. Nunca colocar a requisição de exame juntamente com o pote dentro do isopor;
14. Higienizar as mãos;
15. Registrar no livro de Sintomáticos Respiratórios.

#### **REFERÊNCIA:**

BRASIL. **Lei nº 7.498/86**, de 25 de junho de 1986.

SAUDE, Ministério da. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2ª Ed. Atualizada. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/sysa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view>. Acesso em: 19 de setembro de 2024.

**PARECER DE CONSELHEIRO FEDERAL Nº 180/2018/COFEN**. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiros-n-180-2018/>. Acesso em: 19 de setembro de 2024.



## Coleta de Colpocitológico (Prevenção)

**CONCEITO:** Prevenção do câncer de colo de útero.

**RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO:** Enfermeiro.

### MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Mesa ginecológica;
- ✓ Escada de dois degraus;
- ✓ Mesa auxiliar;
- ✓ Foco de luz com cabo flexível;
- ✓ Avental ou camisola;
- ✓ Lençol;
- ✓ Caneta – para preenchimento do formulário;
- ✓ Escova endocervical;
- ✓ Espátula de madeira tipo Ayre;
- ✓ Espéculo descartável;
- ✓ Fixador em spray;
- ✓ Formulário para requisição do exame;
- ✓ Gaze;
- ✓ Porta lâmina (tubete);
- ✓ Identificação adesiva para os tubetes;
- ✓ Lâmina de vidro com extremidade fosca;
- ✓ Lápis – para identificação da lâmina;
- ✓ Luvas descartáveis.

### ETAPA PARA EXECUÇÃO:

#### ANTES DA COLETA:

1. Certificar-se de que a sala esteja organizada;
2. Recepcionar a paciente com educação e atenção;
3. Realizar orientações do exame e as suas etapas;
4. Realizar anamnese;
5. Preencher de forma adequada e legível o formulário para requisição do exame;



6. Identificar a lâmina com as iniciais do nome da mulher, na extremidade fosca, e também o tubete ou caixa- lâmina;
7. Oferecer avental à mulher e solicitar que ela vista o avental ou camisola e esvaziar a bexiga.

**COLETA:**

1. Lavar as mãos;
2. Orientar a mulher a se colocar em posição ginecológica na maca;
3. Cobrir a paciente com lençol;
4. Posicionar o foco de luz;
5. Colocar luvas descartáveis;
6. Realizar inspeção e palpação das mamas, buscando nódulos palpáveis ou outras anormalidades;
7. Ispécionar vulva;
8. Escolher o tamanho do espéculo;
9. Introduzir o espéculo na posição vertical e ligeiramente inclinado de maneira a expor o colo do útero;
10. Realizar inspeção da vagina e colo do útero;
11. Utilizar espátula de madeira tipo Ayre para coleta da ectocérvice encaixando a ponta longa da espátula no orifício externo do colo e fazendo raspagem em movimento circular a 360º em torno deste;
12. O esfregaço deve ser realizado no sentido transversal da lâmina, próximo da região fosca;
13. Utilizar escovinha cervical para coleta da endocérvice introduzindo-a no orifício do colo e fazendo movimento giratório de 360º;
14. O esfregaço deve ser realizado no sentido longitudinal, na metade inferior da lâmina;
15. Fixar imediatamente a lâmina com spray fixador, a distância de 20 cm em posição inclinada;
16. Fechar o espéculo, retirá-lo delicadamente, informando que o exame terminou;
17. Descartar o espéculo em lixeira;
18. Retirar as luvas;
19. Lavar ou higienizar as mãos;
20. Orientar sobre possível sangramento após realização do exame;
21. Auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica e encaminhá-lo para se vestir;
22. Orientar a paciente a buscar o resultado do exame de acordo com a rotina da unidade de saúde;
23. Anotar, assinar e carimbar o formulário;
24. Registrar no prontuário o exame realizado e anotar no caderno de controle de coletas e seguimento das
25. procedimento na planilha de produção;
26. Acondicionar a lâmina.

**OBSERVAÇÕES:**

I. **QUANTO À ESCOLHA DO TAMANHO DO ESPÉCULO:**

- ✓ P – Mulheres muito jovens, que não tiveram parto vaginal, que estejam na menopausa ou em mulheres muito magras;
- ✓ M – Condições intermediárias, ou em caso de dúvida;
- ✓ G – Multíparas ou obesas.



**II. QUANTO À COLETA:**

- ✓ Não realizar exame durante a menstruação – sangue prejudica o diagnóstico – aguardar o quinto dia após o término do fluxo menstrual;
- ✓ Não utilizar creme vaginal, lubrificantes, gel ou espermicidas antes (até 48h) ou durante a coleta;
- ✓ Presença de sêmen ou espermatozoides não compromete a avaliação citológica;
- ✓ Gestantes realizar coleta de material, se apresentar sangramento realizar leve compressão;
- ✓ Mulheres histerectomizadas com manutenção do colo uterino, a coleta deve ser realizada normalmente, inclusive fazendo a coleta de material endocervical (com a escova ginecológica);
- ✓ Mulheres histerectomizadas com retirada total do colo a coleta é realizada no fundo da vagina;
- ✓ Mulheres que nunca tiveram relação sexual vaginal a coleta deve ser realizada preferencialmente pelo profissional médico;
- ✓ Na presença de qualquer alteração como nódulos, verrugas, pólipos, solicitar avaliação médica;
- ✓ Em casos de alterações patológicas transmissíveis encaminhar para tratamento farmacológico, de acordo com a normatização prevista para a Saúde da Mulher.

**REFERÊNCIAS:**

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 1 ed., 2 reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf). Acesso em: 19 de setembro de 2024.

PARECER DE CONSELHEIRO FEDERAL Nº 190/2015/COFEN. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-de-relator-n-1902015/>. Acesso em: 19 de setembro de 2024.



## Exame Clínico da Mama (Prevenção)

**CONCEITO:** Avaliar clinicamente as mamas, buscando identificar alterações, anormalidades e a detecção precoce de nódulos mamários. Procedimento compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado periodicamente.

**RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO:** Enfermeiro

### MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Luvas de procedimento ou luva ginecológica;
- ✓ Camisola ou Avental descartável;
- ✓ Lápis grafite ou preto nº 2;
- ✓ Borracha;
- ✓ Escada de 2 degraus;
- ✓ Biombo (se necessário);
- ✓ Lixeira para resíduos contaminantes;
- ✓ Lixeira para resíduos comuns;
- ✓ Avental ou camisola, preferencialmente descartáveis;
- ✓ Lençol, preferencialmente descartáveis;
- ✓ Máscara cirúrgica e óculos de proteção.

### DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

1. Realizar higienização das mãos;
2. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
3. Realizar anamnese completa;
4. Oferecer camisola/avental à paciente, solicitando-a que fique com a parte superior do corpo despida;
5. Solicitar à usuária que sente na maca;
6. Calçar as luvas;
7. Realizar a inspeção estática das mamas (observar lesões, alterações na pele e retracções, edemas e abaulamentos);
8. Realizar a inspeção dinâmica das mamas: Solicitar à paciente que abra os braços paralelos ao corpo e



levantar os braços e com as mãos na cintura contraia a musculatura peitoral;

9. Realizar palpação dos linfonodos axilares e supraclaviculares ainda com a paciente sentada;
10. Solicitar à paciente que deite na maca e coloque os braços atrás da cabeça;
11. Observar: massa da mama, retração, edema, simetria, linfonodos axilares, ferida no mamilo e sensibilidade na mama;
12. Realizar palpação das mamas, uma de cada vez;
13. Utilizar as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos para examinar todo o tecido mamário de forma circular da área distal para proximal do mamilo;
14. Cada quadrante deve ser examinado com três níveis de pressão: leve, médio e profundo;
15. A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não pressionada (comprimida) a menos que haja descarga papilar espontânea;
16. Auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica, orientando-a para vestir-se;
17. Orientar a paciente sobre os achados e solicitar exame complementar se necessário;
18. Realizar higienização das mãos;
19. Realizar registro no prontuário, carimbar e assinar.

#### **OBSERVAÇÕES:**

- ✓ Em caso de mulheres mastectomizadas a palpação deve ser realizada na parede do tórax, pele e incisão cirúrgica;
- ✓ O uso de luvas de procedimento é facultativo;
- ✓ Lesões cancerosas são duras, fixas, firmes irregulares no formato e usualmente unilaterais. Mamas bilateralmente granulosas e doloridas e, algumas vezes, secreção através dos mamilos caracterizam esta condição. Estes sintomas ficam mais aparentes durante o período menstrual.
- ✓ Após terminar o exame, peça a cliente para fazer uma demonstração de uma auto palpação.
- ✓ Em caso de exame alterado, seguir fluxo municipal de encaminhamento.

#### **REFERÊNCIA:**

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2. ed. Caderno de Atenção Básica, 13. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_canceres\\_colo\\_uterino\\_2013.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterino_2013.pdf). Acesso em: 19 de setembro de 2024.



## Esquema de Tratamento da Tuberculose

**CONCEITO:** Orientar quanto ao esquema a ser adotado para tratamento da Tuberculose.

**PROFISSIONAL EXECUTANTE:** Enfermeiro.

### ETAPAS DE EXECUÇÃO:

- ✓ **ESQUEMA BÁSICO:**
- ✓ **Esquema Básico para o tratamento de adultos e adolescentes ( $\geq 10$  anos de idade): 2RHZE/4RH**
- ✓ Casos novos de tuberculose ou retratamento (recidiva e reingresso após abandono que apresentem doença ativa) em adultos e adolescentes ( $\geq 10$  anos de idade); todas as apresentações clínicas (pulmonares e extrapulmonares) (Quadro 20), exceto a forma meningoencefálica e osteoarticular.

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg <sup>1</sup> ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: (RATIONAL PHARMACEUTICAL MANAGEMENT PLUS, 2005; WHO, 2003). Adaptado de BRASIL, 2011.

R – Rifampicina; H – isoniazida; Z – Pirazinamina; E – Etambutol.

<sup>1</sup>A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg <sup>1</sup> ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	10 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: (RATIONAL PHARMACEUTICAL MANAGEMENT PLUS, 2005; WHO, 2003). Adaptado de BRASIL, 2011.

R – Rifampicina; H – Isoniazida; Z – Pirazinamina; E – Etambutol.

<sup>1</sup>A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.



- ✓ Esquema Básico para tratamento da TB meningoencefálica e osteoarticular em adultos e adolescentes ( $\geq 10$  anos de idade): **2RHZE/10RH**
- ✓ Casos novos e retratamento (recidiva e reingresso após abandono) que apresentem doença ativa meningoencefálica e óssea em adultos e adolescentes ( $\geq 10$  anos de idade).

**OBSERVAÇÕES:**

- ✓ Quando existir concomitância entre a forma meningoencefálica ou osteoarticular e quaisquer outras apresentações clínicas, utilizar o esquema para TB meningoencefálica ou osteoarticular;
- ✓ Quando TB osteoarticular de baixa complexidade, pode-se tratar por 6 meses, a critério clínico;
- ✓ Associar corticosteroide: Prednisona (1 a 2 mg/kg/dia) por quatro semanas ou, nos casos graves de TB meningoencefálica, dexametasona injetável (0,3 a 0,4 mg/kg/dia), por quatro a oito semanas, com redução gradual da dose nas quatro semanas subsequentes;
- ✓ Para evitar sequelas, recomenda-se aos pacientes que a fisioterapia, em casos de tuberculose meningoencefálica, seja iniciada o mais cedo possível.
- ✓ **Esquema Básico para crianças ( $< 10$  anos de idade): 2RHZ/4RH**
- ✓ Casos novos e de retratamento (recidiva e reingresso após abandono) que apresentem doença ativa em crianças ( $< 10$  anos de idade), de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar, exceto a forma meningoencefálica e osteoarticular.

FASES DO TRATAMENTO	FÁRMACOS	PESO DO PACIENTE						
		Até 20Kg	$\geq 21Kg$ a 25Kg	$\geq 26Kg$ a 30Kg	$\geq 31Kg$ a 35Kg	$\geq 36Kg$ a 39Kg	$\geq 40Kg$ a 44Kg	$\geq 45Kg$
		Mg/Kg/Dia	Mg/Dia	Mg/Dia	Mg/Dia	Mg/Dia	Mg/Dia	Mg/Dia
2RHZ	Rifampicina	15 (10-20)	300	450	500	600	600	600
	Isoniazida	10 (7-15)	200	300	300	300	300	300
4RH	Pirazinamida	35 (30-40)	750	1.000	1.000	1.500	1.500	2.000
	Rifampicina	15 (10-20)	300	450	500	600	600	600
	Isoniazida	10 (7-15)	200	300	300	300	300	300

Fonte: Adaptado da OMS. 2014.



- ✓ **Esquema Básico para tratamento da TB meningoencefálica e osteoarticular para crianças (< 10 anos de idade): 2RHZ/10RH**
- ✓ Casos novos e de retratamento (recidiva e reingresso após abandono que apresentem doença ativa) de crianças (< 10 anos de idade), com TB meningoencefálica ou osteoarticular.

FASES DO TRATAMENTO	FÁRMACOS	PESO DO PACIENTE						
		Até 20kg	≥21Kg a 25kg	≥26Kg a 30kg	≥31Kg a 35kg	≥36Kg a 39kg	≥40Kg a 44kg	≥45Kg
		Mg/kg/dia	Mg/dia	Mg/dia	Mg/dia	Mg/dia	Mg/dia	Mg/dia
2RHZ	Rifampicina	15 (10-20)	300	450	500	600	600	600
	Isoniazida	10 (7-15)	200	300	300	300	300	300
10RH	Pirazinamida	35 (30-40)	750	1.000	1.000	1.500	1.500	2.000
	Rifampicina	15 (10-20)	300	450	500	600	600	600
	Isoniazida	10 (7-15)	200	300	300	300	300	300

Fonte: Adaptado da OMS, 2014.

### OBSERVAÇÕES:

- ✓ Quando existir concomitância entre a forma meningoencefálica ou osteoarticular e quaisquer outras apresentações clínicas, utilizar o esquema para TB meningoencefálica ou osteoarticular.
- ✓ Associar corticosteroide: Prednisona (1 a 2 mg/kg/dia) por quatro semanas ou, nos casos graves de tuberculose meningoencefálica, dexametasona injetável (0,3 a 0,4 mg/kg/dia), por quatro a oito semanas, com redução gradual da dose nas quatro semanas subsequentes.
- ✓ Para evitar sequelas, recomenda-se aos pacientes que a fisioterapia, em casos de tuberculose meningoencefálica, seja iniciada o mais cedo possível.

### REFERÊNCIA:

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

SAUDE, Ministério da. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2ª Ed. Atualizada. 2019. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/tuberculose/manual-de\\_recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/tuberculose/manual-de_recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view). Acesso em: 19 de setembro de 2024.

**PARECER DE CONSELHEIRO FEDERAL N° 180/2018/COFEN**. Disponível em: [https://www.cofen.gov.br/parecer-de\\_conselheiros-n-180-2018/](https://www.cofen.gov.br/parecer-de_conselheiros-n-180-2018/). Acesso: 19 de setembro de 2024.

**PARECER DE CONSELHEIRO FEDERAL N° 40/2023/COFEN**. Disponível em: [https://www.cofen.gov.br/parecer-de\\_conselheiro-federal-no-40-2023-cofen/](https://www.cofen.gov.br/parecer-de_conselheiro-federal-no-40-2023-cofen/). Acesso: 19 de setembro de 202



## Cateterismo Vesical Feminino

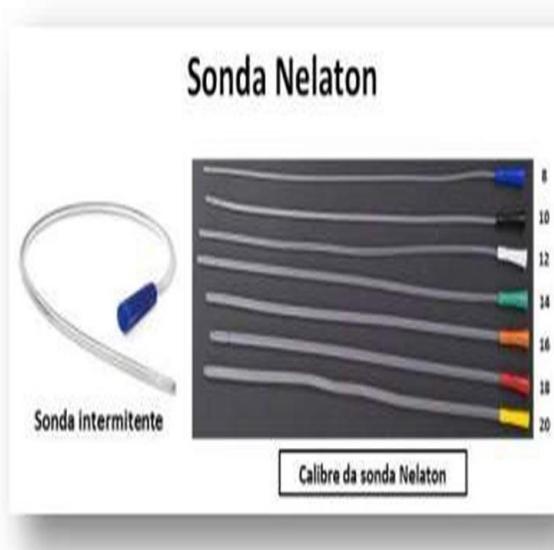
**CONCEITO:** Introdução de um cateter/sonda na bexiga por meio do meato uretral (o cateter/sonda pode estar adaptado a um sistema fechado ou não).

**RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO:** Enfermeiro.

### MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- ✓ Kit de cateterismo contendo: Luva estéril (par extra opcional); Campo estéril, um fenestrado; Lidocaína gel; Solução de limpeza antisséptica, como iodopovidona ou, alternativamente, clorexidina aquosa 0,2% ou degermante 2%, em casos de alergia a iodo; Bolas de algodão; Pinça Cheron; Cuba rim; Cúpula de inox; Seringa de 10 a 20 mL pré-cheia com água destilada para encher o balão do cateter de demora; Cateter do tamanho e tipo corretos para o procedimento (ou seja, intermitente ou de demora); Bolsa coletora e suporte multiuso para tubo ou fita e faixa elástica para prender o tubo no leito se o paciente estiver restrito a ele (para cateter de demora “sistema fechado”);
- ✓ Compressa estéril;
- ✓ Agulha 40 x 12;
- ✓ Coletor de urina estéril;
- ✓ Biombo;
- ✓ Foco de luz ajustável;
- ✓ Saco plástico para resíduos.

### IMAGENS DAS SONDAS:





### **ETAPAS PARA EXECUÇÃO:**

#### **ETAPAS INICIAIS:**

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Verificar prescrição médica;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;
4. Preparar o ambiente observando para que haja boa iluminação, colocar biombo e fechar as portas e janelas;
5. Realizar higiene da genitália com clorexidina degermante 2%, conforme descrito no item Higiene da Genitália;
6. Ao término da higiene, organizar o material necessário e colocá-lo próximo ao paciente em local de fácil acesso;
7. Prender o saco de resíduos em local de fácil acesso;
8. Se mulher: Colocar a paciente em posição ginecológica, protegida com lençol; Se homem: colocar o paciente em decúbito dorsal;
9. Abrir o Kit de cateterismo sobre a cama, entre as pernas do paciente ou sobre uma mesa auxiliar;
10. Colocar o antisséptico na cúpula e a sonda sobre o campo estéril;
11. Calçar a luva estéril.

### **CATETERISMO INTERMITENTE**

1. Dar sequência as etapas iniciais;
2. Manter todo o material preparado antes de iniciar a antisepsia, pois uma vez colocada à mão não dominante na genitália da paciente, não poderá removê-la até término do procedimento;
3. Lubrificar a sonda com lidocaína gel, mantendo-a sobre uma gaze;
4. Com auxílio de uma pinça, gaze e solução antisséptica, realizar a antisepsia do monte de vônus e da vulva com movimento unidirecional;
5. Afastar os lábios maiores do pudendo com a mão não dominante e proceder à antisepsia do meato uretral com movimento circular de 360°;
6. Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta a ser introduzida presa nos dedos polegar e indicador. Com os outros dedos segurar a parte restante. Deixar apenas a extremidade distal da sonda solta, perto do dedo mínimo;
7. Afastar os lábios maiores do pudendo com a mão não dominante;
8. Com a mão dominante introduzir a sonda pelo meato urinário de 5 a 8 cm;



9. Esperar o retorno de urina dentro da cuba rim ou coletor de urina estéril (no caso de exames) e retirar a sonda;
10. Deixar ambiente em ordem e a paciente confortável;
11. Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
12. Registrar o procedimento no prontuário da paciente anotando o horário da sondagem, o volume drenado, o aspecto e a cor da urina.

#### **Cateterismo de demora**

1. Dar sequência as etapas iniciais;
2. Manter todo o material preparado antes de iniciar a antisepsia, pois uma vez colocada à mão não dominante na genitália da paciente, não poderá removê-la até término do procedimento;
3. Aspirar à água destilada com a seringa e agulha 40x12 de acordo com o volume descrito pelo fabricante na sonda e mantê-la sobre o campo estéril;
4. Testar o balonete da sonda, adaptando a seringa e inflando com água destilada;
5. Certificar-se de que o balonete segue sob perfeitas condições de uso;
6. Aspirar com a seringa 10 mL de água destilada e mantê-la sobre o campo estéril;
7. Conectar a extremidade distal da sonda ao intermediário da bolsa coletora (sistema fechado);
8. Lubrificar a sonda com lidocaína gel, mantendo-a sobre uma gaze;
9. Com auxílio de uma pinça, gaze e solução antisséptica, realizar a antisepsia do monte de Vénus e da vulva com movimento unidirecional;
10. Afastar os lábios maiores do pudendo com a mão não dominante e proceder a antisepsia do meato uretral  
com movimento circular de 360°;
11. Lubrificar a sonda com lidocaína gel, mantendo-a sobre uma gaze;
12. Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta a ser introduzida presa nos dedos polegar e indicador. Com os outros dedos segurar a parte restante. Deixar apenas a extremidade distal da sonda solta, perto do dedo mínimo;
13. Introduzir a sonda pelo meato urinário até a bifurcação em Y da sonda e aguardar o retorno de urina;
14. Introduzir a água destilada no balonete (5 ou 30 mL – conforme indicada pelo calibre da sonda);
15. Tracionar um pouco a sonda até sentir uma leve resistência e certificar que a sonda esteja segura;
16. Retirar as luvas;
17. Prender a sonda na coxa da paciente, a fim de permitir que ela se move livremente no leito ou deambule;



18. Colocar identificação no local da fixação indicando o calibre, a data e o horário de inserção da sonda;
19. Prender a bolsa coletora na grade inferior da cama;
20. Verificar se a sonda está livre de compressão e funcionando perfeitamente;
21. Identificar a bolsa coletora com o nome da paciente, o número do leito, a data e a hora da colocação;
22. Deixar a paciente confortável;
23. Manter o ambiente limpo e em ordem;
24. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
25. Registrar o procedimento no prontuário da paciente;



**Cateterismo feminino:** Vulva, inserção do cateter vesical e fixação da sonda de Foley

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

CARMAGNANI, M.I.S. et al. Procedimentos de enfermagem – guia prático. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Disponível em: [https://portal.unisepe.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de\\_Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf](https://portal.unisepe.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de_Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf). Acesso: 19 de setembro de 2024.

Resolução COFEN nº 0450/2013. Disponível em: [https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/01/Resolucao\\_Cofen-no-450-2013.pdf](https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/01/Resolucao_Cofen-no-450-2013.pdf). Acesso: 19 de setembro de 2024.



## Cateterismo Vesical Masculino

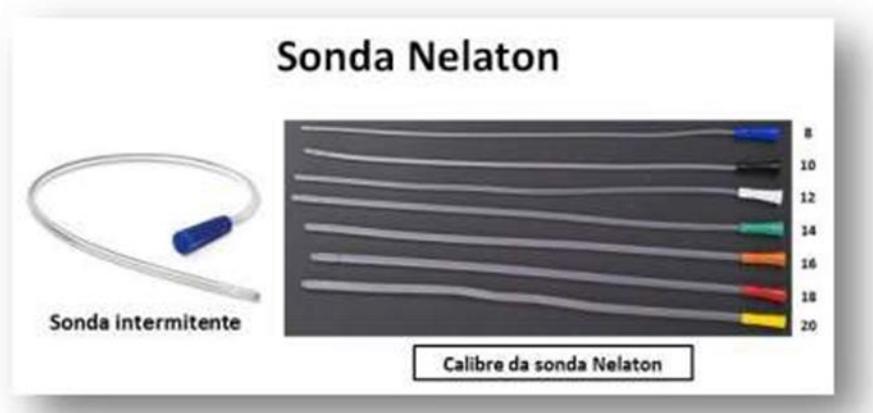
**CONCEITO:** Introdução de um cateter/sonda na bexiga por meio do meato uretral (o cateter/sonda pode estar adaptado a um sistema fechado ou não).

**RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO:** Enfermeiro.

### MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- ✓ Kit de cateterismo contendo: Luva estéril (par extra opcional); Campo estéril, um fenestrado; Lidocaína gel; Solução de limpeza antisséptica, como iodopovidona ou, alternativamente, clorexidina aquosa 0,2% ou degermante 2%, em casos de alergia a iodo; Bolas de algodão; Pinça Cheron; Cuba rim; Cúpula de inox; Seringa de 10 a 20 mL pré-cheia com água destilada para encher o balão do cateter de demora; Cateter do tamanho e tipo corretos para o procedimento (ou seja, intermitente ou de demora); Bolsa coletora e suporte multiuso para tubo ou fita e faixa elástica para prender o tubo no leito se o paciente estiver restrito a ele (para cateter de demora “sistema fechado”);
- ✓ Compressa estéril;
- ✓ Agulha 40 x 12;
- ✓ Coletor de urina estéril;
- ✓ Biombo;
- ✓ Foco de luz ajustável;
- ✓ Saco plástico para resíduos.

### IMAGENS DAS SONDAS:





## Sonda de Foley



### ETAPAS PARA EXECUÇÃO:

#### Etapas iniciais:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Verificar prescrição médica;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;
4. Preparar o ambiente observando para que haja boa iluminação, colocar biombo e fechar as portas e janelas;
5. Realizar higiene da genitália com clorexidina degermante 2%, conforme descrito no item Higiene da Genitália;
6. Ao término da higiene, organizar o material necessário e colocá-lo próximo ao paciente em local de fácil acesso;
7. Prender o saco de resíduos em local de fácil acesso;
8. Se mulher: Colocar a paciente em posição ginecológica, protegida com lençol; Se homem: colocar o paciente em decúbito dorsal;
9. Abrir o Kit de cateterismo sobre a cama, entre as pernas do paciente ou sobre uma mesa auxiliar;
10. Colocar o antisséptico na cúpula e a sonda sobre o campo estéril;
11. Calçar a luva estéril.



### Cateterismo intermitente

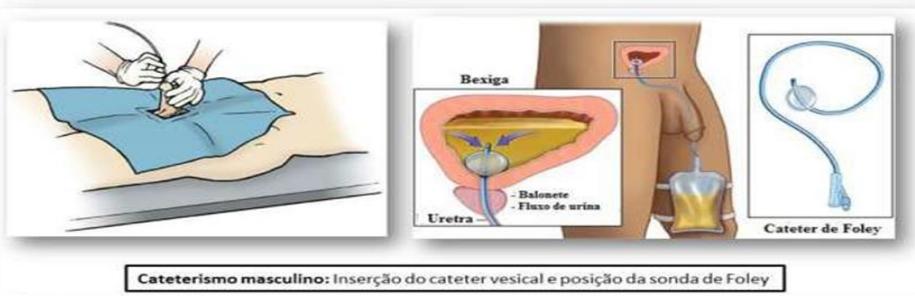
1. Dar sequência as etapas iniciais;
2. Manter todo o material preparado antes de iniciar a antisepsia, pois uma vez colocada à mão não dominante na genitália do paciente, não poderá removê-la até término do procedimento.
3. Lubrificar a sonda com lidocaína gel, mantendo-a sobre uma gaze ou colocar 10 mL de lidocaína gel em uma seringa de 20 mL;
4. Com auxílio de uma pinça, gaze e solução antisséptica, realizar a antisepsia do prepúcio, com movimento unidirecional (no sentido da glande em direção à raiz do pênis);
5. Com o pegar e o indicador da mão não dominante afastar o prepúcio que cobre o meato urinário;
6. Realizar antisepsia de toda a glande, em sentido do meato para fora, ou com movimentos circulares;
7. Elevar o pênis, quase perpendicularmente ao corpo, para colocar a uretra em linha reta;
8. Afastar com a mão não dominante o prepúcio que cobre o meato uretral;
9. Introduzir 10 mL de lidocaína gel que está na seringa no meato urinário do paciente ou pegar a sonda já lubrificada;
10. Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta a ser introduzida presa nos dedos polegar e indicador. Com os outros dedos segurar a parte restante. Deixar apenas a extremidade distal da sonda solta, perto do dedo mínimo;
11. Com a mão dominante introduzir a sonda pelo meato urinário de 18 a 24 cm;
12. Esperar o retorno de urina dentro da cuba rim ou coletor de urina estéril (no caso de exames) e retirar a sonda;
13. Deixar ambiente em ordem e a paciente confortável;
14. Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
15. Registrar o procedimento no prontuário da paciente anotando o horário da sondagem, o volume drenado, o aspecto e a cor da urina.

### CATETERISMO DE DEMORA

1. Dar sequência as etapas iniciais;
2. Manter todo o material preparado antes de iniciar a antisepsia, pois uma vez colocada à mão não dominante na genitália do paciente, não poderá removê-la até término do procedimento.
3. Aspirar com a seringa e agulha 40x12 a água destilada de acordo com o volume descrito pelo fabricante na sonda e mantê-la sobre o campo estéril;
4. Testar o balonete da sonda, adaptando a seringa e inflando com água destilada;
5. Certificar-se de que o balonete segue sob perfeitas condições de uso;
6. Conectar a extremidade distal da sonda ao intermediário da bolsa coletora (sistema fechado);
7. Lubrificar a sonda com lidocaína gel, mantendo-a sobre uma gaze ou colocar 10 mL de lidocaína gel em uma seringa de 20 mL;



8. Com auxílio de uma pinça, gaze e solução antisséptica, realizar a antisepsia do prepúcio, da glande e do meato uretral, com movimento unidirecional;
9. Introduzir 10 mL de lidocaína gel que está na seringa no meato urinário do paciente ou pegar a sonda já lubrificada;
10. Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta a ser introduzida presa nos dedos polegar e indicador. Com os outros dedos segurar a parte restante. Deixar apenas a extremidade distal da sonda solta, perto do dedo mínimo;
11. Introduzir a sonda pelo meato urinário até a bifurcação em Y da sonda e aguardar e aguardar o retorno de urina;
12. Introduzir a água destilada no balonete (5 a 30 mL – conforme indicada pelo calibre da sonda);
13. Tracionar um pouco a sonda até sentir uma leve resistência e certificar que a sonda esteja segura;
14. Retirar as luvas;
15. Prender a sonda na coxa da paciente ou na região supra púbica, a fim de permitir que ela se mova livremente no leito ou deambule;
16. Colocar identificação no local da fixação indicando o calibre, a data e o horário de inserção da sonda;
17. Prender a bolsa coletora na grade inferior da cama;
18. Verificar se a sonda está livre de compressão e funcionando perfeitamente;
19. Identificar a bolsa coletora com o nome da paciente, o número do leito, a data e a hora da colocação;
20. Deixar a paciente confortável;
21. Manter o ambiente limpo e em ordem;
22. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
23. Registrar o procedimento no prontuário da paciente.



Cateterismo masculino: Inserção do cateter vesical e posição da sonda de Foley



**REFERÊNCIAS:**

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

CARMAGNANI, M.I.S. et al. Procedimentos de enfermagem – guia prático. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Disponível em: <https://portal.uniseppe.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de-Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf>. Acesso: 19 de setembro de 2024

## Retirada da Sonda

**CONCEITO:** Introdução de um cateter/sonda na bexiga por meio do meato uretral (o cateter/sonda pode estar adaptado a um sistema fechado ou não).

**RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO:** Auxiliar de Enfermagem, Técnico(a) de Enfermagem e Enfermeiro.

### MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- ❖ Seringa de 20 mL;
- ❖ Luvas de procedimento;
- ❖ Saco plástico para resíduos;
- ❖ Tesoura estéril, tubo de ensaio e biombo (se necessário).

### ETAPAS PARA EXECUÇÃO:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Verificar prescrição médica;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;
4. Preparar o ambiente observando para que haja boa iluminação, colocar biombo e fechar as portas e janelas (se necessário);
5. Organizar o material necessário e colocá-lo próximo ao paciente em local de fácil acesso;
6. Calçar as luvas;
7. Adaptar a seringa na via do balonete e aspirar o conteúdo presente;
8. Tracionar a sonda vagarosamente e desprezá-la no saco plástico;
9. Posicionar o paciente confortavelmente;
10. Deixar o ambiente limpo e em ordem;
11. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
12. Registrar o procedimento no prontuário da paciente.

### OBSERVAÇÕES:

- ❖ Caso seja necessário o envio da ponta da sonda para exame de cultura, esse procedimento deve ser feito cuidadosamente para que não haja contaminação da sonda. Neste caso, a ponta da sonda dever ser cortada com a tesoura estéril e colocada no tudo de ensaio. Identificação o material com o nome do paciente, a data da coleta e encaminhar ao laboratório.

### REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

CARMAGNANI, M.I.S. et al. **Procedimentos de enfermagem – guia prático**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de-Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf> . Acesso: 19 de setembro de 2024

**PARECER DE CONSELHEIRO FEDERAL N° 063/2018/COFEN.** Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-063-2018/> . Acesso: 19 de setembro de 2



## Curativos em Feridas Operatórias

**CONCEITO:** Limpeza de ferida limpa com cicatrização por segunda intenção.

**RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO:** Enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem.

### MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- ✚ Pacote estéril de curativo contendo:
  - ✓ 1 Pinça anatômica;
  - ✓ Pinça Kelly ou Kocher; 1 - Espátula;
  - ✓ Solução fisiológica a 0,9% (SF)(preferencialmente aquecida);
  - ✓ Seringa de 20 mL;
  - ✓ Bandeja de inox;
  - ✓ Agulha 40 x 12;
  - ✓ Pacotes de gazes esterilizadas;
  - ✓ Esparadrapo, fita crepe ou micropore;
  - ✓ Tesoura estéril e de bolso;
  - ✓ Luvas de procedimento;
  - ✓ Luvas estéreis;
  - ✓ Cuba rim ou bacia;
  - ✓ Forro de papel, pano ou impermeável;
  - ✓ Solução antisséptica (se prescrito);
  - ✓ Tratamento de escolha (coberturas) quando indicado;
  - ✓ Ataduras;
  - ✓ Biombo (se necessário);
  - ✓ Saco plástico para descarte de resíduos.



**ETAPAS PARA EXECUÇÃO:**

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Reunir o material necessário para o curativo;
3. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada e as formas como ele pode colaborar;
4. Preparar o ambiente, providenciando boa iluminação;
5. Dispor o material em local próximo e de fácil acesso;
6. Zelar pela privacidade do paciente;
7. Calçar as luvas;
8. Descobrir a área a ser tratada e proteger a cama com forro de papel, pano ou impermeável;
9. Colocar o paciente em posição apropriada e de fácil acesso a área a ser tratada; Abrir o pacote de curativo, colocando as pinças com os cabos voltados para a borda do campo;
10. Colocar as gazes, em quantidade suficiente para uso, sobre o campo estéril;
11. Umedecer o curativo que está no paciente com SF 0,9% para facilitar a sua remoção;
12. Com o auxílio da espátula, dobrar a gaze;
13. Remover o curativo anterior com a pinça anatômica, colocando-o no saco plástico para resíduos e a pinça no local apropriado (fora do campo estéril);
14. Limpar a ferida com jatos de SF 0,9% aspirado por meio da seringa de 20 mL;
15. Embeber as gazes com SF 0,9% e cobrir toda a extensão da ferida, para mantê-la úmida e utilizar o produto apropriado para o tipo de ferida; se for colocar alguma cobertura não utilizar a gaze umedecida com SF 0,9%, colocar a cobertura indicada e o curativo secundário com gaze seca;
16. Proteger a ferida com gaze e fixar com fita adesiva e/ou atadura;
17. Envolver as pinças no próprio campo estéril e encaminha-las ao expurgo;
18. Observar o estado geral do paciente;
19. Deixar o ambiente limpo e em ordem;
20. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
21. Anotar a assistência prestada e condições da ferida nos registros de enfermagem.



#### OBSERVAÇÕES:

- ✓ Curativos úmidos são contraindicados em locais de inserção de cateteres, introdutores, fixadores externos, drenos e sondas;
- ✓ A SF 0,9% é indicada para limpeza e tratamento de feridas com cicatrização por segunda ou terceira intenção, pois auxilia na limpeza e umedece a ferida (a utilização de SF 0,9% é indicada para limpeza de todas as feridas (primeira, segunda e terceira intenção, drenos e cateteres, esses últimos antes da utilização de solução antisséptica. Esse procedimento favorece a formação de tecido de granulação e amolece os tecidos desvitalizados, se possível utilizar SF 0,9% morno);
- ✓ A manutenção do calor no local da ferida é importante para favorecer o processo de cicatrização. Por isso, recomenda-se utilizar SF 0,9% aquecido para manter a temperatura constante da ferida, o que estimula a atividade celular;
- ✓ A ferida demora 40 minutos para voltar à temperatura normal e três horas para a atividade mitótica retornar a sua velocidade normal se não utilizar SF 0,9% aquecido.
- ✓ Em curativos com muito exsudato, utilizar cuba rim ou bacia sob a área da ferida durante o curativo;
- ✓ Nos casos em que o paciente necessitar de vários curativos, começar pela lesão mais limpa, seguindo para as mais infectadas;
- ✓ Nas feridas com exsudato e/ou suspeita de infecção, coletar (antes de fazer o curativo) amostra de material para bacterioscopia (Swab), quando prescrito pelo médico.

#### REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

CARMAGNANI, M.I.S. et al. **Procedimentos de enfermagem – guia prático**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Disponível em: [https://portal.unisepo.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de\\_Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf](https://portal.unisepo.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de_Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf) . Acesso: 19 de setembro de 2024.

**PARECER TÉCNICO COREN/AL Nº032/2022.** Disponível em: [https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren\\_al/transparencia/76202/download/PDF](https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren_al/transparencia/76202/download/PDF) . Acesso: 19 de setembro de 2024.



## Curativos em Feridas Abertas

**CONCEITO:** As etapas de execução dos curativos específicos envolvem as mesmas utilizadas na realização do curativo comum, contudo a equipe de enfermagem deve atentar-se aos cuidados específicos mencionados para cada curativo abaixo.

**RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO:** Enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem.

### 1. Feridas com drenos:

- a) Limpar o dreno e a pele ao redor da ferida com gaze umedecida com SF 0,9%, seguida da utilização de clorexidina alcóolica 0,5%, por meio de movimentos semicirculares unidirecional com os dois lados da gaze;
- b) Colocar uma gaze sob o dreno, isolando-o da pele;
- c) Colocar uma gaze sobre o dreno, protegendo-o.

### 2. Cateteres, introdutores e fixadores externos:

- a) Limpar o local da inserção do cateter, com gaze umedecida com SF 0,9%, seguida da utilização de clorexidina alcóolica 0,5%, por meio de movimentos semicirculares unidirecional com os dois lados da gaze;
- b) Com outra gaze umedecida com SF 0,9%, limpar a região ao redor do ponto de inserção;
- c) Secar a região do ponto de inserção e ao redor dele com auxílio de uma gaze estéril;
- d) Aplicar solução antisséptica no ponto de inserção em direção ao cateter e depois na região ao redor do ponto de inserção, quando indicado e prescrito;
- e) Colocar gaze dobrada, uma de cada lado do cateter ou um protetor semipermeável apropriado;
- f) Fixar a gaze com micropore;

### 3. Curativo na traqueostomia

- a) Colocar o paciente na posição de Fowler e proteger o seu tórax com um forro;
- b) Abrir o pacote de curativo;
- c) Calçar luva estéril;
- d) Verificar se o “cuff” está insuflado, se a cânula for plástica. Realizar aspiração na traqueostomia, se necessário;
- e) Remover o curativo anterior;
- f) Umedecer a gaze estéril com SF 0,9% e limpar ao redor do orifício da traqueostomia, por meio de movimentos semicirculares unidirecional com os dois lados da gaze;
- g) Secar ao redor do orifício da traqueostomia com gaze estéril;
- h) Trocar o cadarço da cânula;
- i) Colocar gaze estéril ao redor da traqueostomia.



**REFERÊNCIAS:**

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

CARMAGNANI, M.I.S. et al. **Procedimentos de enfermagem – guia prático**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Disponível em: <https://portal.unisepo.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de- Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf> . Acesso: 19 de setembro de 2024.

**PARECER DE CÂMARA TÉCNICA N° 22/2014/CTLN/COFEN.** Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-n- 222014cofencIn/>. Acesso: 19 de setembro de 2024.

**PARECER TÉCNICO COREN/AL Nº 032/2022.** Disponível em:<https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren- al/transparencia/76202/download/PDF>. Acesso: 19 de setembro



### Retirada de pontos

**CONCEITO:** Remoção de fios cirúrgicos com técnica asséptica.

**RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO:** Enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem.

#### MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Pacote de retirada de pontos contendo:

- 1 - Pinça Kocker;
- 1 - Pinça Kelly; 1 - Pinça;
- 1 - Tesoura Íris ou Spencer;
- Gaze estéril;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Lâmina de bisturi (na ausência de tesoura);
- Cabo de bisturi;
- Fita adesiva;
- Cuba rim;
- Foco de luz ajustável;
- Solução antisséptica;
- Saco plástico para resíduos.

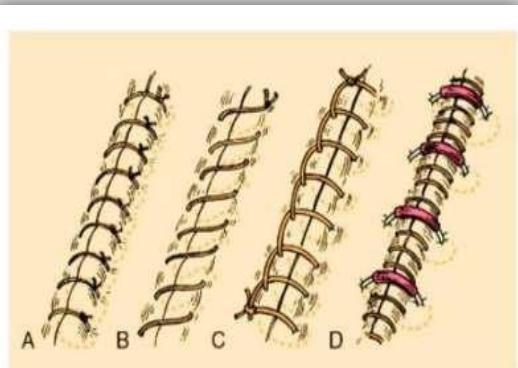
#### ETAPAS PARA EXECUÇÃO:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Verificar a prescrição médica sobre a retirada dos pontos;
3. Reunir o material necessário para a execução da técnica;
4. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada e as formas como ele pode colaborar;
5. Preparar o ambiente, providenciando boa iluminação;
6. Dispor o material em local próximo e de fácil acesso;
7. Calçar as luvas;
8. Na presença de curativo na área dos pontos, remover cuidadosamente;
9. Observar se há presença de afastamento das bordas da lesão ou sinais de infecção e inflamação (na presença desses sinais, comunicar o médico responsável);
10. Usar solução antisséptica e gaze estéril para limpar a linha de sutura e seu entorno com movimentos unidirecionais (isso ajuda a diminuir a quantidade de microrganismos presentes e reduzir o risco de infecção);
11. Umedecer as suturas com SF 0,9% para facilitar a remoção;
12. Colocar uma gaze próxima da incisão, para depositar os pontos retiradosCom a pinça anatômica, segurar



- a extremidade do fio e com a tesoura ou bisturi, cortar a parte inferior do nó;
13. Remova pontos de forma intercalada, para evitar a deiscência e consequentemente evisceração, nos casos de ausência de cicatrização eficaz;
  14. Remover os pontos remanescentes;
  15. Limpar a incisão com gaze estéril e solução antisséptica;
  16. Se necessário realizar curativo seco com gaze estéril;
  17. Envolver as pinças no próprio campo estéril e encaminha-las ao expurgo;
  18. Observar o estado geral do paciente;
  19. Deixar o ambiente limpo e em ordem;
  20. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
  21. Anotar a assistência prestada e condições da sutura nos registros de enfermagem.

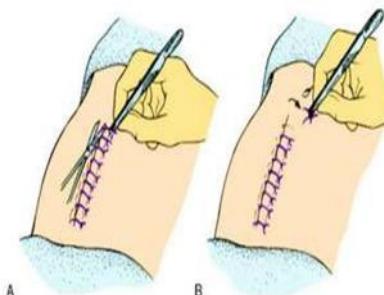
#### IMAGEM DE SUTURAS COMUNS:



**FIG. 48-27** Exemplos de métodos de sutura. **A**, Intermítente. **B**, Contínua. **C**, Contínua em cobertor. **D**, De retenção.

Fonte: Potter; Perry (2013).

#### Retirada de Pontos



**FIG. 48-28** Retirada de pontos intermitentes. **A**, Corte o ponto o mais próximo possível da pele, longe do nó. **B**, Retire o ponto e nunca deixe que o ponto contaminado atravesse os tecidos.

Fonte: Potter; Perry (2013).

#### REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

CARMAGNANI, M.I.S. et al. **Procedimentos de enfermagem – guia prático**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de-Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf>. Acesso: 19 de setembro de 2024.

**PARECER TÉCNICO COREN/AL Nº 009/2019.** Disponível em: <https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren-al/transparencia/65037/download/PDF>. Acesso: 19 de setembro de 2024.

**PARECER TÉCNICO COREN/AL Nº 032/2022.** Disponível em: <https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren-al/transparencia/76202/download/PDF>. Acesso: 19 de setembro de 2024.



Revisado e aprovado em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. Próxima revisão em 2029

Por

EQUIPE GESTORA:

VALDETE CUNHA \_\_\_\_\_

PREFEITA MINICIPAL

ROSANGELA GUANDALIN \_\_\_\_\_

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AMERIS DE OLIVEIRA COREN – PR 356.989 \_\_\_\_\_

ENFERMEIRA RESPONSÁVEL TÉCNICA

UAPS – CONCEIÇÃO A. DOS ANJOS

GEOCLEBERSON DA SILVA PEREIRA COREN – PR 639.680 \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO

LILIÃ DOS SANTOS MARTINS COREN – PR 313.257 \_\_\_\_\_

ENFERMEIRA RESPONSÁVEL TÉCNICO

LUCAS DA LUZ STEL, COREN – PR 352.535 \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO

### APROVAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE ATA Nº 10/2025

Em reunião dia 29/09/2025.

 <p><b>PÉROLA</b> GOVERNO MUNICIPAL</p>	NORMAS E ROTINAS		
	Emissão: 06/05/2025	Próxima Revisão: 06/05/2029	Página 83 de 83