



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIÊN - PR

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

PIÊN -PR 2025

PIÊN



SUMÁRIO

- POP 01: Fluxo de Atendimento na Unidade de Saúde**
- POP 02: Acolhimento de Pacientes na Unidade de Saúde**
- POP 03: Abordagem da Demanda Espontânea**
- POP 04: Triagem**
- POP 05: Triagem Neonatal Teste do Pezinho**
- POP 06: Administração de Medicamentos Via oral ou sublingual**
- POP 07: Administração de Medicamentos Via Intramuscular**
- POP 08: Administração de Medicamentos Via Endovenosa**
- POP 09: Administração de Medicamentos Via Subcutânea**
- POP 10: Aspiração de Vias Aéreas**
- POP 11: Sonda Vesical de Alívio**
- POP 12: Sonda Vesical de Demora**
- POP 13: Troca de Bolsa de Colostomia, Ileostomia e Urostomia**
- POP 14: Troca de Sonda Cistostomia**
- POP 15: Curativo**
- POP 16: Dispensação de Material para Curativos na Unidade Básica de Saúde**
- POP 17: Teste Rápido HIV, Sífilis, Hepatites Virais**
- POP 18: Teste Rápido De Dengue**
- POP 19: Teste Rápido Covid, Influenza A, Influenza B**
- POP 20: Teste Rápido Para Detecção de Gravidez**
- POP 21: Teste Fita Urinária**
- POP 22: Higienização das Mãos**
- POP 23: Atendimento em casos de Urgência ou Emergência**
- POP 24: Maleta de Emergência**
- POP 25: Pedidos de Materiais de Farmácia, Expediente e outros**
- POP 26: Controle e Armazenamento de Estoque de Materiais e Medicamentos**
- POP 27: Organização e Limpeza de Ambientes de Saúde**
- POP 28: Limpeza diária da Unidade de Saúde**
- POP 29: Desinfecção Recorrente em Unidade de Saúde**
- POP 30 - Desinfecção Terminal em Unidade de Saúde**
- POP 31: Manuseio e Descarte de Resíduos de Saúde**
- POP 32: Acondicionamento do Instrumental/Material na Autoclave e Esterilização**
- POP 33: Teste Químico Diário Com Emulador Químico Classe 6**
- POP 34: Teste Biológico em Autoclave**
- POP 35: Limpeza da Autoclave**
- POP 36: Limpeza Mecânica dos Instrumentais**
- POP 37: Desinfecção com Hipoclorito 1%**
- POP 38: Eletrocardiograma (ECG)**
- POP 39: Inserção de DIU com cobre T Cu 380 A**



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291

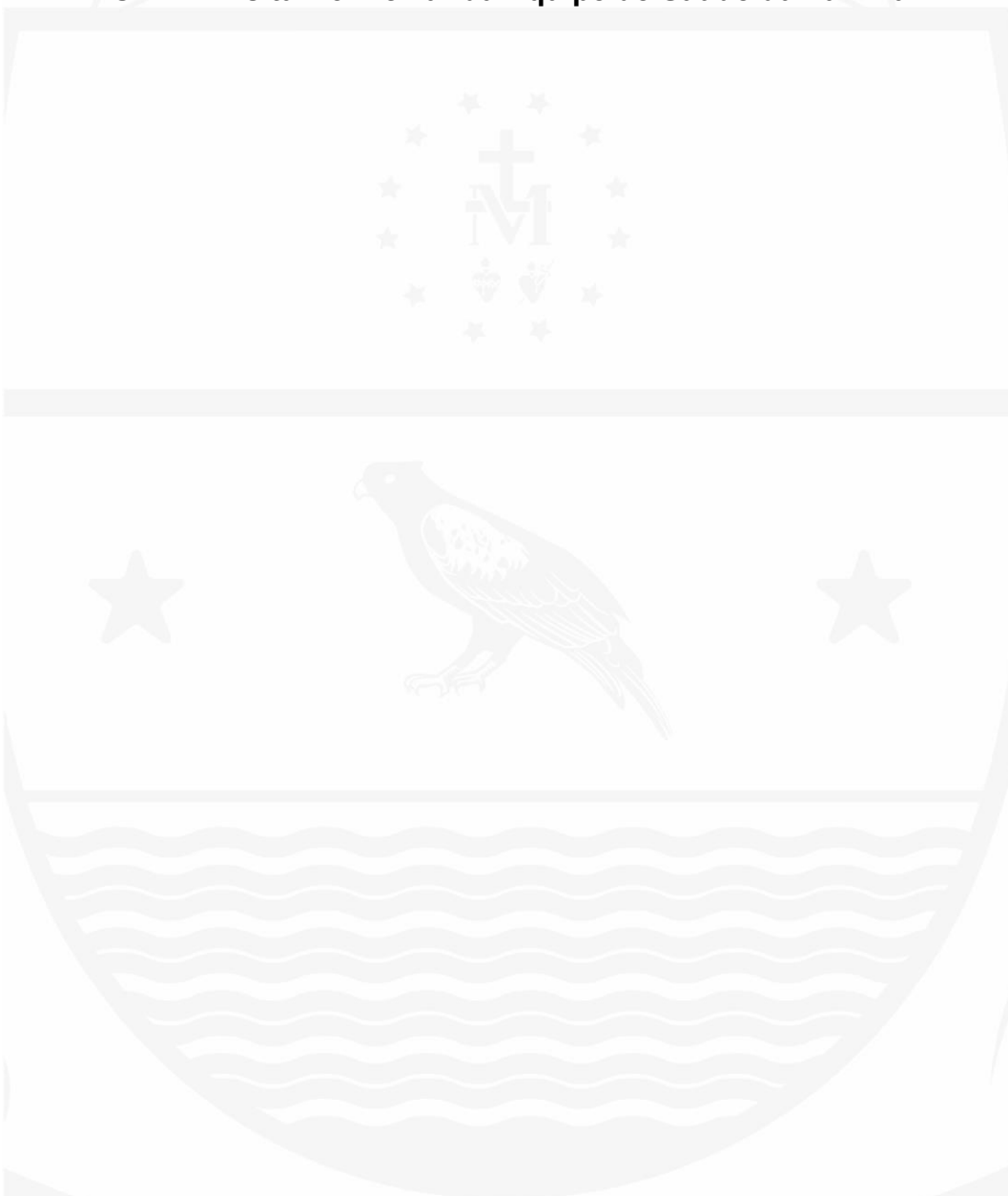
POP 40: Inserção do Implante Subdérmico de Etonogestrel - Implanon®

POP 41: Exame de Espirometria por telediagnóstico

POP 42: Puericultura – Atenção Primária em Saúde

POP 43: Notificações de doenças e agravos de notificação compulsória

POP 44: Visita Domiciliar da Equipe de Saúde da Família



1º-11-1961

PIÊN



1-Introdução

A Atenção Básica no município de Piên-PR é uma importante “porta de entrada” dos usuários nos sistemas de saúde. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. Com a expansão da rede de Atenção Primária no Município verificou-se a necessidade de qualificar os processos de trabalho da rede, a fim de garantir a padronização de atendimento. O Procedimento Operacional Padrão (POP) que é um documento que estabelece o modo como uma atividade deve ser realizada, sendo fundamental para garantir a qualidade e a segurança do trabalho a ser executado.

A Atenção Básica, como porta de entrada e ordenadora do cuidado, é o eixo prioritário de reorientação do modelo assistencial. O POP, ao padronizar o fluxo, garante que o usuário receba a atenção completa (integralidade) e contínua ao longo do tempo (longitudinalidade), evitando lacunas no cuidado.

A expansão da rede exige que o aumento da quantidade seja acompanhado pela qualidade, sendo uma ferramenta de gestão que visa otimizar o processo de trabalho para que a AB seja capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde (alta resolubilidade) e encaminhar adequadamente os casos mais complexos (referência qualificada), além de formalizar as melhores práticas baseadas em evidências. Isso reduz a variabilidade dos procedimentos (ex: aferição de pressão, administração de medicamentos, acolhimento) e minimiza a ocorrência de erros ou eventos adversos, que impactam diretamente a segurança do usuário.

O documento estabelece o "quem faz, o que faz, quando faz, como faz e com o que faz". Isso é crucial em equipes multiprofissionais, pois:

Uniformiza a Conduta: Garante que todos os profissionais da rede (UBSs) realizem o mesmo procedimento de maneira idêntica.

Facilita o Treinamento: Serve como instrumento de educação permanente e rápida adaptação para novos profissionais, assegurando que o padrão de atendimento seja mantido, mesmo com a rotatividade.

Ao seguir um POP validado pela gestão municipal, o profissional de saúde possui um respaldo formal sobre a forma correta e segura de executar suas atribuições, cumprindo



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE


Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291

preceitos técnicos, éticos e legais (especialmente importante para a Enfermagem e outras categorias). Um processo padronizado é, geralmente, um processo mais eficiente, também contribui para o uso racional de insumos e tempo, otimizando os recursos disponíveis na saúde pública.





 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 01: Fluxo de Atendimento na Unidade de Saúde	Elaborado: Enf ^a Suzane Cristofolini de Oliveira Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Fluxo de Atendimento na Unidade de Saúde

Executante: Todos os profissionais da equipe multiprofissional da unidade.

OBJETIVO

Padronizar o fluxo de atendimento dos pacientes na Unidade de Saúde, garantindo organização, acolhimento humanizado e qualidade da assistência.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Esfigmomanômetro (analógico ou digital) calibrado
Estetoscópio
Termômetro (digital ou infravermelho)
Oxímetro de pulso ou dedo
Glicosímetro
Relógio com ponteiro de segundos ou cronômetro
Álcool 70% e algodão ou gaze para higienização dos materiais

RESPONSABILIDADES

Gestor da Unidade, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde, equipe administrativa e demais colaboradores.

ETAPAS DO FLUXO DE ATENDIMENTO

Recepção / Acolhimento

Receber o paciente de forma humanizada.
Confirmar dados de identificação.
Orientar sobre o fluxo e encaminhar para a classificação/acolhimento de enfermagem.

Classificação de Risco / Acolhimento de Enfermagem

Realizar escuta inicial.
Aferir sinais vitais e registrar queixas principais no prontuário eletrônico Olostech.
Definir prioridade de atendimento conforme protocolos.
Encaminhar para:
Consulta médica e/*ou enfermagem,
Sala de procedimentos,
Sala de vacinação,
Observação,
Encaminhamento para outro serviço (quando necessário).



Atendimento Multiprofissional

Consultas médicas e de enfermagem: avaliação clínica, solicitação de exames, prescrição e orientações.

Atendimento odontológico: consultas eletivas e de urgência.

Atendimentos de outros profissionais (psicologia, nutrição, fisioterapia etc.): conforme agenda e necessidade do paciente.

Procedimentos e Serviços de Apoio

Administração de medicamentos.
Coleta de exames laboratoriais ou swab.
Curativos, inalações, nebulizações.
Testes Rápidos.
Vacinação.
Orientações de enfermagem.

Encaminhamentos

Orientar o paciente sobre o agendamento, local e data de atendimento quando for atendimento sequencial na unidade de saúde.
Quando necessário, encaminhar para serviços especializados via setor de agendamento da secretaria de saúde, ou casos de Urgência e emergência encaminhar ao Hospital Santa Casa de Piên com carta de referência e se possível contato telefônico.

Registro

Garantir que todos os atendimentos sejam registrados no prontuário eletrônico.
Notificar agravos e doenças de notificação compulsória conforme protocolos do Ministério da Saúde, essas notificações devem ser encaminhadas previamente ao setor de vigilância da secretaria de saúde; (VER POP DE NOTIFICAÇÕES)

Saída do Paciente


Fornecer orientações finais, cuidados domiciliares ou retorno agendado.
Reforçar a importância da continuidade do cuidado e do vínculo com a equipe da unidade.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Todos os atendimentos devem seguir princípios de **acolhimento, equidade e integralidade**. Situações de urgência/emergência devem ter fluxo diferenciado, garantindo prioridade imediata. A comunicação entre setores deve ser contínua e clara para evitar retrabalho e garantir segurança do paciente.


REFERÊNCIAS: Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização.
Protocolos de Enfermagem da Atenção Primária.
Diretrizes da Atenção Básica (PNAB).



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 02: Acolhimento de Pacientes na Unidade de Saúde	Elaborado: Enf ^o Suzane Cristofolini de Oliveira Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Acolhimento Recepção	Executante: Equipe de Enfermagem e
OBJETIVO Garantir um atendimento humanizado, organizado e resolutivo aos usuários da Unidade de Saúde. Qualificar o fluxo de entrada, identificando necessidades imediatas e direcionando para o serviço adequado.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Prontuário eletrônico/físico do paciente. Fichas de classificação de risco (quando utilizadas). Planilhas de acompanhamento de atendimentos.	
RESPONSABILIDADES Recepção: Realizar primeiro contato, cadastro/atualização de dados e encaminhar ao acolhimento. Enfermagem: Conduzir triagem, escuta e avaliação de sinais vitais. Profissional de referência (médico/enfermeiro/odontólogo/psicólogo): Realizar consulta e dar continuidade ao cuidado. Coordenação da Unidade: Garantir que a equipe esteja treinada e os fluxos organizados.	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO Recepção / Primeiro Contato: Cumprimentar paciente, solicitar documentos, atualizar cadastro, identificar motivo da procura e direcionar ao acolhimento de enfermagem. Acolhimento de Enfermagem: Escuta, identificação de urgência/emergência, sinais vitais, glicemia capilar se indicado, classificação de risco, encaminhamentos. Registro: Registrar informações no prontuário eletrônico, garantindo rastreabilidade do atendimento.	
ORIENTAÇÕES GERAIS Manter postura ética, sigilosa e respeitosa. Priorizar grupos vulneráveis (gestantes, idosos, crianças, pessoas com deficiência). Garantir acessibilidade e inclusão. Em casos graves, acionar imediatamente o médico/enfermeiro de plantão.	
REFERÊNCIAS Ministério da Saúde. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária. ANVISA. Manual de Segurança do Paciente.	



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 03: Abordagem da Demanda Espontânea	Elaborado: Enf ^o Joene Alves Santos Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2026	Fonte: Manuais Ministério da Saúde

Atividade: Abordagem da Demanda Espontânea
profissionais da APS (enfermagem)

Executante: Todos os

CONCEITO: A abordagem à demanda espontânea refere-se ao atendimento de usuários que procuram o serviço de saúde por iniciativa própria, sem agendamento prévio, geralmente motivados por sintomas agudos, dúvidas, necessidades imediatas dos usuários ou situações de vulnerabilidade. Essa abordagem deve ser humanizada e integral, baseada na escuta qualificada, acolhimento e respeito à singularidade de cada pessoa, considerando não apenas o sintoma, mas o contexto social, emocional e familiar evitando julgamentos e burocratizações excessivas; buscando atender as necessidades apresentadas com efetividade, promovendo o acesso equitativo e oportuno ao cuidado, garantindo o fluxo adequado para evitar agravamentos de condições de saúde. **A forma como essa demanda é acolhida nas unidades básicas de saúde (UBS) impacta diretamente na qualidade do serviço, na satisfação do usuário e na efetividade do cuidado.**

RECURSOS NECESSÁRIOS: Todos os profissionais da equipe multiprofissional das Unidades de Saúde, especialmente os funcionários da recepção, enfermagem, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, serviços gerais devidamente capacitados.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO/TÉCNICA:

- 1. Recepção:** 1.1 Cumprimentar o usuário com cordialidade. 1.2. Identificar o paciente e se o caso, é urgência ou emergência. 1.3. Registrar os dados básicos no sistema Olostech(enfermagem). 1.4. Orientar o usuário a aguardar ser chamado pelo seu nome para o atendimento do setor de triagem.
- 2. Triagem:** 2.1 Realizar aferição dos sinais vitais: pressão arterial, glicemia capilar, frequência cardíaca, saturação de oxigênio. 2.2 Realizar as medidas antropométricas como peso e altura. Em casos de hipertensos e diabéticos, medição da circunferência abdominal; em casos de crianças, de 0 até 2 anos, que são acompanhadas na puericultura, medir a circunferência cefálica, abdominal e torácica. 2.3 Registrar no prontuário eletrônico do paciente, os dados mensurados, conferindo se as informações estão preenchidas corretamente. Se os dados vitais estão alterados, existe um campo no olostech que identifica a condição do paciente e a enfermeira da unidade é informada para a melhor conduta.
- 3. Encaminhamento:** 3.1 direcionar o paciente para o atendimento, conforme a ordem de chegada ou condição de saúde e dados vitais alterados.
- 4. Atendimento Médico ou multiprofissional:** 4.1 O profissional médico, chama o



paciente pelo nome, na entrada do consultório e o convida para entrar. 4.2 Escuta qualificada e eficiente, através das queixas do paciente. 4.3 Atendimento clínico e definição das condutas 4.4 Encaminhamentos para outros serviços, quando necessário, solicitação de exames laboratoriais, de imagem e etc. e prescrição de medicamentos. 4.5 Registrar o atendimento completo no prontuário. 4.6 Orientar a retornar na recepção, para agendamentos de retorno e informações sobre marcação de exames e consultas, e outras informações.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Ministério da Saúde (Brasil). Acolhimento à demanda espontânea- Cadernos de Atenção Básica, n28, v.I. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 Disponível em: gov.br/saude-Caderno28

Nunes, Laís Andrade. Articulação entre demanda espontânea e programada na saúde da família: uma proposta de reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família)-Universidade Federal de Juiz de Fora, 2024. Disponível em : Repositorio UFJF

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica nº 28 – Acolhimento nas práticas de produção de saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2014.


BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do Acolhimento com Classificação de Risco.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica nº 39 – Guia Prático do Profissional da Atenção Básica.* Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Planifica SUS: Manual de Implantação da Planificação da Atenção à Saúde.* Brasília: CONASS, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).* Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 04: Triagem	Elaborado: Enf ^o Suzane Cristofolini de Oliveira Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 16/09/2024	Data de vigência: 16/09/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Aferição dos dados vitais Enfermagem	Executante: Equipe de
OBJETIVO Estabelecer o procedimento padronizado para aferição de sinais vitais, garantindo qualidade, segurança e confiabilidade nos registros.	
MATERIAIS NECESSÁRIOS Esfigmomanômetro (analógico ou digital) calibrado Estetoscópio Termômetro (digital ou infravermelho) Oxímetro de pulso ou dedo Glicosímetro Relógio com ponteiro de segundos ou cronômetro Álcool 70% e algodão ou gaze para higienização dos materiais	
RESPONSABILIDADES Aplicável a todos os profissionais de saúde habilitados da unidade.	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO Higienizar as mãos antes do contato com o paciente. Chamar o paciente pelo nome. Confirmar no mínimo dois identificadores do paciente (ex: nome completo e data de nascimento) Explicar o procedimento ao paciente para tranquilizá-lo. Aferição da Temperatura: Colocar o termômetro em via axilar e aguardar o tempo indicado. Aferição da Frequência Cardíaca (pulso): Oxímetro ou palpar artéria radial por 60 segundos. Observar ritmo e amplitude. Aferição da Frequência Respiratória: Contar movimentos respiratórios por 60 segundos, sem que o paciente perceba. Aferição da Pressão Arterial: Colocar manguito adequado 2 a 3 cm acima da fossa cubital. Insuflar e realizar a medida conforme técnica. Aferição da Saturação (SpO ₂): Posicionar o oxímetro no dedo indicador, médio ou anelar. . Avaliação da Dor (quando necessário) perguntar ao paciente intensidade da dor em escala de 0 a 10 (ou utilizar escala apropriada). . Registrar todos os valores em prontuário eletrônico ou físico. . Comunicar imediatamente ao enfermeiro e/ou médico valores críticos ou alterações	



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291

significativas.

. Higienizar os materiais e realizar novamente a higiene das mãos.

VALORES DE REFERÊNCIA

Temperatura: 36,0 – 37,4 °C

FC: 60 – 100 bpm

FR: 12 – 20 irpm

PA: até 120/80 mmHg (considerando variações)


SpO₂: ≥ 95%

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária.

ANVISA. Manual de Segurança do Paciente.



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 05: Triagem Neonatal Teste do Pezinho	Elaborado: Enfº Joene Alves Santos Revisado e aprovado: Enfº Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde

Atividade: TRIAGEM NEONATAL	Executante: Profissionais de Saúde
CONCEITO: Segundo a Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE) , a triagem neonatal no Paraná é realizada como parte do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) , com abrangência estadual e estrutura consolidada. Atua em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SESA/PR), Hospital Pequeno Príncipe, Hospital de Clínicas e HEMEPAR. A triagem inclui as seguintes patologias: <ul style="list-style-type: none">• Hipotireoidismo Congênito• Fenilcetonúria• Fibrose Cística• Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias• Hiperplasia Adrenal Congênita• Deficiência de Biotinidase O teste do pezinho é um exame laboratorial de triagem neonatal realizado a partir de gotas de sangue coletadas do calcanhar do recém-nascido. Seu objetivo é detectar precocemente doenças genéticas, metabólicas e infecciosas que podem comprometer o desenvolvimento da criança, permitindo tratamento imediato e eficaz.	
RECURSOS NECESSÁRIOS: Ficha de identificação do recém-nascido (registro de nascimento) Papel filtro específico para triagem neonatal Lanceta estéril específica para o procedimento Luvas de procedimento Álcool 70% Algodão Recipiente para descarte de materiais perfurocortantes Envelope para envio da amostra Torre Caneta esferográfica (para preenchimento da ficha)	
INDICAÇÃO DO TESTE DO PEZINHO: As indicações do Teste do Pezinho, segundo a Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE), estão diretamente relacionadas à triagem neonatal para o diagnóstico precoce de doenças que podem comprometer gravemente a saúde e o desenvolvimento do recém-nascido. O exame é indicado para todos os bebês, sendo obrigatório e gratuito pelo Sistema Único de	



Saúde (SUS). O teste é indicado para detectar precocemente doenças **genéticas, metabólicas, enzimáticas e endocrinológicas**, que podem causar **deficiência intelectual, problemas neurológicos, crises metabólicas ou até óbito** se não tratadas a tempo. Deve ser realizado em **todos os recém-nascidos**, preferencialmente entre o **3º e o 5º dia de vida**, ainda na maternidade. No Paraná, essa coleta precoce é uma prática consolidada.

Doenças Triadas pela FEPE A FEPE realiza a triagem para as seguintes doenças:

- **Fenilcetonúria**
- **Hipotireoidismo Congênito**
- **Fibrose Cística**
- **Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias**
- **Hiperplasia Adrenal Congênita**
- **Deficiência de Biotinidase**
- **Toxoplasmose Congênita** (em alguns casos)
- **Distúrbios da oxidação de ácidos graxos** (em estudo piloto no Paraná)

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO/TÉCNICA:

Passo a Passo do Teste do Pezinho – FEPE

Preenchimento das informações da mãe e do bebê do formulário específico, confirmando todos os dados com atenção e destreza, se atentando a dados corretos nos documentos de registro de cada um.

Momento da coleta

A coleta deve ser feita **preferencialmente na alta hospitalar**, mesmo que o bebê tenha menos de 48 horas de vida.

Se não houver amamentação ou alta precoce, os pais devem ser orientados a retornar à unidade de saúde em até **7 dias** para nova coleta.

Materiais Utilizados

Lanceta estéril e descartável
Papel filtro específico para triagem neonatal
Álcool 70%
Gaze ou algodão estéril
Envelope para envio do exame

Local da Coleta

O sangue é coletado do **calcanhar do recém-nascido**, região lateral plantar.

Não se deve usar agulha comum ou seringa, mesmo que descartáveis.

Técnica de Coleta

Higienizar as mãos e preparar os materiais.
Aquecer o pé do bebê (com água morna ou fricção suave).
Realizar a punção com a lanceta estéril.
Desprezar a primeira gota de sangue.
Coletar as gotas seguintes diretamente no papel filtro, **sem encostar na pele**.
Verificar se o sangue atravessou o papel (deve estar visível no verso).



Deixar o papel secar horizontalmente por pelo menos **2 horas**, em local ventilado e protegido da luz.

Encaminhamento

Após a secagem, o cartão é colocado em envelope e enviado à FEPE via Correios.

A fundação realiza a análise e, se necessário, convoca os responsáveis para exames complementares.

Complementação Diagnóstica Em caso de resultado alterado, o bebê é convocado para exames confirmatórios, como o **Teste do Suor** (para Fibrose Cística), e inicia-se o tratamento com acompanhamento especializado.

Acompanhamento e Tratamento O diagnóstico precoce permite que o bebê receba **medicação, fórmulas especiais e acompanhamento multidisciplinar**, evitando sequelas irreversíveis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

FUNDAÇÃO ECUMÊNICA DE PROTEÇÃO AO EXCEPCIONAL – FEPE.

Teste do Pezinho PR. Curitiba: FEPE, 2025. Disponível em: <https://www.fepe.org.br/teste-do-pezinho/>. Acesso em: 05 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal. 2. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.


MARTON DA SILVA, M. B. G.; DOMINGOS, M. T.; WITTIG, E. O. Manual de Normas Técnicas para a Coleta de Sangue no Teste do Pezinho. Programa desenvolvido e executado pela Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional para a Secretaria de Estado da Saúde e Ministério da Saúde. Florianópolis: FEPE, 2004.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNESTO DE SÃO THIAGO – UFSC. Procedimento Operacional Padrão – Teste do Pezinho. Florianópolis: HU/UFSC, 2015.

Disponível

em: http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/NEONATOLOGIA/Te ste_Pezinho.pdf. Acesso em: 05 out. 2025.



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 06: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL OU SUBLINGUAL	Elaborado: Enf ^o Adriana Nery Eugenio Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL OU SUBLINGUAL

Executante: Enfermeiros, Auxiliares/técnicos de enfermagem e médicos.

OBJETIVO: Padronizar a técnica de administração de medicamentos via oral e sublingual em pacientes atendidos na UBS, garantindo **segurança, eficácia terapêutica, redução de erros de medicação e promoção do cuidado humanizado.**

INDICAÇÃO: Administração de medicamentos prescritos por via oral (comprimidos, cápsulas, soluções) ou sublingual (dissolução rápida sob a língua).
Uso em adultos, crianças e idosos, conforme avaliação clínica.

RESPONSÁVEIS:

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem capacitados.
Profissional com conhecimento sobre fármacos, doses, interações e alergias.

Materiais necessários:

Prescrição médica ou ficha de medicamento atualizada
Comprimidos, cápsulas, líquidos ou solução sublingual
Copo medidor ou seringa oral (para líquidos)
Luvas de procedimento (quando necessário)
Água potável (para via oral)

Medicamentos:

Dispensar medicação conforme prescrição no sistema e receituário impresso e assinado pelo médico - (caso a Unidade de saúde tenha farmácia, encaminhar paciente para retirar medicações na farmácia).

Prescrição do procedimento/Técnica:

1)PREPARO

1.1) Conferir **prescrição médica**, verificando: paciente, medicamento, dose, via, horário e validade.

1.2) Higienizar as mãos seguindo técnica adequada.

1.3) Preparar o medicamento de acordo com a forma farmacêutica:

1.4) Comprimidos/cápsulas: colocar em um recipiente limpo.

1.5) Líquidos: medir dose exata com seringa ou copo medidor.

1.6) Identificar o paciente (nome completo e cartão SUS/prontuário).

1.7)Avaliar **condições do paciente**: capacidade de deglutição, restrições alimentares, alergias, Sonda nasogástrica.

2) ADMINISTRAÇÃO VIA ORAL:

2.1) Posicionar o paciente sentado ou semi-sentado (45° a 90°) para reduzir risco de aspiração.

2.2) Explicar o procedimento e obter colaboração do paciente.

2.3) Oferecer medicamento conforme prescrição, com água se necessário.



- 2.4) Observar a ingestão completa, certificando-se de que o paciente engoliu o medicamento.
2.5) Para líquidos, administrar lentamente e evitar engasgos.

3) **Administração via Sublingual**

- 3.1) Posicionar o paciente sentado ou semi-sentado.
3.2) Colocar o medicamento **sob a língua**, sem que seja mastigado ou engolido.
3.3) Orientar o paciente a não ingerir água nem engolir imediatamente, permitindo absorção rápida pela mucosa sublingual.
3.4) Observar paciente durante o tempo de dissolução (geralmente 1–5 minutos, conforme medicamento)

4) **Pós-Administração**

- 4.1) Registrar em prontuário/ficha de administração: paciente, medicamento, dose, via, hora, profissional e observações.
4.2) Higienizar as mãos.
4.3) Monitorar efeitos adversos imediatos (náuseas, reações alérgicas, tontura).
4.4) Orientar o paciente sobre possíveis efeitos e cuidados após administração.

REPOSIÇÃO DE MATERIAIS:

1. Repor imediatamente material utilizado;
2. Repor materiais que estão em desacordo com a quantidade, integridade e validade;
3. Solicitar o ressuprimento, via sistema, para os materiais que estão com prazo de validade para vencer.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Conferir **três checagens** antes da administração: paciente, medicamento e dose.
Evitar administração de medicamentos vencidos ou com alterações físicas (comprimidos quebrados, líquidos turvos).
Manter atenção especial em pacientes com dificuldade de deglutição, idosos, crianças e pacientes com doenças neurológicas.
Em caso de suspeita de reação adversa, comunicar imediatamente ao enfermeiro e registrar.


REGISTRO

Registrar todas as administrações no prontuário eletrônico.
Anotar intercorrências, recusa do paciente ou alterações observadas.

7. Referências

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Boas práticas de manipulação de medicamentos em serviços de saúde*. Brasília: ANVISA, 2013. Acessado em 02-10-2025
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica – Administração de Medicamentos e Protocolos de Enfermagem*. Brasília: MS, 2018. Acessado em 02-10-2025
3. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução COFEN nº 564/2017 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*. Brasília: COFEN, 2017. Acessado em 02-10-2025
4. PERRY, A. G.; POTTER, P. A. *Fundamentos de Enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020. Acessado em 02-10-2025
5. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Acessado em 02-10-2025



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 07: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR	Elaborado: Enf ^o Adriana Nery Eugenio Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR

Executante: Enfermeiros, Auxiliares/técnicos de enfermagem.

DEFINIÇÃO: A administração intramuscular (IM) é a via de administração de medicamentos diretamente no tecido muscular, permitindo absorção relativamente rápida devido à vascularização do músculo. É indicada para fármacos que não podem ser administrados por via oral ou que requerem absorção mais rápida que a subcutânea.

OBJETIVO: Padronizar a técnica de administração de medicamentos via intramuscular em pacientes atendidos na UBS, garantindo **segurança, eficácia terapêutica, redução de erros de medicação e promoção do cuidado humanizado.**

INDICAÇÃO: Administração de medicamentos prescritos por via intramuscular.
Uso em adultos, crianças e idosos, conforme avaliação clínica.

RESPONSÁVEIS: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem capacitados.
Profissional com conhecimento sobre fármacos, doses, interações e alergias.

Materiais necessários:

Medicamento prescrito
Seringa adequada (geralmente 2 a 5 mL, conforme volume do medicamento)
Aguilha IM (geralmente 24g a 21g, dependendo do paciente e local de aplicação)
Álcool 70% ou antisséptico recomendado
Algodão ou gaze estéril
Lixeira para descarte de material perfurocortante
Recipiente para material contaminado
Recipiente para descarte de invólucros
Prontuário

Medicamentos: Dispensar medicação conforme prescrição no sistema (caso a Unidade de saúde tenha farmácia, encaminhar paciente).

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Prescrição médica válida
Pele íntegra no local de aplicação
Ausência de contraindicações à via intramuscular



Descrição do procedimento/Técnica:

1) PREPARO

1.1) Conferir **prescrição médica**, verificando: paciente, medicamento, dose, via, horário e validade.

1.2) Higienizar as mãos seguindo técnica adequada.

1.3) Preparar o medicamento de acordo com a forma farmacêutica:

1.4) Identificar o paciente (nome completo e cartão SUS/prontuário).

1.7) Avaliar condições do paciente

2) Preparar o medicamento de acordo com as normas (reconstituir, se necessário).

3) Escolher o local de aplicação (mais comuns: deltoide, glúteo, vasto lateral da coxa).

4) Limpar a pele com álcool 70%, em movimentos circulares do centro para a periferia, e deixar secar.

5) Posicionar o paciente de forma confortável.

6) Fazer a prega e inserir a agulha em ângulo de 90° em relação à pele, com firmeza, de forma rápida.

7) Aspirar lentamente.

8) Injetar o medicamento lentamente.

9) Retirar a agulha e aplicar leve pressão com algodão/gaze sem massagear excessivamente (exceto se prescrito).

10) Descarte imediato de agulha e seringa em recipiente apropriado

11) Pós-Administração

11.1) Registrar em prontuário/ficha de administração: paciente, medicamento, dose, via, hora, profissional e observações.

11.2) Higienizar as mãos.

11.3) Monitorar efeitos adversos imediatos (**Observar o paciente** para sinais de reação local ou sistêmica)

11.4) Orientar o paciente sobre possíveis efeitos e cuidados após administração.

REPOSIÇÃO DE MATERIAIS:

1. Repor imediatamente material utilizado;

2. Repor materiais que estão em desacordo com a quantidade, integridade e validade;

3. Solicitar o ressurgimento, via sistema, para os materiais que estão com prazo de validade para vencer.

RIENTAÇÕES GERAIS

Conferir **três checagens** antes da administração: paciente, medicamento e dose.

Evitar administração de medicamentos vencidos ou com alterações físicas.

Verificar alergias e histórico de reações adversas

Não reutilizar seringas ou agulhas

Evitar áreas com alterações de pele

Em caso de suspeita de reação adversa, comunicar imediatamente ao enfermeiro e registrar.

REGISTRO

Registrar todas as administrações no prontuário eletrônico.

Anotar intercorrências, recusa do paciente ou alterações observadas.



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000


(41) 3632-1291

7. Referências

1. Santos, M. M. et al. Administração de medicamentos: vias de administração, técnica e complicações. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020; 73(Suppl 1): e20190265. Acessado em 02-10-2025
2. Potter, P. A., & Perry, A. G. *Fundamentos de Enfermagem*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. Acessado em 02-10-2025
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Procedimentos de Enfermagem na Atenção Básica*. Brasília: MS, 2019. Acessado em 02-10-2025

PIÊN



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 08: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ENDOVENOSA	Elaborado: Enf ^o Adriana Nery Eugenio Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2026	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA

Executante: Enfermeiros, Auxiliares/técnicos de enfermagem.

DEFINIÇÃO: A administração endovenosa consiste na aplicação de medicamentos diretamente na corrente sanguínea através de uma veia, permitindo efeito rápido e controle preciso da dose. É indicada para fármacos que exigem ação imediata, para pacientes com dificuldade de via oral ou quando se deseja dose exata e efeito sistemático.

OBJETIVO: Padronizar a técnica de administração de medicamentos via endovenosa em pacientes atendidos na UBS, garantindo **segurança, eficácia terapêutica, redução de erros de medicação e promoção do cuidado humanizado.**

INDICAÇÃO: Administração de medicamentos prescritos por via endovenosa. Uso em adultos, crianças e idosos.

RESPONSÁVEIS: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem capacitados. Profissional com conhecimento sobre fármacos, doses, interações e alergias.

Materiais necessários:

Medicamento prescrito
Seringa e agulha ou equipo de infusão conforme tipo de medicamento
Antisséptico (álcool 70% ou clorexidina)
Luvas descartáveis
Garrote
Gaze/ algodão
Espadrado ou fita adesiva para fixação
Bolsa ou frasco do medicamento, se necessário
Soro fisiológico para lavagem, se indicado
Lixeira para descarte de material perfurocortante
Recipiente para material contaminado
Recipiente para descarte de invólucros
Prontuário

Medicamentos: Dispensar medicação conforme prescrição no sistema (caso a Unidade de saúde tenha farmácia, encaminhar paciente).



CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Prescrição médica válida

Pele íntegra no local de aplicação

Ausência de contraindicações à via endovenosa

Descrição do procedimento/Técnica:

1) Conferir prescrição: medicamento, dose, diluição, tempo de infusão e via EV.

2) Verificar alergias e histórico de reações adversas.

3) Avaliar estado das veias (ausência de infecção, edema ou hematoma).

4) Explicar o procedimento ao paciente e obter cooperação.

5) Higienizar as mãos e colocar luvas.

6) Preparar o medicamento conforme protocolo (diluição e compatibilidade).

7) Escolher veia adequada e preparar o local com antisséptico, do centro para a periferia.

8) Selecionar a veia a ser puncionada e garrotear o membro;

8.1) Realizar antisepsia do local escolhido, com algodão e álcool a 70%;

9) Posicionar seringa com o bisel da agulha voltado para cima e proceder a punção venosa;

9.1) Soltar o garrote;

9.2) Administrar a medicação, observando o retorno venoso.

9.3) Observar o paciente durante a infusão para sinais de reação adversa.

9.4) Lavar o cateter com solução indicada (ex.: soro fisiológico) quando necessário.

10) Descartar materiais perfurocortantes em recipiente apropriado.

11) Pós-Administração

11.1) Registrar em prontuário/ficha de administração: paciente, medicamento, dose, via, hora, profissional e observações.

11.2) Higienizar as mãos.

11.3) Monitorar efeitos adversos imediatos (**Observar o paciente** para sinais de reação local ou sistêmica).

11.4) Orientar o paciente sobre possíveis efeitos e cuidados após administração.

REPOSIÇÃO DE MATERIAIS:

1. Repor imediatamente material utilizado;

2. Repor materiais que estão em desacordo com a quantidade, integridade e validade;

3. Solicitar o ressurgimento, via sistema, para os materiais que estão com prazo de validade para vencer.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Conferir **três checagens** antes da administração: paciente, medicamento e dose.

Evitar administração de medicamentos vencidos ou com alterações físicas.

Verificar alergias e histórico de reações adversas

Não reutilizar seringas ou agulhas

Evitar áreas com alterações de pele

Em caso de suspeita de reação adversa, comunicar imediatamente ao enfermeiro e registrar.

REGISTRO

Registrar todas as administrações no prontuário eletrônico.

Anotar intercorrências, recusa do paciente ou alterações observadas.

7. Referências



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE


Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291

1. Santos, M. M. et al. Administração de medicamentos: vias de administração, técnica e complicações. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020; 73(Suppl 1): e20190265. Acessado em 02-10-2025
2. Potter, P. A., & Perry, A. G. *Fundamentos de Enfermagem*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. Acessado em 02-10-2025
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Procedimentos de Enfermagem na Atenção Básica*. Brasília: MS, 2019. Acessado em 02-10-2025

PIÊN



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 09: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA	Elaborado: Enf ^o Adriana Nery Eugenio Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 02/10/2025	Data de vigência: 02/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA

Executante: Enfermeiros, Auxiliares/técnicos de enfermagem e médicos.

DEFINIÇÃO: A via subcutânea é aquela em que o medicamento é aplicado no tecido adiposo subcutâneo, abaixo da derme e acima do músculo, proporcionando absorção lenta e contínua do fármaco.

OBJETIVO: Padronizar a técnica de administração de medicamentos via subcutânea em pacientes atendidos na UBS, garantindo **segurança, eficácia terapêutica, redução de erros de medicação e promoção do cuidado humanizado**.

INDICAÇÃO: Administração de medicamentos prescritos por via subcutânea. Uso em adultos, crianças e idosos, conforme avaliação clínica.

RESPONSÁVEIS:

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem capacitados. Profissional com conhecimento sobre fármacos, doses, interações e alergias.

Materiais necessários:

Álcool 70% ou antisséptico recomendado
Seringa e agulha adequadas (25–30G, 4–8 mm)
Medicamento prescrito
Gaze ou algodão
Recipiente para descarte de materiais perfurocortantes
Recipiente para descarte da gaze ou algodão.
Recipiente para descarte de invólucros
Prontuário

Medicamentos:

Dispensar medicação conforme prescrição no sistema (caso a Unidade de saúde tenha farmácia, encaminhar paciente).



Descrição do procedimento/Técnica:

1) PREPARO

- 1.1) Conferir **prescrição médica**, verificando: paciente, medicamento, dose, via, horário e validade.
- 1.2) Higienizar as mãos seguindo técnica adequada.
- 1.3) Preparar o medicamento de acordo com a forma farmacêutica:
- 1.4) Comprimidos/cápsulas: colocar em um recipiente limpo.
- 1.5) Líquidos: medir dose exata com seringa ou copo medidor.
- 1.6) Identificar o paciente (nome completo e cartão SUS/prontuário).
- 1.7) Avaliar **condições do paciente**: capacidade de deglutição, restrições alimentares, alergias, Sonda nasogástrica.

2) ADMINISTRAÇÃO VIA ORAL:

- 2.1) Posicionar o paciente sentado ou semi-sentado (45° a 90°) para reduzir risco de aspiração.
- 2.2) Explicar o procedimento e obter colaboração do paciente.
- 2.3) Oferecer medicamento conforme prescrição, com água se necessário.
- 2.4) Observar a ingestão completa, certificando-se de que o paciente engoliu o medicamento.
- 2.5) Para líquidos, administrar lentamente e evitar engasgos.

3) Administração via sublingual

- 3.1) Posicionar o paciente sentado ou semi-sentado.
- 3.2) Colocar o medicamento **sob a língua**, sem que seja mastigado ou engolido.
- 3.3) Orientar o paciente a não ingerir água nem engolir imediatamente, permitindo absorção rápida pela mucosa sublingual.
- 3.4) Observar paciente durante o tempo de dissolução (geralmente 1–5 minutos, conforme medicamento)

4) Pós-Administração

- 4.1) Registrar em prontuário/ficha de administração: paciente, medicamento, dose, via, hora, profissional e observações.
- 4.2) Higienizar as mãos.
- 4.3) Monitorar efeitos adversos imediatos (náuseas, reações alérgicas, tontura).
- 4.4) Orientar o paciente sobre possíveis efeitos e cuidados após administração.

REPOSIÇÃO DE MATERIAIS: 1. Repor imediatamente material utilizado;

2. Repor materiais que estão em desacordo com a quantidade, integridade e validade;

3. Solicitar o ressuprimento, via sistema, para os materiais que estão com prazo de validade para vencer.

RIENTAÇÕES GERAIS

Conferir **três checagens** antes da administração: paciente, medicamento e dose.

Evitar administração de medicamentos vencidos ou com alterações físicas (comprimidos quebrados, líquidos turvos).

Manter atenção especial em pacientes com dificuldade de deglutição, idosos, crianças e pacientes com doenças neurológicas.

Em caso de suspeita de reação adversa, comunicar imediatamente ao enfermeiro e registrar.

REGISTRO

Registrar todas as administrações no prontuário eletrônico.

Anotar intercorrências, recusa do paciente ou alterações observadas.



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000


(41) 3632-1291

7. Referências

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Boas práticas de manipulação de medicamentos em serviços de saúde*. Brasília: ANVISA, 2013. Acessado em 02-10-2025
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica – Administração de Medicamentos e Protocolos de Enfermagem*. Brasília: MS, 2018. Acessado em 02-10-2025
3. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução COFEN nº 564/2017 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*. Brasília: COFEN, 2017. Acessado em 02-10-2025
4. PERRY, A. G.; POTTER, P. A. *Fundamentos de Enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020. Acessado em 02-10-2025
5. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Acessado em 02-10-2025

PIÊN



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 10: Aspiração de Vias Aéreas	Elaborado: Enf ^o Adriana Nery Eugenio Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Aspiração de Vias Aéreas	Executante: Enfermeiros
CONCEITO: É uma técnica para a remoção de secreções respiratórias e manutenção da ventilação e oxigenação em usuários com dificuldade para expelir secreções voluntariamente.	
Materiais necessários: EPI's; sonda de aspiração calibrada de tamanho adequado ao paciente; luvas de procedimento; luvas estéreis; máscara, óculos de proteção, avental descartável; solução fisiológica 0,9% ou água destilada; extensão de látex; fonte de vácuo / sistema de aspiração; equipamento de oxigenoterapia.	
Descrição do procedimento/Técnica: Acolhida do paciente e escuta inicial. Explicar o procedimento para o paciente / acompanhante, solicitar sua permissão, bem como informar a importância da sua colaboração. Garantir privacidade e conforto ao paciente durante todo o procedimento. Higienizar as mãos corretamente e usar EPIs. Reunir todo o material necessário em bandeja organizada. Aferir sinais vitais (frequência respiratória; frequência cardíaca e saturação de oxigênio, se oxímetro disponível) antes e depois do procedimento. Posicionar o paciente na posição Fowler ou semi-Fowler para facilitar a respiração; Realizar pré-oxigenação, se necessário. Utilizar sonda de aspiração compatível com paciente e/ou traqueostomia ou vias aéreas do paciente. . Abrir o pacote da sonda de aspiração e adaptar a extremidade do látex, sem retirar a sonda da embalagem, mantendo a parte que será inserida estéril. . Calçar a luva estéril na mão dominante (para aspiração de cânula traqueal e traqueostomia). . Calçar luva de procedimento (para aspiração de vias aéreas superiores). . Regular a pressão do aspirador / vácuo, com a mão não dominante. . Retirar a sonda da embalagem, com auxílio, e introduzi-la na cânula mantendo o látex pressionado. Não aspirar enquanto estiver introduzindo a sonda. . Segurar a face do paciente com a mão não dominante, seguir a sequência de aspiração: 1 ^a traqueostomia/cânula orotraqueal, 2 ^a narinas e 3 ^o cavidade oral.	



- . Introduza a sonda de aspiração clampeada na traquéia, certificando-se que não está aspirando, até encontrar resistência ou ocorrer tosse por estimulação, realize a aspiração retirando a sonda devagar realizando movimentos circulares. Essa etapa não deverá exceder 15 segundos. Se necessário, oxigenar o paciente antes de iniciar nova aspiração, aguardar por pelo menos 30 segundos antes de aspirar novamente. Realizar, no máximo, 4 aspirações por sessão.
- . Lavar a sonda no frasco com solução fisiológica ou água destilada, entre uma aspiração e outra;
- . Introduzir sonda de aspiração na narina do paciente, com látex clampeado, certificando-se que não está aspirando. Após a introdução desclampear a sonda e realizar a aspiração realizando movimentos circulares enquanto retira a sonda lentamente.
- . Deixar o paciente respirar pelo menos 10 vezes, antes de iniciar nova aspiração. Repita o mesmo procedimento na outra narina.
- . Realizar aspiração da cavidade oral do paciente, introduzindo a sonda pela lateral da boca, vasculhando toda a cavidade a procura de secreções.
- . Ao término do procedimento aspirar, no mínimo, 20 ml de água destilada;
- . Após o procedimento, realizar nova avaliação do paciente.
- . Descartar o material usado de forma adequada.
- . Orientações necessárias ao paciente / familiar.
- . Descartar e higienizar adequadamente os materiais utilizados.
- . Lavar as mãos.
- . Registrar o procedimento no olostech.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Sequência para aspiração:

1ª Aspiração endotraqueal (se paciente traqueostomizado);

2ª Aspiração nasofaringe;

3ª Aspiração orofaríngea.

Para aspiração de vias aéreas inferiores é necessário a utilização de luvas estéreis.

Prevenir lesões da mucosa traqueal através da aspiração.

Evitar aspirações desnecessárias para minimizar o desconforto do paciente.


Observar sinais de hipóxia, arritmias ou sangramento durante o procedimento.

7. Referências

[POP 40 - Aspiração de vias aéreas.docx](#) - Acessado em 08/10/2025.

COFEN- Resolução nº 0557/2017, normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de aspiração de vias aéreas – Acessado em 08/10/2025.



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 11: Sonda Vesical de Alívio	Elaborado: Enf ^a Rubia Forteski Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Sonda Vesical de Alívio

Executante: Médicos e Enfermeiros

CONCEITO: Introdução de sonda vesical de alívio para drenagem da urina em pacientes com retenção urinária ou outras indicações médicas, garantindo segurança e prevenindo complicações. Pode ser realizado para coleta de amostra de urina para exames.

Materiais necessários: EPIs; sonda uretral de alívio no tamanho adequada ao paciente; luvas estéreis; kit esterilizado para cateterismo vesical, contendo campo, gazes, pinça de assepsia, cuba rim e cuba redonda; solução antisséptica – PVPI tópico; gazes estéreis; lidocaína gel 2%; biombo se necessário, mesa auxiliar.

Descrição do procedimento/Técnica:

Acolhida do paciente e escuta inicial

Explicar o procedimento para o paciente / acompanhante, solicitar sua permissão, bem como informar a importância da sua colaboração;

Garantir privacidade e conforto ao paciente durante todo o procedimento.

Higienizar as mãos corretamente.

Preparar todo o material necessário.

Solicitar auxílio ao técnico de enfermagem da equipe para abrir os materiais sem contaminar.

Calçar as luvas estéril

Solicitar ao técnico de enfermagem que posicione o paciente confortavelmente (homem: decúbito dorsal com pernas estendidas; mulher: decúbito dorsal com joelhos fletidos e afastados). Sempre explicando tudo o que será feito.

Realizar a antisepsia da região perineal, partindo da uretra para a periferia com solução antisséptica.

11.1 Masculino: Retrair o prepúcio expondo a glândula e realizar a higiene íntima, partindo, em sequência, para as regiões mais distantes;

11.2 Feminino: Separar os pequenos lábios com o polegar e indicador da mão não dominante, expondo o vestíbulo da vagina, retirar excesso de sujidades e secreções;

. Colocar os campos estéril sobre a região perineal.

. Aplicar gel lubrificante na ponta da sonda



- . Introduzir a sonda delicadamente pela uretra até observar a saída de urina. Avançar mais alguns centímetros para garantir posicionamento correto.
- . Aguardar até cessar débito da urina.
- . Retirar lentamente a sonda.
- . Higienizar as mãos.
- . Registrar o procedimento no olostech.


ORIENTAÇÕES GERAIS

A sonda vesical de alívio é geralmente removida após o esvaziamento vesical, seguindo as orientações médicas. Manter técnicas rigorosas de assepsia para evitar infecções.

7. Referências

1. [pop-027-cateterismo-vesical-de-alivio.pdf](#)- Acessado em 08/10/2025.



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 12: Sonda Vesical de Demora	Elaborado: Enf ^a Rubia Forteski Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 08/10/2025	Data de vigência: 08/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Sonda Vesical de Demora	Executante: Médicos e Enfermeiros
CONCEITO: Sonda vesical de demora ou cateterismo vesical de demora é uma técnica que envolve a inserção de uma sonda na bexiga para drenagem contínua, utilizada para esvaziar a bexiga, monitorar o débito urinário. Orientar a equipe de saúde para a realização correta e segura do cateterismo vesical de demora, garantindo conforto ao paciente e prevenção de infecções.	
Materiais necessários: EPIs; sonda foley 02 vias, no tamanho adequada ao paciente (nº 10 ao nº 22); bolsa coletora de urina sistema fechado; seringa 10ml ou 20ml com bico luer slip; água destilada; agulha 40x12; luvas estéreis; kit esterelizado para cateterismo vesical contendo campo, gazes, pinça de assepsia, cuba rim e cuba redonda; solução antisséptica – PVPI tópico; gazes estéreis; lidocaína gel 2%; fita micropore; caneta permanente; biombo se necessário, mesa auxiliar.	
Descrição do procedimento/Técnica: <ol style="list-style-type: none">1. Acolhida do paciente e escuta inicial.2. Explicar o procedimento para o paciente / acompanhante, solicitar sua permissão, bem como informar a importância da sua colaboração.3. Garantir privacidade e conforto ao paciente durante todo o procedimento.4. Higienizar as mãos corretamente.5. Preparar todo o material necessário.6. Solicitar auxílio ao técnico de enfermagem da equipe para abrir os materiais sem contaminar.7. Calçar as luvas estéril.8. Testar o balonete da sonda foley com auxílio de uma seringa com ar.9. Colocar 15ml de água destilada dentro da seringa.10. Solicitar ao técnico de enfermagem que posicione o paciente confortavelmente (homem: decúbito dorsal com pernas estendidas; mulher: decúbito dorsal com joelhos fletidos e afastados). Sempre explicando tudo o que será feito.11. Realizar a antisepsia da região perineal, partindo da uretra para a periferia com solução antisséptica.<ol style="list-style-type: none">11.1 Masculino: Retrair o prepúcio expondo a glândula e realizar a higiene íntima, partindo,	



em sequência, para as regiões mais distantes;

11.2 Feminino: Separar os pequenos lábios com o polegar e indicador da mão não dominante, expondo o vestíbulo da vagina, retirar excesso de sujidades e secreções;

12. Colocar os campos estéril sobre a região perineal.

13. Aplicar lidocaína gel na ponta da sonda.

14. Introduzir a sonda delicadamente pela uretra até observar a saída de urina. Avançar mais alguns centímetros para garantir posicionamento correto.

15. Insuflar o balão com 15ml água destilada.

16. Puxar levemente a sonda para ancorá-la.

17. Conectar a bolsa coletora na extremidade da sonda.

18. Fixar a sonda na face interna da coxa com fita micropore, deixando folga para evitar tração.

19. Anotar na bolsa coletora data da inserção, hora, calibre da sonda e volume insuflado no balão.

20. Manter a bolsa coletora sempre abaixo do nível da bexiga para evitar refluxo.

21. Higienizar as mãos.

22. Registrar o procedimento no olostech

Troca ou retirada de sonda vesical de demora:

1. Avaliar a necessidade de troca da sonda conforme sinais clínicos / orientação médica.

2. Para remoção, desinsuflar completamente o balão, retirando toda água destilada com o auxílio de uma seringa.

3. Em seguida, retirar a sonda com cuidado.


ORIENTAÇÕES GERAIS

Realizar o procedimento de sonda vesical de demora, dentro da técnica asséptica para evitar infecções urinárias associadas.

7. Referências

1. <https://cdnpm.dhost.cloud/documentos/Protocolo-de-Cateterismo-Vesical-de-Demora.pdf> - Acessado em 08/10/2025.



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 13: Troca de Bolsa de Colostomia, Ileostomia e Urostomia	Elaborado: Enf ^a Rubia Forteski Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 08/10/2025	Data de vigência: 08/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Troca de Bolsa de Colostomia, Ileostomia e Urostomia

Executante: Enfermeiros

CONCEITO: Os estomas intestinais (colostomia e ileostomia) são criados a partir de um procedimento cirúrgico onde há exteriorização para a pele de uma porção do intestino grosso (cólon transverso ou o sigmoide), ou do intestino fino (íleo) (ROCHA, 2011).

Assim, quando não é possível a eliminação da urina por via natural é criada o estoma urinário, a urostomia, sendo que dentre as técnicas, a mais comum é a denominada de “Urostomia de Bricker”, onde é utilizado um pedaço do intestino delgado que é exteriorizado na pele ao qual são ligados os ureteres (ONCOGUIA, 2018).

Independente das características, os cuidados com o estoma de eliminação, seja eles intestinal ou urinário não se difere muito, assim como a troca de bolsa coletora. A troca da bolsa coletora de efluentes promove a higiene do estoma, conforto e prevenindo possíveis infecções ou lesões na pele.

Materiais necessários:

EPI's; recipiente para descarte do conteúdo; tesoura curva; soro fisiológico 0,9%; gazes; bolsa coletora de ostomia / urostomia adequada ao paciente; escala de medida do estoma ou régua; placa adesiva de fixação; protetores de pele ou barreira; micropore; cinto fixador para ostomia (se indicado).

Descrição do procedimento/Técnica:

1. Acolhida do paciente e escuta inicial
2. Explicar o procedimento para o paciente / acompanhante, solicitar sua permissão, bem como informar a importância da sua colaboração;
3. Garantir privacidade e conforto ao paciente durante todo o procedimento.
4. Higienizar as mãos corretamente e usar EPIs
5. Reunir todo o material necessário em bandeja organizada.
6. Posicionar o paciente em local confortável, com boa visualização do estoma. Proteger a roupa.
7. Retirar cuidadosamente a bolsa coletora antiga, segurando a pele ao redor do estoma para evitar lesões.
8. Higienizar o estoma e a pele periestomal com soro fisiológico, observando sinais de



irritação ou lesões.

9. Manter a pele seca.
10. aplicar protetores ou barreiras quando necessário.
11. Medir o estoma para adaptar corretamente a nova bolsa/coletor.
12. Retire o papel que protege a resina da nova bolsa e aplique-a com fixação adequada, de baixo para cima, garantindo a vedação e conforto do paciente. Procure não deixar pregas ou bolhas de ar que facilitem vazamentos e que acabam fazendo com que o coletor descole.
13. Retire o ar de dentro da bolsa. Feche com o "clamp"
14. Fixar a bolsa com fita ou cinto, conforme necessidade.
15. Orientar o paciente sobre cuidados com a ostomia e troca da bolsa.
16. Descartar adequadamente os materiais utilizados;
17. Lavar as mãos.
18. Registrar o procedimento no olostech.


ORIENTAÇÕES GERAIS

Avaliar a pele periestomal regularmente para identificar ocasionais complicações. Respeitar a periodicidade recomendada para troca da bolsa conforme produto e necessidades do paciente.

7. Referências

[06-COLOSTOMIA-ILEOSTOMIA-UROSTOMIA-TROCA DE BOLSAS.pdf](#) - Acessado em 08/10/2025.



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 14: Troca de Sonda Cistostomia	Elaborado: Enf ^a Rubia Forteski Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 08/10/2025	Data de vigência: 08/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Troca de Sonda Cistostomia
Enfermeiros

Executante: Médicos e

CONCEITO: É o procedimento que estabelece a drenagem (saída) da urina por meio da introdução de um cateter tipo Foley de forma percutânea ou pela incisão da parede abdominal anterior até a bexiga.

Materiais necessários:

EPI's; uvas de procedimento; luva estéril; sonda Foley de duas vias com calibre adequado; bolsa coletora sistema fechado; kit de cateterismo estéril contendo cuba rim, cuba redonda, pinça para assepsia; gazes; PVPI tópico; seringa de 20 mL; agulhas 40x12 mm; lidocaína gel 2%; soro fisiológico 0,9%; água destilada estéril; fita micropore.

Descrição do procedimento/Técnica:

1. Acolhida do paciente e escuta inicial
2. Explicar o procedimento para o paciente / acompanhante, solicitar sua permissão, bem como informar a importância da sua colaboração;
3. Garantir privacidade e conforto ao paciente durante todo o procedimento.
4. Higienizar as mãos corretamente e usar EPIs
5. Remover fita de fixação da sonda antiga com cuidado;
6. Desinsuflar o balão da sonda antiga com a seringa e remover a sonda lentamente;
7. Higienizar a área periestomal delicadamente com solução antisséptica;
8. Preparar o novo cateter dentro de campo estéril;
9. Lubrificar a ponta da nova sonda com gel estéril;
10. Introduzir a sonda nova pela abertura da cistostomia com delicadeza até a profundidade recomendada;
11. Insuflar o balão com a quantidade prescrita de água destilada para fixar a sonda;
12. Conectar bolsa coletora com sistema fechado;
13. Fixar a sonda com gaze estéril e fita hipoalergênica, protegendo a região periestomal;
14. Orientar o paciente e cuidadores quanto aos cuidados com a cistostomia e sinais de complicações;
15. Descartar adequadamente os materiais utilizados;
16. Lavar as mãos.
17. Registrar o procedimento no olostech.



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000


(41) 3632-1291

ORIENTAÇÕES GERAIS

Observar sinais de infecção local, sangramentos, obstrução da sonda ou desconforto; Trocar a sonda conforme recomendações clínicas ou surgimento de complicações; Manter o estoma limpo e seco para prevenir infecções.

7. Referências 1. <file-20250115090329-popas34trocaodesondavesicalporcistostomia2.pdf> - Acessado em 08/10/2025.



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 15: Curativo	Elaborado: Enfº Adriana Nery Eugenio Revisado e aprovado: Enfº Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 02/10/2025	Data de vigência: 02/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Curativos	Executante: Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem
OBJETIVO: Estabelecer a padronização da técnica de realização de curativo, garantindo segurança ao paciente, prevenção de infecções e promoção da cicatrização adequada.	
INDICAÇÃO: Troca de curativos em feridas cirúrgicas, traumáticas, úlceras por pressão, lesões crônicas ou outras situações prescritas.	
RESPONSÁVEIS: Profissionais de Enfermagem (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem).	
Materiais necessários: Bandeja ou mesa auxiliar limpa; Luvas de procedimento e/ou estéreis (conforme avaliação da ferida); Máscara cirúrgica (avaliar a necessidade), Campo estéril (se ferida não purulenta), Gaze estéril, Soro fisiológico 0,9% ou solução prescrita, Pinça estéril (quando indicada), Tesoura estéril (quando indicada), Material para fixação: esparadrapo, micropore, bandagem ou atadura, Descarpac para descarte de perfurocortantes, Saco para resíduos comuns e infectantes.	
Medicamentos: Utilizar medicação conforme prescrição.	
Descrição do procedimento/Técnica: 01) Acolha o paciente deixando-o confortável; 1.1) Garanta a privacidade do paciente; 02) Reunir todo o material necessário; 2.1) Lave as mãos; 03) Explique o procedimento ao paciente; 04) Calce luvas; 05) Retire a cobertura anterior; 06) Avalie a lesão; 07) Troque de luvas; Realize o curativo seguindo a técnica de acordo com a classificação da lesão: <u>08) Lesões fechadas:</u> 8.1) Umedeça a gaze com soro fisiológico; 8.2) Proceda a limpeza da incisão de dentro para fora, sem voltar ao local já higienizado; 8.3) Seque a incisão, com gaze, de cima para baixo; 8.4) Feche a incisão com gaze, chumaço ou outra cobertura, conforme necessidade ou prescrição; 8.5) Fixe com micropore; 8.6) Despreze o material nas lixeiras apropriadas; 8.7) Encaminhe as pinças para limpeza e desinfecção;	



09) Lesões abertas:

- 9.1) Remover a cobertura anterior de forma não traumática;
- 9.2) Irrigar a lesão abundantemente com soro fisiológico;
- 9.3) Realizar a limpeza com técnica asséptica;
- 9.4) Manter o leito da lesão úmido;
- 9.5) Manter a área ao redor a lesão seca;
- 9.6) Despreze o material nas lixeiras apropriadas;
- 9.7) Encaminhe as pinças para limpeza e desinfecção
- 10) Lave as mãos;
- 11) Registrar em prontuário:
 - 11.1) Condições da ferida (tamanho, profundidade, secreção, odor, bordas, presença de necrose ou granulação);
 - 11.2) Tipo de cobertura utilizada, e se foi mantido oclusivo.
 - 11.3) Intercorrências.

Obs.:

- A. A prescrição do curativo é privativa do enfermeiro e do médico.
- B. A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita através de irrigação com jato de soro fisiológico morno, com seringa de 20 ml e agulha 40x12 ou 25x8, ou ainda frasco de soro perfurado de diferentes maneiras.
- C. Proteger sempre as úlceras com gazes ou compressas, antes de aplicar uma atadura.
- D. Não apertar demais a atadura, devido ao risco de gangrena, por falta de circulação.
- E. Iniciar o enfaixamento sempre, no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro.
- F. Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada.
- G. Trocar o curativo com gaze a cada 24 horas ou quando estiver úmido, sujo ou solto.
- H. A recomendação atual, para realização do curativo consiste em manter a ferida limpa, úmida e coberta, exceto incisões fechadas e locais de inserção de cateteres e introdutores e fixadores externos.

REPOSIÇÃO DE MATERIAIS:

1. Repor imediatamente material utilizado;
2. Repor materiais que estão em desacordo com a quantidade, integridade e validade;
3. Solicitar o ressurgimento, via sistema, para os materiais que estão com prazo de validade para vencer;
4. Realizar a troca de pinças quando validade vencida.

REPOSIÇÃO DE MATERIAIS:

1. Repor imediatamente material utilizado;
2. Repor materiais que estão em desacordo com a quantidade, integridade e validade;
3. Solicitar o ressurgimento, via sistema, para os materiais que estão com prazo de validade para vencer;
4. Realizar a troca do material com, no máximo, 30 dias de antecedência do vencimento da



data de validade;


ORIENTAÇÕES GERAIS

Recomenda-se manter técnica asséptica durante todo o procedimento. Observar sinais de infecção (hiperemia, calor, dor, edema, secreção purulenta). Comunicar imediatamente ao enfermeiro (Auxiliar e técnico de enfermagem), registrar alterações. Seguir protocolos de prevenção de infecção.

7. Referências

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Manual de segurança do paciente: higienização das mãos*. Brasília: Anvisa, 2013. Acessado em 02-10-2025
2. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução COFEN nº 564/2017: Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*. Brasília: COFEN, 2017. Acessado em 02-10-2025
3. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução COFEN nº 567/2018: Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cuidado a pessoas com feridas*. Brasília: COFEN, 2018. Acessado em 02-10-2025
4. SANTOS, V. L. C. G.; OLIVEIRA, A. S. *Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem*. São Paulo: Yendis, 2015. Acessado em 02-10-2025



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 16: Dispensação de Material para Curativos na Unidade Básica de Saúde	Elaborado: Enfº Adriana Nery Eugenio Revisado e aprovado: Enfº Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 02/10/2025	Data de vigência: 02/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Dispensação de Material para Curativos na Unidade Básica de Saúde Executante: Enfermeiros, Auxiliares/técnicos de enfermagem e Farmácêuticos.
OBJETIVO: Padronizar o processo de dispensação de materiais para curativos na Unidade Básica de Saúde, garantindo o uso racional dos insumos, a segurança do paciente e a continuidade do cuidado, conforme princípios norteadores do SUS.
INDICAÇÃO: Atendimentos de curativos em sala de procedimentos da UBS. Fornecimento de insumos ao paciente/cuidador para continuidade do tratamento em domicílio (quando indicado).
RESPONSÁVEIS: Enfermeiro da UBS (responsável técnico). Técnicos/Auxiliares de Enfermagem da sala de procedimentos.
Materiais necessários: Gaze estéril e não estéril (avaliar a necessidade). Soro fisiológico 0,9% (frasco). Esparadrapo / Micropore. Luvas de procedimento. Ataduras.
Medicamentos: Dispensar medicação conforme prescrição (caso a Unidade de saúde tenha farmácia, encaminhar paciente).
Descrição do procedimento/Técnica: 1) Solicitação: 1.1 Verificar se o solicitante pertence ao Município de Piên; 1.2 Retirar o material solicitado do local de armazenamento; 2) Separação: 2.1 Conferir os itens solicitados. 2.2) Retirar insumos da farmácia/almojarifado/ local de armazenamento, em quantidade suficiente para o atendimento imediato e/ou fornecimento ao paciente, quando indicado. 2.3) Verificar validade e integridade da embalagem. 3) Dispensação 3.1) Entregar os materiais para curativos ou diretamente ao paciente/cuidador; 3.2) Orientar o paciente/cuidador sobre armazenamento em casa (em local limpo, seco e protegido). 3.4) Registrar a entrega em prontuário, com data, nome do paciente e quantidade dispensada. 4. Controle 4.1) Notificar o enfermeiro responsável em caso de falta, ruptura de estoque ou produtos vencidos.



4.2) Participar do levantamento mensal de consumo para reposição junto à secretaria municipal de saúde.

REPOSIÇÃO DE MATERIAIS:

1. Repor imediatamente material utilizado;
2. Repor materiais que estão em desacordo com a quantidade, integridade e validade;
3. Solicitar o ressuprimento, via sistema, para os materiais que estão com prazo de validade para vencer.


ORIENTAÇÕES GERAIS

Dispensar apenas materiais padronizados pela UBS ou secretaria de saúde.
Garantir que o paciente/cuidador compreenda as orientações para uso e descarte domiciliar.
Evitar desperdícios e orientar sobre reaproveitamento seguro (ex.: ataduras quando possível).
Manter sala de curativos sempre abastecida para evitar atrasos no atendimento.

7. Referências

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Segurança do paciente em serviços de saúde: medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde*. Brasília: Anvisa, 2017. Acessado em 02-10-2025
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Básica: Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde*. Brasília: MS, 2015. Acessado em 02-10-2025
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Domiciliar – Volume 2*. Brasília: MS, 2013. Acessado em 02-10-2025
4. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução COFEN nº 567/2018: Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cuidado a pessoas com feridas*. Brasília: COFEN, 2018. Acessado em 02-10-2025



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 17: Teste Rápido HIV, Sífilis, Hepatites Virais	Elaborado: Enf ^a Georgia Luciana de Oliveira Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde Vigente

Atividade: Testes Rápidos

Executante: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Farmacêuticos.

Objetivo: Detectar precocemente doenças permitindo a antecipação do início do tratamento; fornecer resultado em até 15/20 minutos de uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por profissionais capacitados e evitar a progressão ou disseminação da doença.

Materiais Necessários:

Luvas;
Óculos de proteção;
Jaleco;
Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
Manual de instruções disponível na embalagem pelo fabricante;
Álcool 70%;
Algodão ou gaze;
Cronômetro ou relógio;
Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
Papel toalha para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
Laudo para resultado

Responsáveis: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Farmacêuticos treinados e capacitados para execução do exame e emissão do laudo e aconselhamento.

Descrição do Procedimento: Os testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites são realizados sempre que solicitados por médicos ou enfermeiros, na rotina de Pré-Natal, quando o diagnóstico de paciente com tuberculose pulmonar, por procura espontânea do usuário querendo realizar o teste, entre outros. Todos os usuários deverão receber aconselhamento pré e pós teste por profissional de nível superior treinado.

Técnica do Procedimento:

1. Ler o manual de instrução;
2. Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
3. Higienizar as mãos;
4. Paramentar-se com os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);



5. Conferir o prazo de validade do kit, garantindo a qualidade do teste;
6. Conferir o lote da embalagem do kit;
7. Manter os reagentes em temperatura ambiente antes de iniciar o teste;
8. Separar todos os componentes do kit sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com o papel toalha;
9. Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste, se houver rachaduras, despreze esse material e recomece;
10. Escrever com caneta de tinta permanente as iniciais do nome do paciente no dispositivo ou placa de teste;
11. Recepcionar o paciente de forma acolhedora;
12. Orientar o paciente quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
13. Realizar a punção digital com a lanceta fornecida no kit;
14. Fazer a coleta da amostra utilizando a pipeta ou tubo capilar;
15. Para eficiente aspiração do sangue até a marca estabelecida conforme manual, sem que haja a formação de bolhas de ar;
16. Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar as gotas da amostra no poço (S) conforme orientação do fabricante do dispositivo de teste;
17. Adicionar a solução tampão ou diluente sobre a amostra conforme orientação do fabricante do dispositivo do teste;
18. Realizar a leitura do teste conforme orientações do fabricante;
19. Preencher laudo com resultado, carimbar e assinar no campo de quem executou o procedimento;
20. Entregar o resultado para o paciente;
21. Registrar o resultado no prontuário eletrônico.

Observações:

- Todos os pacientes atendidos deverão ser registrados em prontuário eletrônico, constando teste realizado, lote do teste, data e hora da execução do teste;
- Antes da execução do teste, é necessário **ler o manual de instrução** do teste a ser realizado segui-lo com rigor, pois existem diversos fabricantes e cada produto tem especificações próprias para realização do teste;
- Um resultado não reagente não permite excluir uma infecção, cada uma dessas doenças têm um período de janela imunológica;
- Os testes devem ser armazenados conforme orientações do fabricante;
- Não utilizar o teste após a data de validade;
- Não utilize o kit se a embalagem tiver danificada;
- Descartar o teste se houver alteração de cor do dessecante (sílica) de amarelo para verde, essa alteração indica excesso de umidade.
- Em caso do resultado positivo para HIV no primeiro teste, será necessário um segundo teste com método diferente para confirmação do resultado.



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000


(41) 3632-1291

Referências Bibliográficas:

- POP extraído dos Manuais e Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos 2019, 2020, 2021 e 2022.
- Manual de treinamento para teste rápido Hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV).
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.
- Guia prático para execução dos testes rápidos DCCI/SVS/MS

PIÊN



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 18: Teste Rápido De Dengue	Elaborado: Enf ^a Georgia Luciana de Oliveira Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde Vigente

Atividade: Teste Rápido

Executante: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Farmacêuticos.

Objetivo: Padronizar as técnicas de realização do teste rápido de Dengue e detectar precocemente doenças permitindo a antecipação do início do tratamento; fornecer resultado em até 15 minutos de uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por profissionais capacitados e evitar a progressão ou disseminação da doença.

Materiais Necessários:

- Luvas;
- Óculos de proteção;
- Jaleco;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instruções disponível na embalagem pelo fabricante;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze;
- Cronômetro ou relógio;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel toalha para forrar a área onde será feito o teste rápido;
- Laudo para resultado.

Responsáveis: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Farmacêuticos treinados para execução do exame e emissão do laudo e orientações.

Descrição: A Dengue é uma doença infecciosa febril aguda causada por um vírus denominada como arbovirose, ou seja, doença transmitida por mosquito. O Teste Rápido de Dengue deve ser realizado para todos os pacientes com suspeita de dengue até o 15º dia do início dos sintomas.

Importante: Um teste rápido negativo não exclui o diagnóstico de dengue. Caso o paciente se enquadre nos critérios de caso suspeito e tenha teste rápido negativo, deverá realizar coleta de sorologia para dengue a partir do 6º dia do início dos sintomas.

Técnica do Procedimento:



01. Ler o manual de instrução;
02. Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
03. Higienizar as mãos;
04. Paramentar-se com os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);
05. Conferir o prazo de validade do kit, garantindo a qualidade do teste;
06. Conferir o lote da embalagem do kit;
07. Manter os reagentes em temperatura ambiente antes de iniciar o teste;
08. Separar todos os componentes do kit sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com o papel toalha;
09. Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste, se houver rachaduras, despreze esse material e recomece;
10. Escrever com caneta de tinta permanente as iniciais do nome do paciente no dispositivo ou placa de teste;
11. Recepcionar o paciente de forma acolhedora;
12. Orientar o paciente quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
13. Realizar a punção digital com a lanceta fornecida no kit;
14. Fazer a coleta da amostra utilizando a pipeta ou tubo capilar;
15. Para eficiente aspiração do sangue até a marca estabelecida conforme manual, sem que haja a formação de bolhas de ar;
16. Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar as gotas da amostra no poço (S) conforme orientação do fabricante do dispositivo de teste;
17. Adicionar a solução tampão ou diluente sobre a amostra conforme orientação do fabricante do dispositivo do teste;
18. Realizar a leitura do teste conforme orientações do fabricante;
19. Preencher laudo com resultado, carimbar e assinar no campo de quem executou o procedimento;
20. Entregar o resultado para o paciente;
21. Registrar o resultado no prontuário eletrônico.

Observações:

- Todos os pacientes atendidos deverão ser registrados em prontuário eletrônico, constando teste realizado, lote do teste, data e hora da execução do teste;
- Antes da execução do teste, é necessário **ler o manual de instrução** do teste a ser realizado segui-lo com rigor, pois existem diversos fabricantes e cada produto tem especificações próprias para realização do teste;
- Uma linha sempre deverá aparecer no C de controle, assegurando que o teste é válido. Se a linha não aparecer, deve-se descartar o material e refazer o teste;
- Um resultado não reagente não permite excluir uma infecção;
- Os testes devem ser armazenados conforme orientações do fabricante;
- Não utilizar o teste após a data de validade;



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291


- Não utilize o kit se a embalagem tiver danificada;
- Descartar o teste se houver alteração de cor do dessecante (sílica) de amarelo para verde, essa alteração indica excesso de umidade.

Referências Bibliográficas:

- POP extraído dos Manuais e Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem da Associação Saúde da Família elaborados nos anos 2019, 2020, 2021 e 2022.
- Bula Teste Rápido GT Group.

PIÊN



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 19: Teste Rápido Covid, Influenza A, Influenza B	Elaborado: Enf ^a Georgia Luciana de Oliveira Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde Vigente

Atividade: Testes Rápidos

Executante: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Farmacêuticos.

Objetivo: O procedimento consiste na coleta de material clínico através do esfregaço de células com swab amostras de secreção nasal, secreção nasofaríngea ou orofaríngea através do método de imunocromatografia de fluxo lateral.

Materiais Necessários:

- Luvas;
- Gorro descartável;
- Máscara modelo PFF2, N95 ou equivalente;
- Óculos de proteção ou protetor facial;
- Avental de mangas compridas descartável;
- Manual de instruções disponível na embalagem pelo fabricante;
- Álcool 70%;
- Cassetes (dispositivo de teste);
- Tampão;
- Tubo de extração;
- Tampa para tubo de extração;
- Swabs nasofaríngeo esterilizados para coleta de amostra;
- Cronômetro ou relógio para marcação do tempo do teste;
- Recipiente para descarte de material contaminado;
- Laudo para resultado

Responsáveis: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Farmacêuticos treinados para execução do exame e emissão do laudo e aconselhamento.

Descrição do Procedimento/ Técnica:

Ler o Manual de Instrução antes de iniciar o teste;

Higienizar as mãos,

Verifique se possui todos os materiais necessários para a realização do teste;

Abra o envelope com o cassete e o disponha em uma superfície plana e limpa;

Identifique o cassete;

Coloque os componentes do teste em temperatura ambiente antes da execução do mesmo;

Oriente o paciente sobre o procedimento a ser realizado;



Posicione o paciente sentado ou deitado para o procedimento;
Incline a cabeça do paciente ligeiramente para trás cerca de 45° - 70°, insira o Swab através da narina paralela ao palato, esfregue e role suavemente o Swab 3-4 vezes, deixe-o na narina por aproximadamente 3 segundos para absorver as secreções, remova lentamente girando e insira no tubo de extração e siga corretamente as instruções de realização do teste conforme a orientação do fabricante;
Descarte o material contaminado no local adequado;
Trate todas as amostras como potencialmente infecciosas;
Leia o resultado depois de decorrido 15 minutos, não interprete o resultado após 20 minutos.

Interpretação do Teste:

Negativo: Presença apenas da linha controle (C);

Positivo: Presença da linha teste (T, A e/ou B). Um resultado na região T indica que o antígeno do COVID-19 foi detectado na amostra, um resultado positivo na região A indica que o antígeno do Influenza A foi detectado na amostra e positivo na região B indica que o antígeno do Influenza B foi detectado na amostra.

Inválido: A linha de controle não aparece. Revise o procedimento e repita o teste com um novo dispositivo.

Referências Bibliográficas:


Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA NOTA TÉCNICA Nº 7/2021/SEI/GRECS/GGTES/DIRE1/ANVISA. Orientação para a realização de testes rápidos, do tipo ensaios imunocromatográficos, para investigação da infecção pelo novo coronavírus (SARS – COV-2)

Guia de vigilância epidemiológica para infecção humana, Abril de 2022

Antígeno Ag Rápido Teste Device Nasofaringe Swab Procedure Live Action AB

MedTeste Covid-19 + Influenza A&B Ag Combo (bula).



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 20: Teste Rápido Para Detecção de Gravidez	Elaborado: Enf ^a Georgia Luciana de Oliveira Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde Vigente

Atividade: Testes Rápidos

Executante: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Farmacêuticos.

Objetivo: Detectar de forma qualitativa a presença de gonadotrofina coriônica humana (Hcg) em amostra de urina, oportunizando de forma precoce o início de pré-natal.

Indicação: Mulheres que procurem a Unidade de Saúde com suspeita de gravidez, desde que apresente atraso menstrual de ao menos 7 dias.

Materiais Necessários:

Luvas;
Tira teste;
Recipiente para coleta de amostra de urina;
Recipiente para descarte de material contaminado;
Laudo para resultado.

Responsáveis: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Farmacêuticos treinados para execução do exame e emissão do laudo e aconselhamento.

Descrição do Procedimento/ Técnica:

Ler o manual antes da realização do teste;
Acolher a paciente, explicando o propósito do exame e as etapas do procedimento;
Entregar o recipiente para a mulher, explicando o procedimento a ser realizado para obtenção da amostra de urina;
Após a obtenção do material a ser testado (urina), proceder com a separação do teste, verificando as condições e data de validade antes de utilizar o mesmo;
Higienizar as mãos,
Abrir o invólucro, retirar o teste;
Vestir as luvas de procedimento;
Submergir a tira reagente no recipiente contendo a urina até a metade da área destinada a este fim, com as setas viradas para baixo apontando para a amostra, durante 10 - 15 segundos;
Remover a tira teste do contato com a amostra e colocá-la sob uma superfície limpa, plana e seca;
Aguardar o aparecimento da(s) linha(s) colorida(s), interpretar o resultado entre 3 - 5 minutos, não devendo realizar a leitura depois de transcorrido esse tempo;
Desprezar a urina em vaso sanitário;



Descartar o material contaminado no local adequado;
Retirar e descartar as luvas de procedimento;
Interpretar o resultado obtido pelo teste e informar a paciente, mostrando a tira reagente para que seja feita a conferência junto à mesma;
Registrar o resultado no prontuário eletrônico;
Se não houver clinicamente dúvida de gravidez, iniciar o pré-natal. No caso de dúvida, seguir rotina para diagnóstico.

Interpretação do Teste:

Negativo: Presença apenas da linha controle (C);

Positivo: Presença de duas linhas são formadas na janela do resultado. Uma linha é formada na região da linha controle (C) e outra linha é formada na região da linha teste (T).

Inválido: A linha de controle não aparece.

Precauções:

Falso Negativo: ocorre quando os níveis de Hcg estão abaixo do nível de sensibilidade do teste. Se a suspeita de gravidez ainda existir, uma nova amostra de urina, sendo esta obrigatoriamente a primeira urina da manhã, deverá ser solicitada de 48 a 72 horas após a primeira testagem ou ainda solicitado o teste sanguíneo para confirmação ou descarte da suspeita.

A ingestão de bebidas alcólicas antecedendo o exame pode interferir no resultado do teste, não sendo recomendado a realização do mesmo mediante tal situação;

Uso de medicação contendo Hcg na composição podem gerar resultado falso positivo;

Hcg pode permanecer detectável após alguns dias ou até meses pós o parto, abortos espontâneos e injeção contendo a substância.

Referências Bibliográficas:


HCG RAPID TESTE (bula). Diagnóstica Indústria e Comércio Ltda.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico.**

Brasília: 2013, 16 p. caderno nº 8. Disponível em:

<https://bvsmis.saude.gov.br/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guia_tecnico.pdf>



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 21: Teste Fita Urinária	Elaborado: Enf ^a Georgia Luciana de Oliveira Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde Vigente

Atividade: Testes Rápidos

Executante: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Farmacêuticos.

Objetivo: Detectar e identificar **elementos** físicos e químicos do Sedimento Urinário;

Materiais Necessários:

Luvas;
Máscara;
Tira teste;
Recipiente para coleta de amostra de urina;
Recipiente para descarte de material contaminado;

Responsáveis: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem.

Descrição do Procedimento/ Técnica:

Lave bem as mãos e a região genital.
Descarte o primeiro jato de urina.
Colete o jato médio da urina em um recipiente apropriado e limpo
Mergulhar a fita reagente na urina por cerca de 2 segundos, remover o excesso de urina deslizando-a na borda do recipiente.
Aguarde o tempo especificado para cada reação. Este tempo varia dependendo da substância analisada e marca do produto.
Em seguida, a tira deve ser colocada na horizontal por um tempo específico (que varia de acordo com a marca do produto) e a cor das almofadas químicas é comparada com um gráfico de referência para interpretar os resultados que vem na embalagem das Urofitas.

Referências Bibliográficas:

https://labtest.com.br/wp-content/uploads/2016/09/Infotec_Tira_de_Urina.pdf, acessado em outubro,2025.




PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291

 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 22: Higienização das Mãos	Elaborado: Enf ^a Joene Alves Santos Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C.R. Malchovski
Data de emissão: 16/10/2025	Data de vigência: 16/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Lavagem das mãos

Executante: Profissionais de saúde e de apoio

CONCEITO:

A higienização das mãos é a medida mais eficaz na prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. Consiste na remoção de sujidade, oleosidade, suor, resíduos e microbiota transitória, promovendo segurança ao paciente e ao profissional de saúde. A responsabilidade pela lavagem das mãos em unidades de saúde recai principalmente sobre todos os profissionais de saúde que atuam nesses ambientes, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde e outros profissionais da saúde, além dos profissionais de apoio, como auxiliares de limpeza e recepcionistas, quando em contato com pacientes ou áreas assistenciais.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a higienização das mãos é considerada uma medida primária e essencial para o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. As mãos são as principais ferramentas dos profissionais, e sua higienização cuidadosa e frequente é fundamental para garantir a segurança dos pacientes.

Segundo a Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 05/2024, atualizada em novembro de 2024, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica passou a ser considerada o padrão-ouro para a higienização das mãos em serviços de saúde. Essa recomendação está alinhada com diretrizes internacionais, como as do CDC (Centers for Disease Control and Prevention) e da OMS (Organização Mundial da Saúde), que tem como vantagens uma maior eficácia antimicrobiana, melhor aceitação dos profissionais, rapidez na aplicação, menor dano a pele e redução de custos, devido ao consumo de água e geração de resíduos. Além disso, a técnica é indicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que estabeleceu os "5 Momentos para Higiene das Mãos", que devem ser seguidos por todos os profissionais de saúde:

Antes de tocar o paciente.

Antes de realizar procedimento limpo/asséptico.

Após risco de exposição a fluidos corporais.

Após tocar o paciente.

Após tocar superfícies próximas ao paciente.

Portanto, a lavagem das mãos é uma responsabilidade compartilhada entre todos os



profissionais que atuam em serviços de saúde, sendo uma prática ética, legal e essencial para a prevenção de infecções e promoção da segurança do paciente.

TIPOS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Higiene Simples das Mãos

Definição: Lavagem com água e sabonete comum (líquido).

Indicação: Quando as mãos estão visivelmente sujas ou após o uso do banheiro.

2. Higiene Antisséptica das Mãos

Definição: Lavagem com água e sabonete contendo agente antisséptico (ex: clorexidina).

Indicação: Antes de procedimentos invasivos ou em situações de maior risco de contaminação.

3. Fricção Antisséptica com Preparação Alcoólica (Padrão-Ouro)

Definição: Aplicação de solução alcoólica (álcool gel 70%) sem uso de água.

Indicação: Quando as mãos não estão visivelmente sujas, nos "5 Momentos para Higiene das Mãos" da OMS.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

Pia apropriada com torneira manual ou acionamento por pedal

Água corrente (potável e livre de contaminantes).

Sabonete líquido (preferencialmente hipoalergênico, armazenado em dispensador de parede).

Papel-toalha descartável (não reciclável, de boa qualidade).

Dispenser de parede para sabonete e papel-toalha.

Lixeira com tampa e acionamento por pedal.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO/TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS:

1. Preparação:

Retirar adornos (anéis, relógios, pulseiras).

Dobrar os punhos da roupa para evitar molhá-la.

Posicionar-se em frente à pia sem encostar-se.

2. Execução:

Abrir a torneira e molhar as mãos.

Aplicar cerca de 03 ml de sabonete líquido antisséptico ou espuma

Ensaboar as mãos cobrindo todas as superfícies.

Friccionar: Palmas das mãos entre si.

Friccionar palma da mão direita contra o dorso da esquerda e vice-versa.

Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.

Friccionar os dorsos dos dedos contra a palma da mão oposta.

Friccionar polegares com movimento circular.



Friccionar polpas digitais e unhas contra a palma da mão oposta.

Enxaguar as mãos, iniciando pelas pontas dos dedos.

Secar com papel-toalha descartável.

Fechar a torneira com o papel-toalha evitando o contato direto com as mãos limpas.

Descartar o papel-toalha em recipiente apropriado.

Tempo de execução: 40 a 60 segundos

Lavagem das mãos



Utilize água e sabão
ou álcool gel a 70%;



Primeiro, esfregue
as palmas das mãos;



Posteriormente,
o dorso das mãos;



Articulações;



Polegares;



Pontas dos dedos;



Punhos;



Enxague as mãos;



E seque.

minsau^{de}

<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=1978389842179622&id=175330465818911&set=a.205936522758305>

Indicações para higienização:

- Antes e após contato com o paciente.
- Após contato com superfícies próximas ao paciente.
- Antes e após procedimentos assistenciais.
- Após exposição a fluidos corporais.
- Antes e após uso de EPIs.
- Antes e após ir ao banheiro ou refeições.
- **Cuidados adicionais:**
 - Não usar sabão em barra.
 - Evitar água muito quente ou fria.



- Não usar toalhas de pano ou secadores elétricos.
- Manter unhas curtas e limpas.
- Evitar uso de unhas postiças, unhas em gel e adornos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 05/2024: Orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2024. Disponível em: <https://www.ccih.med.br>. Acesso em: 04 out. 2025.


BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 38, p. 23-25, 22 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Estabelece diretrizes para o Programa de Controle de Infecções Hospitalares. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 maio 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Guia para Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. Genebra: OMS, 2009. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 04 out. 2025.

ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA (ASF). Manual de normas, rotinas e procedimentos operacionais padrão da atenção básica. São Paulo: ASF, jul. 2024. Disponível em: https://www.saudedafamilia.org/arta/sup_enfermagem/manuais_rotinas_pops/atencao_basica/manual_de_normas_rotinas_e_pops_da_atencao_basica.pdf. Acesso em: 04 out. 2025.



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 23: Atendimento em casos de Urgência ou Emergência	Elaborado: Enf ^a Rubia Forteski Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 08/10/2025	Data de vigência: 08/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Atendimento em casos de Urgência e Emergência	Executante: Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.
CONCEITO: Estabelecer as rotinas para o atendimento imediato e seguro a pacientes em situação de urgência ou emergência na atenção básica, garantindo avaliação rápida, estabilização e encaminhamento adequado.	
Materiais necessários: EPI's para a equipe; material para avaliação clínica (esfigmomanômetro, estetoscópio, oxímetro); maleta de emergência (VER POP MALETA DE EMERGÊNCIA); torpedo de oxigênio, com cateter / máscara; sistema de comunicação para acionamento dos bombeiros ou transporte emergencial.	
Descrição do procedimento/Técnica: Acolhida do paciente / familiar e escuta inicial e qualificada, para identificar a queixa principal e identificar a gravidade; Acionar a equipe da Unidade de Saúde. Atendimento imediato. Avaliação rápida dos sinais vitais e estado geral, garantindo a estabilização imediata. Suporte ventilatório, conforme necessidade. Realização de primeiros socorros e procedimentos emergenciais conforme o quadro clínico (controle de sangramentos, administração de medicamentos, suporte ventilatório, entre outros). Contato imediato com o Bombeiros ou transporte para pronto socorro, caso a condição do paciente exija encaminhamento; Comunicação clara e detalhada sobre o quadro clínico à equipe receptora, garantindo continuidade do atendimento; Orientação e apoio psicológico ao paciente e familiares durante o atendimento, se necessário. . Monitoramento constante do paciente até transferência. . Após a transferência do paciente, organizar a sala / ambiente, reposição de materiais na maleta de emergência . Lavar as mãos. . Registrar o procedimento no olostech.	
ORIENTAÇÕES GERAIS	



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291

CONTATOS NECESSÁRIOS:

BOMBEIROS: 193 ou 41 - 3632 1471

UNIDADE CENTRAL PARA TRANSPORTE: 41 3632 1291

HOSPITAL DE PIÊN: 41 3632 2215 / 41 3632 1481

O atendimento deve ser feito com agilidade e humanidade, sempre respeitando a individualidade do paciente.

A equipe deve estar treinada para identificar sinais de gravidade e agir conforme protocolos vigentes.

Manter contato estreito com os serviços de urgência especializados para encaminhamentos.

Garantir materiais e medicamentos atualizados e disponíveis para uso imediato.

Material de apoio: **POP MALETA DE EMERGÊNCIA**


7. Referências

Protocolo de acolhimento com classificação de risco. Política Municipal de Humanização PMH - Acessado em 08/10/2025.

MANUAL DE NORMAS, ROTINAS E POPs DA ATENÇÃO BÁSICA - julho 2024 - Acessado em 08/10/2025.

PIÊN



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 24: Maleta de Emergência	Elaborado: Enfª Tatiane C.R. Malchovski Revisado e aprovado:
Data de emissão: 16/10/2024	Data de vigência: 16/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Maleta de Emergência	Executante: Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem
CONCEITO: A maleta de emergência é uma estrutura móvel que deve conter de forma sequenciada um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, para atendimento em situações de urgências e emergências. (PONTES et al.;2010). É importante manter a maleta de emergência organizada, localizada em um espaço facilmente acessível, sem qualquer obstáculo à sua mobilização. (GOMES et al, 2003)	
Materiais necessários: Abocath 16; Abocath 18; Abocath 20; Abocath 22; Abocath 24; Agulha 13x4,5; Agulha 30x8; Agulha 40x12; Cânula de Guedel nº0,3; Cânula de Guedel nº0,4; Cateter de oxigênio tipo óculos; Cilindro de oxigênio 1 m³; Equipo de soro simples; Escalpe 21; Escalpe 25; Esparadrapo hipoalergênico pequeno; Gaze estéril pacote; Lanterna pequena; Luva Cirúrgica 7,5; Luva Cirúrgica 8; Luva Cirúrgica 8,5; Luva de procedimento tamanho M; Maleta plástica; Máscara cirúrgica; Óculos; Polifix 2 vias; Ressuscitador com máscara adulto; Ressuscitador com máscara pediátrico; Seringa 05 mL; Seringa 10 mL; Seringa 1 cc insulina; Seringa 20 mL; Sonda nasogástrica 18; Soro Fisiológico 0,9% 250 mL; Soro Fisiológico 0,9% 500 mL; Tesoura ponta romba; Tubo de silicone (TOT), Fio Guia;	
Medicamentos: Adrenalina 1 mg/mL, ampola 1 mL; Diazepam 5 mg/mL. Ampola 2 mL, Salbutamol Spray com espaçador, Furosemida 10mg/mL. Ampola 2mL; Glicose 50%. Solução injetável. Ampola 10 mL; Haloperidol 5 mg/mL. Solução injetável. Ampola 1 mL, Hidrocortisona, succinato sódico 100 mg pó liofilizado; Hidrocortisona, succinato sódico 500 mg pó liofilizado; Midazolam 1 mg/mL. Solução injetável. Ampola 5 mL, Prometazina, cloridrato 25 mg/mL. Ampola 2 mL. Flumazenil 0,1mg/ml, ampola 10ml, Amiodarona 50mg/ml injetável ampola 3ml;	
Descrição do procedimento/Técnica: 1. Verificar diariamente/semanalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS, a quantidade, integridade e validade dos medicamentos e materiais listados na maleta de emergência (ANEXO I, e II); 2. Organizar os insumos em 2 maletas de emergência: uma com os medicamentos e outra com os materiais. Ambas devem estar devidamente identificadas e lacradas; 3. Organizar os materiais higienizados dentro da maleta de emergência; 4. Realizar semanalmente a desinfecção externa da maleta de emergência com álcool 70%, e	



internamente sempre que for fazer a conferência; 5. Aplicar medicações conforme prescrição médica e realizar diluição, reconstituição e via de administração (ANEXO III).

REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS:

1. Solicitar ao médico a prescrição do medicamento nominal a pessoa atendida;
2. Repor imediatamente medicamentos que estão em desacordo com a quantidade, integridade e validade;
3. Desprezar medicamentos vencidos que não são sujeitos a controle especial respeitando especificações sanitárias.

PARA MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL:

1. Encaminhar ampola ou comprimidos vencidos para a farmácia central, para que haja troca por novo lote.
2. Encaminhar receita para a farmácia de central que forneceu o medicamento para solicitar reposição após o uso.
3. Para maiores orientações e apoio quanto à logística de medicamentos da maleta de urgência/emergência, a equipe pode consultar os farmacêuticos da rede.

REPOSIÇÃO DE MATERIAIS:

1. Repor imediatamente material utilizado;
2. Repor materiais que estão em desacordo com a quantidade, integridade e validade;
3. Solicitar o ressurgimento, via sistema, para os materiais que estão com prazo de validade para vencer;
4. Realizar a troca do material com, no máximo, 30 dias de antecedência do vencimento da data de validade;

ORIENTAÇÕES GERAIS

Recomenda-se que o Enfermeiro seja o profissional responsável pela checagem, reposição e organização da maleta de materiais. É recomendado dispor de uma lista, junto à maleta, na qual conste os materiais e os medicamentos, bem como suas quantidades e datas de validade, que devem estar presentes na maleta de emergência, para evitar erros (ALEIXO, 2007). Além disso, sugere-se que as maletas de medicamentos e materiais sejam lacradas, e que contenha uma tesoura anexada em uma delas para romper o lacre rapidamente. Recomenda-se ainda que, sempre que a maleta for aberta, o (s) responsável (is) pela abertura/checagem preencha e assine os documentos de ambas as maletas (Anexos I, e II).

7. Referências

1. PONTES, V.O.; FREIRE, I.L.S; MENDONÇA, A.E.O.; SANTANA, S.S.; TORRES, G.V. Atualização Bibliográfica sobre Protocolos para Instituição dos Carros de Emergência. FIEP BULLETIN – V.80 – Special Edition – ARTICLE II – 2010.
2. GOMES, A. G et al. Diretriz de apoio ao suporte avançado de vida em cardiologia - Código Azul - Registro de ressuscitação normatização do carro de emergência. Arq. Bras. Cardiol. p. 3-14,2003. Disponível em: . Acessado em: 10/09/2024.
3. ALEIXO, F. Manual de Enfermagem: unidade de cuidados intensivos. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio – CHBA. 2007. Disponível em: < <http://livrozilla.com/doc/911580/manual-de-enfermagem---centro-hospitalar-dobarlavento-al...> >. Acessado em 10/09/2024.



ANEXO I - MALETA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS PARA UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA:

DATA:

Nº DO LACRE:

MEDICAMENTO	LOTE	VALIDADE	ESTOQUE PADRÃO	ESTOQUE ATUAL
Adrenalina 1 mg/mL. Ampola 1 mL. Solução injetável.			3	
Amiodarona 50 mg/mL Injetável ampola 3ml;			3	
Diazepam 5mg/mL. Ampola 2mL. Solução injetável			2	
Furosemida 10mg/mL. Ampola 2mL. Solução injetável			3	
Glicose 50%. Ampola 10 mL. Solução injetável			3	
Haloperidol 5mg/mL. Ampola 1mL.Solução injetável			1	
Hidrocortisona, succinato sódico 100 mg pó liofilizado. Solução injetável			2	
Hidrocortisona, succinato sódico 500 mg pó liofilizado. Solução injetável			2	
Midazolam 1 mg/mL. Ampola 5 mL. Solução injetável			3	
Flumazenil 0,1mg/ml, ampola 10ml			2	
Prometazina, cloridrato 25 mg/mL. Ampola 2 mL. Solução injetável			2	
Salbutamol 100mcg Spray + espaçador			1	

ANEXO II - MALETA DE MATERIAIS

RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA:
LACRE:

DATA:

Nº DO

MATERIAL	ESTOQUE PADRÃO	ESTOQUE ATUAL	VALIDADE
Abocath 16	2		
Abocath 18	2		
Abocath 20	2		
Abocath 22	2		
Abocath 24	2		



Agulha 13x4,5	5		
Agulha 30x8	5		
Agulha 40x12	5		
Cânula de Guedel nº0,3	1		
Cânula de Guedel nº0,4	1		
Cateter de oxigênio tipo óculos	2		
Cilindro de oxigênio 1m ³	1		
Equipo de soro simples	2		
Escalpe 19	2		
Escalpe 21	2		
Escalpe 25	2		
Esparadrapo hipoalergênico pequeno	1		
Gaze estéril	3		
Luva Cirúrgica 7,5	1		
Luva Cirúrgica 8	1		
Luva Cirúrgica 8,5	1		
Luva de procedimento tam M	10 pares		
Máscara cirúrgica	3		
Óculos	1		
Polifix 2 vias	2		
Ressuscitador com máscara adulto	1		
Ressuscitador com máscara pediátrico	1		
Seringa 05 ml	5		
Seringa 10 ml	5		
Seringa 1cc insulina	3		
Seringa 20 m	3		
Sonda nasogástrica 18	2		
Tesoura ponta romba	1		
Tubo de silicone / TOT/ N° 3, 4, 8,5 e 9	1 de cada N°		
Fio Guia	1		
Umidificador de oxigênio + Látex extensor	1		
Atadura 10 e 15	1 de cada		
Lâmina Bisturi	1 de cada		
Lidocaína gel	1		
Soro Fisiológico 0,9% 250ml	1		
Soro Fisiológico 0,9% 500ml	1		
Soro Glicosado 5% 100ml	1		
Glicoteste	Equipe possui		
Termômetro	Equipe possui		

ANEXO III

MEDICAMENTOS	DILUIÇÃO /RECONSTITUIÇÃO/ VIA
Adrenalina 1 mg/mL. Ampola 1 mL. Solução injetável.	Administrar 0,5 mL (meia ampola) IM puro. Administrar 1mL (1 ampola) puro IV (EM CASOS DE RCP).
Glicose 50%. Ampola 10 ml. Solução injetável	Administrar 10 mL (1 ampola) puro IV.



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000


(41) 3632-1291

Prometazina, cloridrato 25 mg/mL, Ampola 2mL Solução injetável	Administrar 2 mL (1 ampola) puro IM Profundo.
Hidrocortisona, succinato sódico 100 mg pó liofilizado. Solução injetável	Reconstituir em 5 mL Água Destilada, aplicar puro 5 mL (1 ampola) puro IV.
Hidrocortisona, succinato sódico 500 mg pó liofilizado. Solução injetável	Reconstituir em 10 mL Água Destilada, aplicar 10 mL (1 ampola) puro IV
Furosemida 10 mg/mL. Ampola 2 mL. Sol. injetável	Administrar 2 mL (1 ampola) puro, IV lentamente.
Diazepam 5 mg/mL. Ampola 2 mL. Sol. injetável	Administrar 2 mL (1 ampola) puro IV lento
Haloperidol 5mg/mL. Ampola 1mL. Solução injetável	Administrar 1mL (1 ampola) puro ou diluído em até 10 mL em soro glicosado 5%.
Salbutamol 100mcg Spray + espaçador	Conforme prescrição médica
Amiodarona 50 mg/mL Injetável ampola 3ml;	1 ampola de amiodarona (ou 150mg) em 100ml de SG5%, em 10 a 30 minutos, deixando após uma dose de manutenção/ Conforme prescrição médica
Flumazenil 0,1mg/ml, ampola 10ml	5 ml (1 ampola) / Conforme prescrição médica
Midazolam 1 mg/mL. Ampola 5 mL. Solução injetável	5 ml (1 ampola) / Conforme prescrição médica

Fonte: PACK BRASIL ADULTO 2018

PIÊN



	POP 25: Pedidos de Materiais de Farmácia, Expediente e outros	Elaborado: Enf ^a Andréia Simone da Cruz Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 08/09/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Ministério da Saúde ANVISA /OPAS

Atividade: Realizar o planejamento, solicitação, conferência e registro de pedidos de materiais de farmácia, expediente e demais insumos para o funcionamento da Unidade de Saúde.

Responsáveis:

Solicitante: Profissional de enfermagem, administrativo ou outro servidor designado.

Conferência e aprovação: Coordenação da Unidade de Saúde.

Entrega: Setor de farmácia central/ almoxarifado ou fornecedor responsável.

Materiais necessários:

Formulário de pedido ou sistema informatizado de requisições

Planilha/registro de controle de consumo

Assinatura do responsável pela solicitação e da coordenação.

Procedimento (Passo a Passo):

Levantamento de necessidades:

Verificar o consumo médio mensal dos itens.

Avaliar o estoque atual e prazos de validade.

Identificar insumos em falta ou próximos ao vencimento.

Preenchimento da requisição:

Informar nome do material, especificação, quantidade solicitada, setor solicitante e responsável.

Utilizar formulário padronizado ou sistema eletrônico da secretaria/município.

Envio do pedido:

Encaminhar ao setor responsável (farmácia central, almoxarifado ou secretaria).

Respeitar os prazos de envio pré-estabelecidos (ex.: pedidos mensais até o dia X de cada mês).

Conferência e aprovação:

Coordenação revisa os pedidos, evitando solicitações em excessos ou desnecessárias.

Após aprovação, encaminhar ao setor responsável pela distribuição.

Recebimento do material:

Conferir se as quantidades recebidas correspondem ao solicitado.

Verificar integridade e validade dos produtos.

Assinar protocolo de recebimento.

Registro e armazenamento:

Atualizar planilhas/sistema de controle de estoque.

Armazenar conforme POP de Controle e Armazenamento de Estoque.

CUIDADOS E OBSERVAÇÕES:



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291


Evitar pedidos emergenciais, salvo em situações imprevistas.
Manter cópia de todos os pedidos realizados (físico ou digital).
Utilizar critérios de prioridade em casos de limitação de fornecimento.
Solicitar somente materiais necessários, de acordo com o consumo médio da unidade.

Referências

Ministério da Saúde - Planejamento e Organização dos Serviços de Saúde, 2011
ANVISA – RDC nº 430/2020 (Boas práticas de armazenagem e transporte de medicamentos)
OPAS/OMS - Gestão de Estoques em Serviços de Saúde

PIÊN



	POP 26: Controle e Armazenamento de Estoque de Materiais e Medicamentos	Elaborado: Enfª Andréia Simone da Cruz Revisado e aprovado: Enfª Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 08/09/2024	Data de vigência:	Fonte: Ministério da Saúde ANVISA OPAS

Atividade: Realizar o recebimento, conferência, organização, armazenamento, controle e distribuição de materiais e medicamentos, garantindo validade, conservação adequada e disponibilidade contínua para as atividades da Unidade de Saúde.

Executante: Enfermeiro (a), Técnico (a) de Enfermagem e demais profissionais designados, sob supervisão da coordenação da Unidade de Saúde.

CONCEITO: O controle de estoque é o conjunto de ações destinadas a assegurar que todos os insumos e medicamentos estejam armazenados em condições ideais de conservação, dentro do prazo de validade e em quantidade suficiente, evitando desabastecimento e desperdícios.

“O gerenciamento adequado de estoques de medicamentos e insumos é fundamental para assegurar a disponibilidade oportuna, reduzir perdas e garantir a qualidade no atendimento à população.” (Ministério da Saúde - Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, 2006)

Objetivo:

Padronizar os procedimentos de controle e armazenamento de estoque de materiais e medicamentos na Unidade de Saúde, assegurando o uso racional, a qualidade e a segurança no atendimento.

Campo de aplicação:

Depósito de insumos, farmácia e todos os setores da Unidade de Saúde que utilizam materiais e medicamentos.

Materiais necessários:

Prateleiras limpas, ventiladas e identificadas.
Planilhas de controle (manual ou sistema informatizado)
Etiquetas para identificação de validade
Termômetro (quando houver medicamentos que necessitam de refrigeração)
EPIs (luvas, máscara, avental, quando necessário para manipulação)

Procedimento (Passo a Passo):

Recebimento de materiais/medicamentos:

Conferir nota fiscal ou guia de remessa.
Verificar integridade das embalagens e prazos de validade.
Recusar itens danificados ou com validade vencida/próxima do vencimento.

Registro de entrada:

Anotar no sistema ou planilha: nome do item, lote, validade, quantidade recebida e responsável pelo recebimento.

Armazenamento adequado:

Materiais: em prateleiras limpas, acima do piso (mínimo 10 cm), longe de paredes e fontes de



calor/umidade.

Medicamentos: armazenar conforme especificação do fabricante (temperatura ambiente, geladeira específica para vacinas/medicamentos termolábeis, etc.).

Manter organização por grupos e categorias.

Organização pelo método PVPS (Primeiro que Vence, Primeiro que sai):

Colocar os produtos com validade mais próxima à frente.

Usar primeiro os itens que vencerão antes.

Controle de Saída:

Registrar todos os materiais/medicamentos retirados: data, quantidade, destino/setor e responsável.

Inventário periódico:

Realizar contagem mensal (ou conforme rotina da unidade).

Verificar divergências entre estoque físico e registros.

Monitoramento de validade:

Conferir periodicamente prazos de vencimento.

Retirar imediatamente produtos vencidos, destinando-os a descarte seguro (conforme POP de resíduos)

Relatórios e reposição:

Elaborar relatórios mensais de consumo.

Solicitar reposição de acordo com a demanda média e estoque mínimo estabelecido.

CUIDADOS E OBSERVAÇÕES:

Medicamentos termolábeis devem ser armazenados em geladeira exclusiva, com monitoramento de temperatura.

É proibido armazenar alimentos ou bebidas junto aos medicamentos.

Garantir acesso restrito ao local de armazenamento.

Realizar limpeza periódica do ambiente de estoque.


Referências

Ministério da Saúde - Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções Técnicas para sua Organização, 2006

ANVISA – RDC nº 430/2020 (Boas práticas de distribuição, armazenagem e transporte de medicamentos)

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) - Diretrizes para armazenamento de medicamentos



	POP 27: Organização e Limpeza de Ambientes de Saúde	Elaborado: Enfª Andréia Simone da Cruz Revisado e aprovado: Enfª Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 05/09/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Ministério da Saúde - Manual de Limpeza Hospitalar; ANVISA –RDC 306/2004

Atividade: Realizar a limpeza, desinfecção e organização de todos os ambientes da unidade de saúde, garantindo biossegurança, prevenção de infecções e condições adequadas para atendimento de pacientes e trabalho de equipe.

Executantes: Equipe de enfermagem e profissionais de limpeza da unidade.

Conceito: “ Conjunto de ações sistemáticas de limpeza, desinfecção e organização dos ambientes da unidade de saúde, realizadas para garantir biossegurança, prevenir infecções e manter condições seguras e adequadas para pacientes, profissionais e visitantes.”(saude.goiania.go.gov.br)

Materiais necessários:

Luvas descartáveis, Máscara cirúrgica, Avental ou jaleco, Panos de limpeza ou lenços, descartáveis, Balde e esfregão, Detergente neutro, Desinfetante hospitalar (quaternário de amônia ou cloro a 1%), Sacos de lixo apropriados para resíduos de saúde.

Campo de Aplicação:

Todas as áreas da unidade de saúde (salas de atendimento, consultórios, recepção, banheiros, corredores, estoque e salas de procedimentos).

Procedimento (Passo a Passo):

Preparação do ambiente:

Retirar materiais e objetos pessoais do local a ser limpo.
Abrir janelas ou garantir ventilação adequada.
Equipar-se com EPIs (luvas, máscara, avental).

Limpeza de superfícies:

Limpar poeira e resíduos visíveis com pano úmido e detergente neutro.
Desinfetar superfícies de contato freqüente (mesas, cadeiras, maçanetas, interruptores) com desinfetante hospitalar.
Trocar o pano de limpeza ou lenço descartável entre ambientes para evitar contaminação cruzada.

Pisos:

Varrição e remoção de resíduos visíveis.
Lavagem com solução de detergente neutro e desinfetante hospitalar.
Secagem adequada antes da liberação do ambiente.

Banheiros:

Limpeza de vasos, pias, torneiras e pisos com desinfetante hospitalar.
Reposição de papel toalha, sabonete e sacos de lixo.



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291

Retirada diária de resíduos.

Lixo e resíduos de saúde:

Separar resíduos comuns, recicláveis e resíduos de serviços de saúde (PGRSS)
Fechar sacos de lixo corretamente e armazenar em local adequado para coleta.

Organização Final:

Repor móveis, equipamentos e materiais retirados para limpeza.
Garantir que o ambiente esteja pronto para uso.
Registrar no check-list diário de limpeza.

CUIDADOS E OBSERVAÇÕES:


Trocar EPIs sempre que estiverem contaminados.
Não misturar produtos químicos diferentes (ex: cloro com amônia)
Evitar contato direto da solução desinfetante com a pele e mucosas.

Referências normativas

Ministério da Saúde - Manual de Limpeza Hospitalar
ANVISA – RDC 306/2004 (Resíduos de Serviços de Saúde)

PIÊN



 SECRETARIA DE SAÚDE	POP 28: Limpeza diária da Unidade de Saúde	Elaborado: Enf ^a Andréia Simone da Cruz Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 08/09/2024	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde - ANVISA

Atividade: Executar a limpeza geral de todos os ambientes da Unidade de Saúde, de forma programada e sistemática, assegurando biossegurança, conforto e qualidade no atendimento.

Executante: Equipe de limpeza da unidade de saúde, sob supervisão da enfermagem

CONCEITO: A limpeza diária consiste no conjunto de ações programadas de higienização de ambientes de saúde, realizadas com detergentes e desinfetantes adequados, visando a redução da carga microbiana, a organização dos espaços e a prevenção de infecções.

“A limpeza diária é fundamental para reduzir a presença de microrganismos, manter a segurança e proporcionar condições adequadas de atendimento em serviços de saúde.”

(Adaptado de: **Ministério da Saúde -Manual de Higienização e Limpeza de Ambientes de Saúde, 2012**)

Objetivo:

Padronizar a execução da limpeza diária em todas as áreas da Unidade de Saúde, garantindo ambientes adequados para pacientes, profissionais e visitantes.

Campo de aplicação:

Consultórios, salas de vacina, sala de curativos, farmácia, recepção, banheiros, corredores, depósitos e demais áreas da Unidade de Saúde.

Materiais necessários:

Luvas descartáveis

Máscara cirúrgica

Avental/jaleco de proteção

Panos descartáveis ou exclusivos para cada ambiente

Balde e esfregão

Detergente neutro

Desinfetante de uso hospitalar (hipoclorito de sódio 1%, álcool 70% ou quaternário de amônia)

Sacos de lixo (comum e resíduos de saúde)

Check-list diário de limpeza.

Procedimento (Passo a Passo):

Preparação:

Utilizar EPIs adequados.

Recolher e descartar resíduos em sacos adequados.

Garantir ventilação dos ambientes durante a limpeza.

Superfícies e mobiliários:

Limpar mesas, cadeiras, bancadas, balcões e equipamentos com detergente neutro.

Desinfetar superfícies de maior contato (maçanetas, interruptores, corrimãos).



Pisos:

Varrer ou aspirar para remoção de poeira e resíduos.
Lavar com solução de detergente neutro.
Aplicar desinfetante hospitalar, respeitando tempo de contato.

Banheiros:

Lavar e desinfetar vasos, pias, torneiras, pisos e paredes.
Repor papel higiênico, papel toalha e sabonete líquido.

Áreas externas e de circulação:

Manter corredores, recepção e áreas de espera limpos e organizados.
Recolher lixos sempre que necessário.

Finalização:

Reorganizar móveis e equipamentos.
Garantir que todos os resíduos foram devidamente separados e descartados.
Preencher check-list diário de limpeza.


CUIDADOS E OBSERVAÇÕES

Nunca misturar produtos químicos diferentes.
Utilizar panos e materiais exclusivos por ambiente.
Substituir panos sempre que estiverem sujos.
Registrar intercorrências (falta de insumos, problemas estruturais).

Referências

Ministério da Saúde - Manual de Higienização e Limpeza de Ambientes de Saúde (2012)
ANVISA – RDC 306/2004 (Resíduos de Serviços de Saúde)
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - Manual de Higienização e Limpeza, 2022.



 SECRETARIA DE SAÚDE	POP 29: Desinfecção Recorrente em Unidade de Saúde	Elaborado: Enf ^a Andréia Simone da Cruz Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 08/09/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Ministério da Saúde - ANVISA

Atividade: Realizar a limpeza e desinfecção frequente de superfícies e ambientes durante o expediente da Unidade de saúde, assegurando a redução microbiana e a prevenção de infecções.

Executante: Equipe de limpeza da unidade de saúde, com supervisão da enfermagem.

CONCEITO: A desinfecção recorrente consiste na higienização repetida e programada de superfícies e objetos de maior contato em ambientes de saúde, realizada em intervalos regulares ao longo do dia, para reduzir risco de contaminação e garantir biossegurança.

“A limpeza concorrente ou recorrente deve ser realizada durante a permanência dos pacientes nos ambientes, priorizando superfícies de contato freqüente, a fim de reduzir disseminação de microrganismos.” (Adaptado de: **Ministério da Saúde - Manual de Higienização e Limpeza de Ambientes de Saúde, 2012**)

Objetivo: Padronizar a rotina de desinfecção recorrente em Unidades de Saúde, garantindo ambientes limpos e seguros durante todo o período de atendimento.

Campo de aplicação:

Salas de atendimento, consultórios, recepção, sala de vacina, sala de curativos, banheiros, corredores e demais áreas de circulação de pacientes e profissionais.

Materiais necessários:

Luvas descartáveis
Máscara cirúrgica
Avental/jaleco de proteção
Panos descartáveis ou exclusivos por área
Balde e esfregão (quando necessário)
Detergente neutro
Desinfetante de uso hospitalar (ex.: álcool 70%, hipoclorito de sódio a 0,5-1%, quaternário de amônio)
Sacos de lixo apropriados
Check-list de desinfecção recorrente.

Procedimento (Passo a Passo):

Planejamento:

Estabelecer cronograma de desinfecção ao longo do dia (ex.: a cada 2-3 horas, ou conforme fluxo de pacientes).

Utilizar EPIs antes de iniciar o procedimento.

Áreas críticas e superfícies de contato freqüente:

Higienizar maçanetas, corrimãos, interruptores, balcões, mesas, cadeiras e equipamentos utilizados pelos pacientes.

Em salas de vacinas e curativos, reforçar a limpeza de macas e bancadas após cada



atendimento.

Banheiros e áreas comuns:

Limpeza recorrente de vasos, pias e pisos, pelo menos **3 vezes ao dia** ou conforme necessidade.

Reposição de insumos (papel toalha, papel higiênico, sabonete líquido).

Resíduos:

Recolher lixo sempre que necessário, evitando acúmulo.

Separar corretamente os resíduos comuns e de saúde (PGRSS).

Registro:

Preencher check-list de desinfecção recorrente, garantindo rastreabilidade.

Cuidados e observações:

Utilizar panos diferentes para cada ambiente.

Nunca misturar produtos químicos.

Reforçar desinfecção em períodos de maior fluxo de pacientes.

Registrar ocorrências ou intercorrências (ex.: falta de insumos, produtos inadequados).


Referências

Ministério da Saúde - Manual de Higienização e Limpeza de Ambientes de Saúde (2012)

ANVISA – RDC 306-2004

Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - Manual de Higienização e Limpeza, 2022.



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 30 - Desinfecção Terminal em Unidade de Saúde	Elaborado: Enf ^a Andréia Simone da Cruz Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 05/09/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Ministério da Saúde - Manual de Limpeza Hospitalar; ANVISA –RDC 306/2004

Atividade: Realizar a limpeza e desinfecção completa dos ambientes da unidade de saúde ao final do turno ou após utilização em casos de risco biológico, garantindo biossegurança e prevenção de infecções.

Executante: Equipe de limpeza da unidade de saúde, sob supervisão da enfermagem.

CONCEITO: Processo de higienização e desinfecção minuciosa de todas as superfícies, móveis e equipamentos de um ambiente da unidade de saúde, realizado de forma periódica ou sempre que necessário, com o objetivo de reduzir a carga microbiana e prevenir infecções.

“ A desinfecção terminal consiste na limpeza e desinfecção completa do ambiente após o uso, garantindo a interrupção da cadeia de transmissão de microorganismos e proporcionando segurança a pacientes e profissionais.”(Adaptado de: **Manual de Higienização e Limpeza de Ambientes de Saúde, 2012 e SMS Goiânia, 2022)**

Objetivo:

Padronizar a desinfecção terminal nas Unidades de Saúde, assegurando ambientes limpos, seguros e adequados para o atendimento da comunidade.

Campo de aplicação:

Consultórios, salas de vacina, sala de curativos, sala de procedimentos, farmácia, recepção, banheiros e demais áreas assistenciais da Unidade de Saúde.

Materiais necessários:

Luvas descartáveis
Máscara cirúrgica
Avental/jaleco de proteção
Panos descartáveis ou de uso exclusivo para cada área
Balde e esfregão
Detergente neutro
Desinfetante hospitalar (ex.: hipoclorito de sódio 1% ou quaternário de amônia)
Sacos de lixo (comum e resíduos de saúde)
Check-list de desinfecção.

Procedimento (Passo a Passo):

Preparação:

Organizar o ambiente, retirando lixos e materiais não utilizados.
Colocar EPIs adequados.
Garantir ventilação do local.

Limpeza inicial:

Remover poeira e sujidades visíveis de superfícies e pisos.
Utilizar detergente neutro para higienização inicial.



Desinfecção:

Aplicar desinfetante em superfícies de maior contato (macas, cadeiras, mesas, maçanetas, interruptores, equipamentos de uso frequente).

Respeitar o tempo de ação recomendado pelo fabricante.

Realizar a lavagem do piso com solução desinfetante adequada.

Banheiros:

Higienizar vaso sanitário, pia, torneiras e piso com desinfetante.

Repor insumos (sabão, papel toalha, papel higiênico).

Finalização:

Reorganizar móveis e equipamentos.

Descartar resíduos de forma adequada.

Preencher check-list de desinfecção terminal.

CUIDADOS E OBSERVAÇÕES:

Não misturar produtos químicos diferentes.

Realizar a desinfecção terminal diariamente, ao final do expediente, e sempre que houver risco biológico (ex: atendimento de paciente com suspeita de tuberculose, COVID-19 ou outra doença infectocontagiosa).

Trocar EPIs sempre que necessário.


Referências

Ministério da Saúde - Manual de Higienização e Limpeza de Ambientes de Saúde (2012)

ANVISA – RDC 306/2004

Secretaria Municipal de Goiânia - Manual de Higienização e Limpeza, 2022.



	POP 31: Manuseio e Descarte de Resíduos de Saúde	Elaborado: Enf ^a Andréia Simone da Cruz Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 08/09/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Ministério da Saúde - ANVISA

Atividade: Realizar a segregação, acondicionamento, identificação, armazenamento e descarte adequado dos resíduos gerados na Unidade de Saúde, conforme normas sanitárias vigentes.

Executante: Equipe de limpeza, equipe de enfermagem e demais profissionais da saúde, sob supervisão da coordenação da unidade.

CONCEITO: Resíduos de serviços de saúde (RSS) são todos os materiais resultantes de atividades assistenciais, laboratoriais, odontológicas, farmacêuticas e outras práticas em saúde que, devido às suas características, exigem manejo diferenciado para minimizar risco à saúde pública, ao meio ambiente e à segurança dos trabalhadores.

“Os resíduos dos serviços de saúde devem ser manejados de forma a reduzir a produção e proporcionar um encaminhamento seguro, de acordo com as normas técnicas, visando a preservação da saúde pública e do meio ambiente.” (ANVISA – RDC nº 306/2004)

Objetivo:

Padronizar o manuseio e descarte dos resíduos gerados na Unidade de Saúde, garantindo biossegurança, proteção da equipe e conformidade com a legislação sanitária vigente.

Campo de aplicação:

Todas as áreas da Unidade de Saúde: consultórios, sala de vacinas, curativos, farmácia, recepção, banheiros e demais setores.

Materiais necessários:

EPIs: luvas de procedimento, máscara, avental impermeável, óculos de proteção (quando necessário)

Sacos plásticos identificados por cor (conforme ABNT NBR 12809/1993 e RDC 222/2018):

Branco leitoso: resíduos infectantes

Amarelo: perfurocortantes (em caixas rígidas)

Preto: resíduos comuns

Verde ou azul: recicláveis (quando aplicável)

Contentores coletores de resíduos

Etiquetas de identificação dos resíduos

Carrinho para transporte interno de resíduos

Procedimento (Passo a Passo):

Segregação:

Realizar a separação dos resíduos no momento e local de sua geração.

Utilizar sacos coletores adequados para cada tipo de resíduo.

Acondicionamento:

Resíduos comuns: saco preto.

Resíduos infectantes (gazes, luvas, material de curativo, secreções): saco branco leitoso.

Perfurocortantes (agulhas, lâminas, ampola de vidro): caixa rígida amarela, resistente à



punctura.

Resíduos químicos (medicamentos vencidos, restos de soluções): recipientes próprios, conforme orientação técnica.

Identificação:

Todos os sacos e recipientes devem estar identificados com rótulos específicos.

Armazenamento temporário:

Os resíduos devem ser mantidos em local apropriado, ventilado, limpo e de acesso restrito, até a coleta externa.

Transporte interno:

Realizado em carrinho fechado e exclusivo para resíduos.

Proibido arrastar sacos no chão ou transportá-los manualmente sem proteção.

Coleta e destinação final:

A coleta externa deve ser feita por empresa licenciada ou serviço municipal de coleta de RSS.

A unidade deve manter registro da destinação dos resíduos.

CUIDADOS E OBSERVAÇÕES

Nunca reencapar, entortar ou desconectar agulhas antes do descarte.

Substituir sacos quando atingirem 2/3 da capacidade.

Perfurocortantes devem ser descartados imediatamente após o uso, sem ultrapassar o limite de $\frac{3}{4}$ da caixa.

Manter registro e rastreabilidade do descarte.

Referências


ANVISA – RDC nº 306/2004 (Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde)

ANVISA – RDC nº 222/2018 (Boas Práticas no Gerenciamento de RSS)

ABNT NBR 12809/1993 (Coleta, acondicionamento e transporte interno de resíduos)

Ministério da Saúde - Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 31: ACONDICIONAMENTO E SELAMENTO DO INSTRUMENTAL/MATERIAL PARA ESTERILIZAÇÃO	Elaborado: Enfª Patrícia Moreira Icker Revisado e aprovado: Enfª Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Acondicionamento e selamento do instrumental/material para esterilização

Executante: Enfermeiros e técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal

Objetivo/ação: Estabelecer procedimento para manutenção da esterilidade dos materiais dentro das UBS, evitando a penetração de microrganismos após o processo de esterilização, oferecendo segurança e qualidade no atendimento ao usuário.

Materiais necessários:

EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos e luvas de procedimento); Álcool 70%; Papel grau cirúrgico; Tesoura; Seladora;

Descrição do procedimento/Técnica:

Higienizar as mãos; Utilizar EPI's; Aquecer a seladora;

Separar o material a ser esterilizado na embalagem de grau cirúrgico;

Separar o papel grau cirúrgico de acordo com o tamanho, comprimento e largura necessários. Evitar pacotes muito grandes ou apertados. Deixar em torno de 1 cm de folga ao redor dos artigos, para que não haja rompimento do selamento e para que seja possível a penetração do agente esterilizante (vapor saturado por pressão) durante o processo de esterilização;

Pinças, tesouras e afins devem estar abertos, de forma a facilitar a penetração do vapor;

Posicionar uma das extremidades da embalagem na seladora com o lado do papel para baixo e o lado do plástico para cima, selar o pacote, deixando cerca de 1 centímetros entre a área selada e a borda do papel grau cirúrgico, sendo a borda da abertura 3cm, o que facilitará a abertura asséptica do pacote;

Evitar a formação de pregas, ou a queima do papel, esticando a embalagem ao posicionar na seladora;

Retirar o pacote selado e verificar a qualidade da vedação do selamento;

Aplicar fita adesiva indicadora contendo a identificação/descrição do conteúdo, data da esterilização, validade da esterilização, assinatura do responsável pela esterilização, lote ou ciclo). Todos os pacotes deverão conter fita adesiva indicadora contendo estes dados.

Acondicionar os pacotes com os materiais na autoclave (POP 02).

7. Referências

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15**, de 15 de março de 2012. Brasília, DF: ANVISA, 2012. Disponível em: Acesso em:

08/09/2025. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291


Acesso em: 08/09/2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem**. 4ª versão. Ponta Grossa, 2024. SOBECC; **Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde**. 8. ed. São Paulo: Manole, 2021.

1º-11-1961

PIÊN



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 32: Acondicionamento do Instrumental/Material na Autoclave e Esterilização	Elaborado: Enf ^a Patrícia Moreira Icker Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Acondicionamento do instrumental/material na autoclave e esterilização

Executante: Enfermeiros e técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal

Objetivo/ação: Assegurar o correto posicionamento dos pacotes e a perfeita esterilização dos artigos por meio de adequada circulação do agente esterilizante (vapor saturado por pressão).

Descrição do procedimento/Técnica:

Higienizar as mãos;

Utilizar EPI's;

Verificar se os pacotes estão totalmente selados e identificados, conforme POP 01;

Dispor os pacotes de forma a não ultrapassar 70% da capacidade da câmara;

Dispor os pacotes com a parte plástica voltada para baixo e a parte de papel voltada para cima;

Atentar para não encostar os pacotes nas paredes da câmara;

Colocar caixas metálicas (quando houver) com a tampa voltada para cima ou lateralizada;

Verificar o nível de água do reservatório (utilizar a quantidade indicada pelo fabricante). Água em excesso provoca umidade na embalagem e a falta de água pode ocasionar a queima dos pacotes;

Fechar a autoclave, conforme manual do fabricante;

Iniciar a operação da autoclave;

Acompanhar o ciclo de esterilização, observando se autoclave atingiu a pressão e temperatura ideal preconizadas e informadas pelo fabricante;

Após conclusão do ciclo de esterilização deixar porta da autoclave entreberta para secagem completa do material;

Não colocar os pacotes sobre superfícies frias após a esterilização para que não haja condensação. Os materiais devem estar completamente frios, antes de serem manipulados ou removidos da autoclave, porque as bactérias das mãos podem passar para embalagem, com risco de contaminar seu interior;

A esterilização deverá ser realizada monitorando os parâmetros conforme POP;

Limpar a câmara interna do equipamento após o uso;

7. Referências

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15**, de 15 de março de 2012. Brasília, DF: ANVISA, 2012. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html Acesso em:



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000


(41) 3632-1291

08/09/2025.

SOBECC; **Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde.** 8. ed. São Paulo: Manole, 2021.





 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 33: Teste Químico Diário Com Emulador Químico Classe 6	Elaborado: Enfª Patrícia Moreira Icker Revisado e aprovado: Enfª Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: TESTE QUÍMICO DIÁRIO COM EMULADOR QUÍMICO CLASSE 6

Executante: Enfermeiros e técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal

Objetivo/ação: Verificar as condições relacionadas ao tempo, temperatura e qualidade do vapor para alcance da esterilização, atendendo aos parâmetros estipulados.

Os emuladores simulam o comportamento de um item específico exposto a essas condições para fornecer uma análise mais detalhada da esterilização realizada.

Frequência: diariamente, em todos os ciclos de esterilização;

Descrição do procedimento/Técnica:

Colocar o emulador químico entre os pacotes que passarão pelo processo de esterilização;

Iniciar o funcionamento da autoclave (POP 02);

Acompanhar o ciclo e registrar os dados em planilha específica para este fim (anexa);

Ao término do ciclo, aguardar o resfriamento do equipamento;

Realizar a leitura do emulador e anotar;

Informações complementares:

Se houver alteração nos dados, informar a enfermeira (RT) para que possa tomar as medidas cabíveis.

7. Referências

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15**, de 15 de março de 2012. Brasília, DF: ANVISA, 2012. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html Acesso em:

08/09/2025.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIÊN
Secretaria Municipal de Saúde.


CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL

TIPO DE TIRA	DATA	MATERIAL	INÍCIO	FIM	TEMP./PRESSÃO	RESP	INDICADOR
QUÍMICA							
QUÍMICA							
QUÍMICA							
QUÍMICA							
QUÍMICA							
LIMPEZA							
QUÍMICA							
QUÍMICA							
QUÍMICA							
QUÍMICA							
QUÍMICA							
LIMPEZA							

Nos campos em destaque o integrador e a limpeza do equipamento.

O certificado de qualificação deverá estar junto a este. Qualificação válida até:/...../.....



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 34: Teste Biológico em Autoclave	Elaborado: Enf ^a Patrícia Moreira Icker Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: TESTE BIOLÓGICO EM AUTOCLAVE

Executante: Enfermeiros e técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal

Objetivo/ação: Verificar a eficácia da esterilização de cada autoclave.

Frequência: Semanalmente

Descrição do procedimento/Técnica:

Higienizar as mãos;

Separar o material necessário para a montagem do pacote para teste: uma gaze, duas compressas cirúrgicas, indicador biológico e papel grau cirúrgico;

Retirar o rótulo do indicador biológico e registrar, neste rótulo, o lote de esterilização, a data do teste, rubrica do responsável, semana epidemiológica e nome da UBS. Reinsere o rótulo no frasco do indicador biológico;

Envolver a ampola em uma gaze, em seguida, em duas compressas cirúrgicas.

NÃO ATIVAR A AMPOLA, NÃO PRESSIONAR A PARTE SUPERIOR (TAMPA MARROM) E NÃO COMPRIMIR A AMPOLA.

Colocar o teste biológico no interior do pacote grau cirúrgico e selar;

Iniciar esterilização;

Aguardar o fim do ciclo e o resfriamento da câmara da autoclave;

Retirar o pacote, deixar esfriar;

Ligar a incubadora: após 15 minutos de aquecimento, o processo de incubação pode ser executado.

Inserir a ampola controle: todas as vezes que o teste for realizado, deverá ser inserida uma ampola controle;

Identificar a ampola controle, retirando o rótulo e registrando, no mesmo, o lote de esterilização, a data do teste, rubrica do responsável, semana epidemiológica e nome da UBS. Reinsere o rótulo no frasco do indicador biológico.

Ativar uma ampola controle de indicador biológico (a qual não passou pelo processo de esterilização), comprimindo o frasco até quebrar a ampola de vidro, para que o meio de cultura entre em contato com os esporos da tira de papel, utilizando a parede da incubadora.

Coloque a ampola controle em uma das caselas da câmara de incubação da incubadora;

Após o resfriamento do pacote com a ampola teste, retirar o frasco do identificador biológico da



embalagem;

Ativar o indicador biológico (ampola teste) comprimindo o frasco até quebrar a ampola de vidro, para que o meio de cultura entre em contato com os esporos da tira de papel, utilizando a parede da incubadora.

Iniciar o processo de incubação da ampola teste (no máximo duas horas após o término do ciclo de esterilização;

Coloque o indicador biológico ativado (ampola teste) em uma das caselas da câmara de incubação por 24 horas;

Retirar os rótulos da ampola controle e da ampola teste, inseri-los na planilha de controle anexa;

Informações complementares:

Interpretação dos resultados

Ampola controle

Teste Positivo: A cor do indicador mudará para amarelo, ou seja, os esporos, que não passaram por ciclo de esterilização e estão vivos, mudarão o meio de cultura para amarelo.

Ampola teste

Teste Negativo: A cor do indicador se manterá púrpura (cor original), ou seja, os esporos não sobreviveram ao ciclo de esterilização, o meio de cultura permanecerá na cor original.

Teste Positivo: A cor do indicador mudará para amarelo, ou seja, os esporos, que não passaram por ciclo de esterilização e estão vivos, mudarão o meio de cultura para amarelo.

As ampolas controle, após a realização da incubação, deverá ser esterilizadas/autoclavadas, em pacotes de papel grau, para serem descartadas. O descarte deve ser realizado em recipiente para perfurocortantes (GRUPO E), devido ampola de vidro e material químico/biológico.

Se houver alteração nos dados, informar a enfermeira (RT) para que possa tomar as medidas cabíveis.

7. Referências

PFLUG, I., J. **Microbiology and Engineering of Steriization Processes**. 7. ed. Minneapolis, MN: Environmental Sterilization Laboratory, 1990.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIÊN
Secretaria Municipal de Saúde.

REGISTRO DE CONTROLES BIOLÓGICOS



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291

Ficha de Registro de Resultados

Nº. de identificação da Autoclave: _____

Semana de ____/____/____ a ____/____/____

1-

Data da Avaliação: ____/____/____	
Teste	Controle
Cole aqui a etiqueta do I.B. teste	Cole aqui a etiqueta do I.B. controle
Negativo (roxo) () Positivo (amarelo) ()	() Positivo (amarelo) () () Negativo (roxo) ()
Aprovado <input type="checkbox"/>	Reprovado <input type="checkbox"/>
Assinatura: _____	
Resultado	

2-

Data da Avaliação: ____/____/____	
Teste	Controle
Cole aqui a etiqueta do I.B. teste	Cole aqui a etiqueta do I.B. controle
Negativo (roxo) () Positivo (amarelo) ()	() Positivo (amarelo) () () Negativo (roxo) ()
Aprovado <input type="checkbox"/>	Reprovado <input type="checkbox"/>
Assinatura: _____	
Resultado	

3-

Data da Avaliação: ____/____/____	
Teste	Controle
Cole aqui a etiqueta do I.B. teste	Cole aqui a etiqueta do I.B. controle
Negativo (roxo) () Positivo (amarelo) ()	() Positivo (amarelo) () () Negativo (roxo) ()
Aprovado <input type="checkbox"/>	Reprovado <input type="checkbox"/>
Assinatura: _____	
Resultado	

4-

Data da Avaliação: ____/____/____	
Teste	Controle
Cole aqui a etiqueta do I.B. teste	Cole aqui a etiqueta do I.B. controle
Negativo (roxo) () Positivo (amarelo) ()	() Positivo (amarelo) () () Negativo (roxo) ()
Aprovado <input type="checkbox"/>	Reprovado <input type="checkbox"/>
Assinatura: _____	
Resultado	

5-

Data da Avaliação: ____/____/____	
Teste	Controle
Cole aqui a etiqueta do I.B. teste	Cole aqui a etiqueta do I.B. controle
Negativo (roxo) () Positivo (amarelo) ()	() Positivo (amarelo) () () Negativo (roxo) ()
Aprovado <input type="checkbox"/>	Reprovado <input type="checkbox"/>
Assinatura: _____	
Resultado	

6-

Data da Avaliação: ____/____/____	
Teste	Controle
Cole aqui a etiqueta do I.B. teste	Cole aqui a etiqueta do I.B. controle
Negativo (roxo) () Positivo (amarelo) ()	() Positivo (amarelo) () () Negativo (roxo) ()
Aprovado <input type="checkbox"/>	Reprovado <input type="checkbox"/>
Assinatura: _____	
Resultado	


Observações:

- Ciclo 1: _____
- Ciclo 2: _____
- Ciclo 3: _____
- Ciclo 4: _____
- Ciclo 5: _____
- Ciclo 6: _____

Obs.: Somente esta combinação fornece o resultado aprovado.

OBS.: O teste biológico é considerado aprovado quando o conteúdo do I.B. controle muda de cor para amarelo e o I.B. teste permanece roxo após o tempo determinado pelo fabricante (24-48 horas, segunda geração). Outros resultados são considerados falhos.



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 35: Limpeza da Autoclave	Elaborado: Enf ^a Patrícia Moreira Icker Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: LIMPEZA DA AUTOCLAVE

Executante: Enfermeiros e técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal

Objetivo/ação: Limpeza e conservação da autoclave.

Frequência: Semanalmente

Descrição do procedimento/Técnica:

Higienizar as mãos;

Desligar autoclave da rede elétrica;

Utilizar EPI's, sendo: gorro, luvas de borracha de cano alto, máscara, óculos de proteção, avental descartável sobre o jaleco e o avental impermeável sobre o avental descartável;

Retirar as prateleiras e divisórias, quando existentes;

Limpar parte externa e interna (cuba) com esponja de limpeza (lado amarelo, macio), com água e sabão;

Enxaguar com pano úmido (compressa cirúrgica) partes internas e externas;

Lavar e esfregar as prateleiras com esponja macia (lado amarelo);

Enxaguar as prateleiras em água corrente;

Secar as prateleiras com pano limpo e seco;

Organizar e guardar materiais utilizados para limpeza;

Descartar avental descartável;

Higienizar as mãos;

Anotar data da limpeza na tabela Controle de Esterilização de Materiais (anexa ao POP 03);


7. Referências

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15**, de 15 de março de 2012. Brasília, DF: ANVISA, 2012. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html Acesso em: 08/09/2025.

BARE, B. G.; SMELTEZER, S. C. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 36: Limpeza Mecânica dos Instrumentais	Elaborado: Enf ^a Patrícia Moreira Icker Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: LIMPEZA MECÂNICA DOS INSTRUMENTAIS

Executante: Enfermeiros e técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal

Objetivo/ação: Lavagem e preparação dos instrumentais para ciclo de limpeza e esterilização.

Descrição do procedimento/Técnica:

Higienizar as mãos;

Separar material necessário;

Vestir os EPI's necessários (avental impermeável, óculos, máscara, touca e luvas de procedimento);

Realizar pré-lavagem com detergente neutro;

Esfregar todas as superfícies do artigo (interno e externo, articulações, cremalheira das pinças, lúmens, do sentido proximal para o distal), por no mínimo 5 vezes. Utilizar uma escova com cerdas firmes e macias, sem muita força, apenas para tirar os restos de detritos visíveis. Não utilize buchas ou esponjas de aço, pois elas criarão ranhuras que se tornam zonas de retenção de matéria orgânica;

Para artigos com lúmen deve ser utilizado escova macia, ajustada ao tamanho do lúmen e jato de água pressurizados para auxiliar na remoção da sujidade, tanto dos lúmens como das reentrâncias;

Os materiais que tiveram contato com matéria orgânica deverão ser colocados no detergente enzimático;

Colocar a diluição em um recipiente de plástico com tampa identificado com a data, horário e responsável pela diluição;

A diluição deve ser feita acordo com fabricante, em média de 2 a 5 ml por litro de água (verificar rótulo da embalagem);

Imergir o instrumental aberto (quando houver articulações) na solução de água e detergente enzimático por alguns minutos;

O tempo padrão de imersão no enzimático é em média de 5 minutos, podendo variar de acordo com o fabricante (verificar o rótulo da embalagem);

Realizar limpeza com detergente neutro novamente se necessário, removendo a sujidade grosseira dos instrumentais com água corrente;

Separar os artigos que serão esterilizados: os pesados, os delicados e os com características perfurocortantes devem ser lavados primeiro e separados dos demais para prevenir acidentes



durante o processo de limpeza;

Enxaguar os materiais abundantemente em água corrente potável, inclusive a parte interna dos tubos/ lumens com auxílio de seringa de 20 ml (no mínimo 5 vezes), para remoção de resíduos de detergente, sujidades desprendidas e outros contaminantes, a permanência destes, podem causar danos ao instrumental e reações adversas nos pacientes;

Após o enxágue, realizar inspeção final na busca de alguma sujidade que eventualmente tenha sido esquecida;

Secar material com pano limpo e seco (compressa cirúrgica);

Retirar os EPI'S ao término das atividades;

Manter local limpo e organizado;

Higienizar as mãos.

7. Referências


ANVISA. **Informe Técnico n.01/09. Princípios básicos para limpeza de instrumental cirúrgico em Serviços de Saúde.** Brasília, DF: ANVISA, 2009. Disponível em:

https://www.anvisa.gov.br/servicodesaude/control/Alertas/2009/informe_tecnico_1.pdf%3E

Acesso em: 15/09/2025

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA. **Fundação Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem.** 4. v. Ponta Grossa, 2024.



 PIÊN PREFEITURA	POP 37: Desinfecção com Hipoclorito 1%	Elaborado: Enfª Patrícia Moreira Icker Revisado e aprovado: Enfª Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: DESINFECÇÃO COM HIPOCLORITO 1%

Executante: Enfermeiros e técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal

Objetivo/ação: O hipoclorito de sódio 1% é um desinfetante à base de cloro. Possui ação bactericida, atuando como elemento oxidativo em cadeias proteicas de microrganismos. É indicado para desinfecção, para Produtos Para Saúde - PPS semicríticos, como: plásticos, borracha, máscara de inalação e chicotes, nebulizadores com traqueias e superfícies fixas não metálicas.

Descrição do procedimento/Técnica:

Como preparar solução de hipoclorito de sódio para desinfecção:

Usar a concentração de hipoclorito de sódio disponível na instituição, indicada no rótulo da embalagem, para misturar a concentração da solução desinfetante de acordo com o uso pretendido, seguindo as indicações da tabela abaixo;

Concentração de Hipoclorito de sódio	Concentração da solução desinfetante							
	0,05%		0,1%		0,5%		1%	
	Para lavagem de roupa.		Para desinfetar superfícies, pisos e utensílios de limpeza.		Para derramar em fluidos corporais (sangue, vômito, etc.)		Materiais não autoclavados (termossensíveis)	
Hipoclorito de sódio	Quantidade de água	Hipoclorito de sódio	Quantidade de água	Hipoclorito de sódio	Quantidade de água	Hipoclorito de sódio	Quantidade de água	
1%	50ml	950ml	100ml	900ml	500ml	500ml	1000ml	--
3%	15ml	985ml	30ml	970ml	154ml	854ml	308ml	692ml
4%	13ml	987ml	25ml	975ml	125ml	875ml	250ml	750ml
5%	10ml	990ml	20ml	980ml	100ml	900ml	200ml	800ml
10%	5ml	995ml	10ml	990ml	50ml	950ml	100ml	900ml

Unidade de Mudanças Climáticas e Determinantes Ambientais da Saúde Departamento de Doenças Transmissíveis e Determinantes Ambientais da Saúde

Usar medidas de proteção, como luvas, máscara, proteção para os olhos e avental, para misturar as soluções;

Preparar as soluções diariamente. Se não for necessário um litro por dia, ajustar as quantidades conforme tabela;

Usar um recipiente opaco, com tampa e de uso exclusivo, previamente identificado: identificação da solução desinfetante, horário que foi preparada, tempo de validade,



assinatura/COREN do profissional que realizou o preparo da solução, horário de imersão e retirada dos produtos, itens desinfetados e assinatura/COREN do profissional executor;
Adicionar a quantidade de hipoclorito de sódio à quantidade de água indicada na tabela;
Não misturar hipoclorito de sódio com outros detergentes ou produtos de limpeza.
Guardar o hipoclorito de sódio em local seguro e não exposto à luz e ao calor;

Preparação do material a ser higienizado:

Após lavagem e secagem, imergir completamente todas as peças no recipiente contendo solução de hipoclorito, preenchendo todas as estruturas ocas e lumens com o auxílio de uma seringa de 20 ml. Os materiais leves, que tendem a boiar, devem ser mantidos imersos por meio de estruturas plásticas perfuradas mais pesadas colocadas sobre os itens;

Retirar os materiais após 30 minutos, cronometrados a partir do último item imerso na solução;
Enxaguar abundantemente em água potável até a retirada total do agente desinfetante, a presença de resíduos de hipoclorito nos artigos inalatórios pode causar irritação na mucosa respiratória dos pacientes;

Colocar os artigos sobre pano limpo ou toalha descartável de cor clara que não liberem fibras e secar de forma minuciosa, imediatamente após enxague, inspecionando novamente do sentido proximal para o distal (monitoramento do processo de desinfecção), montar as peças removíveis/kits e secar os lumens com ar sob pressão;

Embarcar os artigos em saco plástico e guardá-los em recipiente plástico com tampa previamente limpo, desinfetado e identificados;

Identificar os materiais desinfetados com o nome do artigo, data da desinfecção, data de validade e nome do profissional executor;

Armazenar os materiais desinfetados em local separados dos esterilizados;

Desprezar solução de hipoclorito após o vencimento, lavar e secar recipiente e tampa para evitar a criação de biofilme. A solução de hipoclorito de sódio tem validade de 24 horas, porém, se o uso for intenso, recomenda-se desprezá-la a cada 12 horas, ou conforme necessidade.

Informações complementares:

O hipoclorito de sódio é instável após diluição e pode ser desativado pela luz, pelo que se recomenda a utilização de recipientes de cor escura. Não deve ser misturado com outros produtos, pois o hipoclorito de sódio reage violentamente com muitas substâncias químicas.

7. Referências

ANVISA. **Informe Técnico n.01/09. Princípios básicos para limpeza de instrumental cirúrgico em Serviços de Saúde.** Brasília, DF: ANVISA, 2009. Disponível em:

https://www.anvisa.gov.br/servicodesaude/control/Alertas/2009/informe_tecnico_1.pdf%3E

Acesso em: 15/09/2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** 5. ed. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2022. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf Acesso



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291

em: 15/09/25.


PREFEITURA MUNICIPAL DE BRUSQUE. **POP 24.001**. Brusque: Secretaria Municipal de Saúde, 2024. Disponível em:

https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/images/a/a9/POP_24_hipoclorito_de_s%C3%B3dio.pdf

Acesso em: 15/09/25.

PIÊN



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 38: Eletrocardiograma (ECG)	Elaborado: Enf ^a Patrícia Moreira Icker Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 10/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Eletrocardiograma (ECG)

Executante: Enfermeiros e técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal

Objetivo/ação: realizar exame não invasivo que registra a atividade elétrica do coração em um gráfico chamado eletrocardiograma, registrando impulsos elétricos através de eletrodos. O ECG avalia o ritmo e a frequência cardíaca, auxiliando no diagnóstico de diversas patologias relacionadas ao coração.

Descrição do procedimento/Técnica:

Verificar condição do equipamento e insumos necessários;

Conectar o aparelho na rede elétrica e ligá-lo;

Verificar a prescrição médica;

Lavar as mãos;

Chamar o paciente pelo nome completo e explicar o procedimento;

Solicitar ao paciente que retire acessórios metálicos do corpo e bolsos depositando em local visível e seguro;

Realizar login em Call ECG (callegc.com.br);

Adicionar exame, preencher dados do paciente (CPF, Nome, DN, Telefone) e realizar questionário;

Paciente

CPF * - Obrigatório

Nome COMPLETO * - Nunca abreviar nome ou sobrenome

Data de Nascimento *

Sexo *

Nome do paciente

Informe o nome do paciente sem abreviações

dd/mm/aaaa

Tipo de Tel. *

Número do Tel. *

Opção

Usa Marcapasso? *

Endereço

Exame

Unidade *

Prioridade *

Número do Atendimento / Guia *

Assintomático Pré Operatório

Dor

Dispneia Náuseas / Vômitos Palpitação

Has

Tabagismo

Doença De Chagas

Angioplastia Prévia

Diabetes

Obesidade

Infarto Prévio

Cirurgia Cardíaca Prévia

Informações adicionais (Outros sintomas, dados de exame físico, medicamentos, entre outras)

Limpar Campos

Arquivo Tipo

Arquivo Nome

Data Adicionado

Opções

Adicionar Arquivo



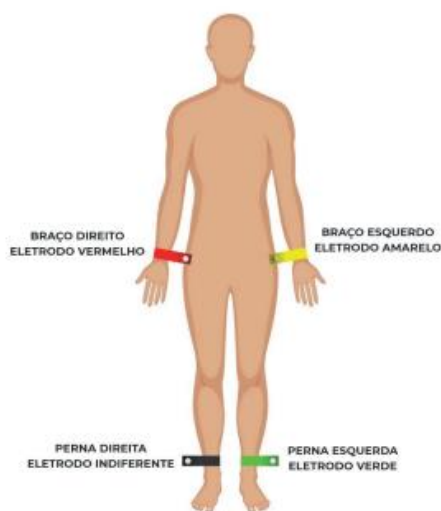
Posicionar o paciente sobre a maca em decúbito dorsal, com a cabeceira reta, membros superiores estendidos ao longo do corpo e inferiores esticados;

Limpar a pele do paciente com gaze ou algodão e álcool 70%. Realizar tricotomia se necessário;

Deixar o paciente confortável;

Instalar as 04 presilhas nas extremidades dos membros, conforme figura:

Cores dos eletrodos e suas posições	
Vermelho	Braço direito
Amarelo	Braço esquerdo
Preto	Perna direita
Verde	Perna esquerda



ECG: PRIMEIROS PASSOS, FORTALEZA: 2022

Posicionar eletrodos conforme descrição abaixo:

V1 – quarto espaço intercostal, borda esternal D (vermelho);

V2 – quarto espaço intercostal, borda esternal E (amarelo);

V3 – diagonalmente entre V2 e V4 (verde);

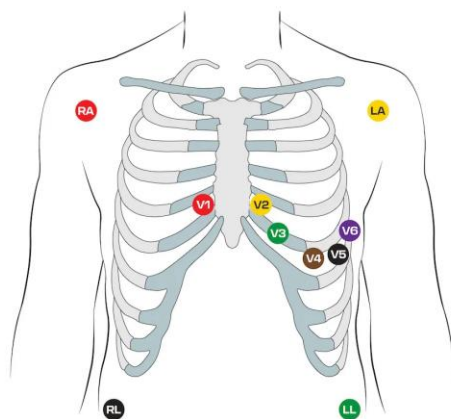
V4 – quinto espaço intercostal, linha hemiclavicular E (marrom);

V5 – quinto espaço intercostal (mesma linha de V4), linha axilar anterior (preto);

V6 – quinto espaço intercostal (mesma linha de V4 e V5), linha axilar média (roxo);



POSICIONAMENTO DE ELÉTRODOS



- V1** QUARTO ESPAÇO INTERCOSTAL NO ESTERNO DIREITO
- V2** QUARTO ESPAÇO INTERCOSTAL NO ESTERNO ESQUERDO
- V3** PONTO MÉDIO ENTRE V2 E V4
- V4** QUINTO EI, NA LINHA MÉDIO-CLAVICULAR ESQUERDA
- V5** LINHA AXILAR ANTERIOR NO MESMO NÍVEL DA V4
- V6** LINHA AXILAR MÉDIA NO MESMO NÍVEL HORIZONTAL DA V4 E V5

- RA** BRAÇO DIREITO
- LA** BRAÇO ESQUERDO
- RL** PERNA DIREITA
- LL** PERNA ESQUERDA

ADESIVO ILUSTRATIVO HOSPICENTER

Orientar o paciente para não se movimentar, tossir ou conversar durante a realização do exame;

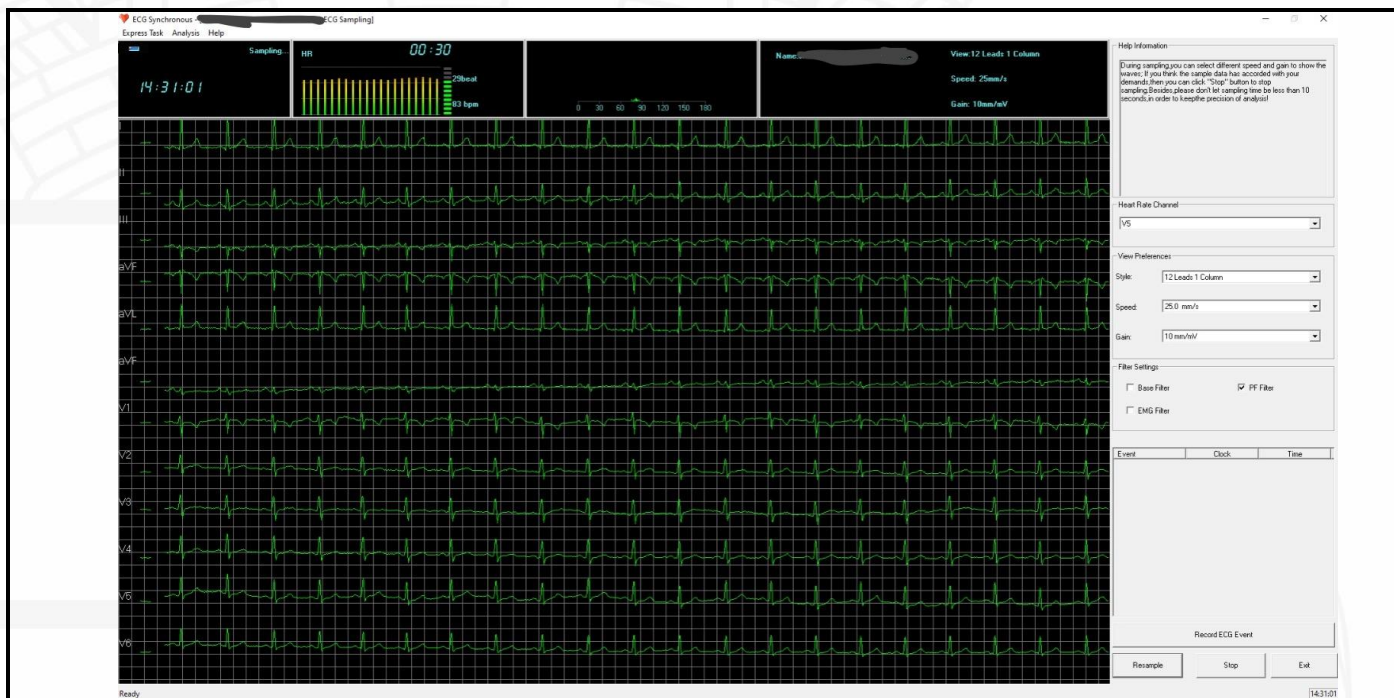
Confirmar o posicionamento de presilhas e pipetas/eletrodos;

Abrir programa ECG Synchronous;



Ir para Instant Sample (ícone para novos pacientes);

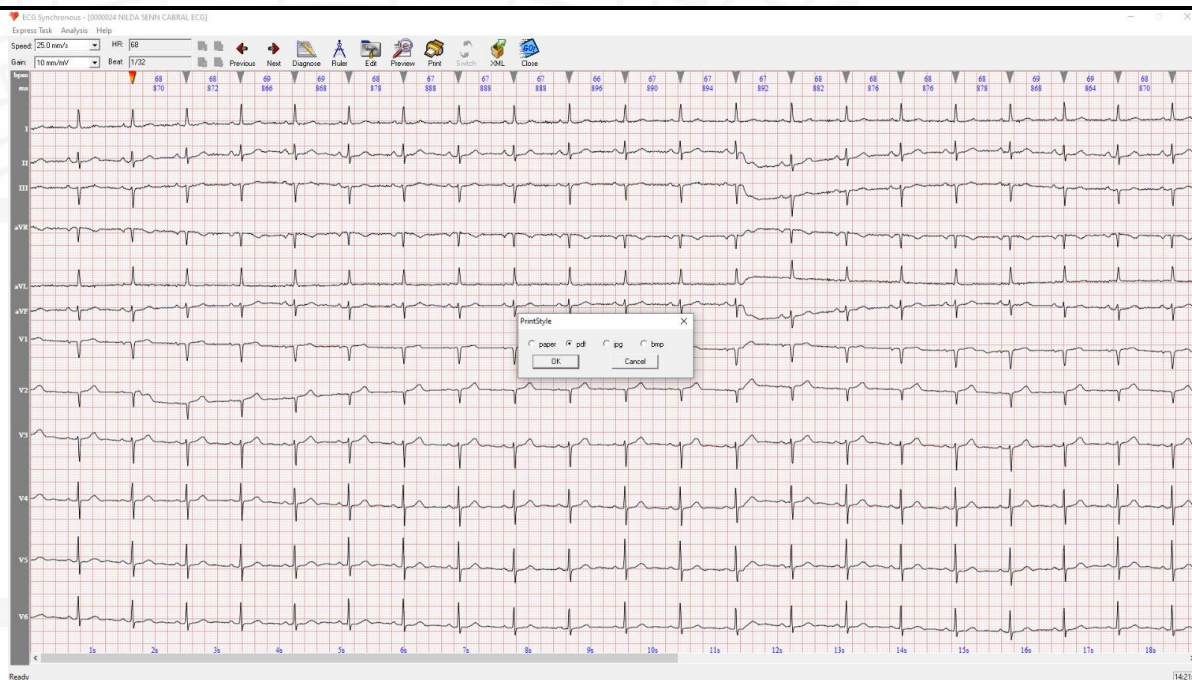
Preencher nome, sexo, data de nascimento (ano/mês/dia), clicar em OK e após em START;



Aguardar 30 segundos rodando o exame, clicar em STOP e após EXIT;
Abrir programa ECG Synchronous novamente e clicar no 2º item da barra de ferramentas;



Selecionar PRINT (ícone impressora);



Abrir programa ECG Synchronous;
Adicionar arquivo no Call ECG;

Aguardar aceite ou recusa do exame;
Imprimir protocolo com data para retirada do resultado e orientar paciente sobre prazo para procurar exame na recepção de sua UBS;



Retirar presilhas e eletrodos, limpar os locais de retirada dos eletrodos e presilhas retirando o excesso de gel condutor;

Realizar assepsia com álcool 70% das presilhas, conectores e pipetas após cada exame/paciente;

Após alguns dias é necessário acessar Call ECG e baixar os laudos dos exames;

The screenshot shows the Call ECG system interface. At the top, it displays the user's name: OIA, RAILANE APARECIDA BUBA, Sexta-feira, 03 de outubro de 2025, and the unit code: 760-15-1. The interface includes a sidebar with navigation options like Gerenciar, Treinamentos, Operação, and Exames. The main area shows a summary for 'CENTRAL 24H' with contact information and a list of exams. The exam list table is as follows:

Código	Nº do Atendimento	CPF	Paciente	Prioridade	Unidade	Usuário	Status	Data Adicionado	Opções
2740294	1759889729215	Sim		Eletivo	UNIDADE CENTRAL DE SAÚDE DE PIÊN - COMESP	RAILANE APARECIDA BUBA	Finalizado	03/10/2025 13:28	
2730317	1759410953450	Sim		Eletivo	UNIDADE CENTRAL DE SAÚDE DE PIÊN - COMESP	RAILANE APARECIDA BUBA	Finalizado	26/09/2025 16:14	
2730271	1759578798396	Sim		Eletivo	UNIDADE CENTRAL DE SAÚDE DE PIÊN - COMESP	RAILANE APARECIDA BUBA	Finalizado	26/09/2025 15:42	
2730251	1759531057531	Sim		Eletivo	UNIDADE CENTRAL DE SAÚDE DE PIÊN - COMESP	RAILANE APARECIDA BUBA	Finalizado	26/09/2025 15:34	
2730102	1759414043807	Sim		Eletivo	UNIDADE CENTRAL DE SAÚDE DE PIÊN - COMESP	RAILANE APARECIDA BUBA	Finalizado	26/09/2025 14:49	
2730067	1758660073496	Sim		Eletivo	UNIDADE CENTRAL DE SAÚDE DE PIÊN - COMESP	RAILANE APARECIDA BUBA	Finalizado	26/09/2025 14:39	
2730034	1759367036944	Sim		Eletivo	UNIDADE CENTRAL DE SAÚDE DE PIÊN - COMESP	RAILANE APARECIDA BUBA	Finalizado	26/09/2025 14:30	
2729998	1758819946390	Sim		Eletivo	UNIDADE CENTRAL DE SAÚDE DE PIÊN - COMESP	RAILANE APARECIDA BUBA	Finalizado	26/09/2025 14:21	

Registrar resultado do exame no Olsotech em Avaliação de Exames;

Deixar laudos na recepção da UBS para que os pacientes retirem o resultado;

7. Referências

CAMURÇA JUNIOR, E.; MANIÇOBA, N. B.; ARRUDA FILHO, C. A. D. **ECG: primeiros passos**. Fortaleza: Centro Universitário Christus Unichristus, 2022. Disponível em:

<https://www.unichristus.edu.br/wp-content/uploads/2024/03/ECG-Primeiros-Passos-Digital.pdf>


Acesso em: 30/09/25.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA. POP 31. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2025. Disponível em:

<https://saude.sorocaba.sp.gov.br/wp-content/uploads/2024/05/29-pop-n-29-ecg.pdf>

Acesso em: 30/09/25.



 PIÊN PREFEITURA	POP 39: Inserção de DIU com cobre T Cu 380 A	Elaborado: Enf ^a Vanessa Raut Ferreira Müller Costa Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 03/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Ministério da Saúde e demais fontes citadas na referência

Atividade: Inserção de DIU com cobre T Cu 380 A **Executante:** Médicos e enfermeiros capacitados

CONCEITO: O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um método contraceptivo de longa duração que, quando corretamente inserido, oferece alta eficácia, segurança e reversibilidade. A técnica adequada de inserção garante o correto alojamento no útero, minimizando o desconforto da mulher e reduzindo o risco de complicações, como expulsão, perfuração uterina ou posicionamento inadequado.

OBJETIVOS: Estabelecer o passo a passo técnico para a inserção do DIU, padronizando condutas e promovendo a segurança da mulher durante o procedimento.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Histerômetro;
Pinça Pozzi;
Pinça Cheron (para antisepsia);
Espéculo (descartável ou esterilizável);
Tesoura longa estéril;
Luvas de procedimento;
Luvas estéreis;
Lâmpada auxiliar com haste flexível;
Antisséptico: iodopolividona (solução aquosa) **ou** clorexidina degermante/aquosa;
Profissional auxiliar.

DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTO E TÉCNICA

Realizar acolhimento da mulher, explicando o procedimento e esclarecendo dúvidas.
Entregar termo de consentimento para leitura da mulher e em caso de concordância assiná-lo para seguimento das etapas subsequentes.
Higienizar as mãos conforme POP de higienização.
Realizar teste rápido de gravidez (conforme protocolo institucional) e certificar-se do resultado negativo.
Posicionar a paciente em maca ginecológica.
Calçar luvas de procedimento.
Realizar exame pélvico bimanual para avaliar tamanho, posição, consistência e mobilidade uterina, além de verificar dor à palpação que possa indicar infecção. Observação: em casos de útero retrovertido, utilizar tração da pinça Pozzi para retificação durante a inserção.



Calçar luvas estéreis.

Realizar antissepsia do monte pubiano, grandes lábios, pequenos lábios e introito vaginal com solução antisséptica.

Introduzir o espécuro e localizar o colo uterino.

Realizar antissepsia do colo uterino.

Pinçar delicadamente o lábio anterior do colo com pinça Pozzi.

Realizar histerometria lenta e suave para mensurar profundidade e angulação uterina.

Preparar o DIU.

Garantir que as luvas permaneçam estéreis;

Solicitar ao auxiliar a abertura do dispositivo conforme instruções do fabricante;

Montar o DIU no condutor-guia de inserção.

Realizar inserção de forma lenta, suave e com técnica asséptica em todas as etapas.

Introduzir o DIU até o fundo uterino, mantendo-o na posição horizontal.

Seguir a técnica recomendada pelo fabricante (na maioria dos casos, técnica retrátil):

Inserir o tubo de inserção carregado até a profundidade medida pelo histerômetro;

Retirar parcialmente o tubo, mantendo o êmbolo fixo;

Após alguns segundos, retirar primeiro o êmbolo e depois o tubo guia.

Retirar a pinça Pozzi.

Cortar os fios do DIU, mantendo comprimento médio 3 - 4 cm em relação ao colo uterino.

Realizar antissepsia final do colo.

Verificar presença de sangramento discreto.

Retirar o espécuro e realizar checagem final.

Mantiver a paciente em repouso por cerca de 15 minutos e avaliar condições clínicas antes da alta.

Orientar a mulher quanto a cuidados pós-inserção, sinais de alarme e quando buscar atendimento de urgência.

Solicitar ultrassonografia transvaginal para verificar posicionamento do DIU.

Prescrever analgesia, se necessário.

Agendar consulta de retorno após o próximo ciclo menstrual ou entre 30 e 40 dias da inserção.

Realizar registro completo em prontuário.

INDICAÇÕES DO DIU COM COBRE

Mulheres que desejam contracepção reversível, de alta eficácia, longa duração e livre de hormônios;

Mulheres que têm contra-indicações ao estrogênio;

Mulheres que amamentam;

Jovens e adolescentes, com aconselhamento de uso concomitante de preservativo;

Nuligestas.

CONTRAINDICAÇÕES PARA O USO DO DIU COM COBRE

Anormalidades uterinas como útero bicorno, septado ou intensa estenose cervical;

Miomas uterinos submucosos com relevante distorção da cavidade endometrial contra-indicam o



uso do DIU pela dificuldade na inserção e maior risco de expulsão (Miomias que não distorcem a cavidade uterina não são contraindicação ao método);

Mulheres com hemofilia;

Não pode ser inserido em vigência de IST (Infecções sexualmente transmissíveis) tais como: clamídia, gonorreia e AIDS nos estágios clínicos 3 e 4. Nas mulheres com sorologia positiva para sífilis (já tratadas) e HIV assintomáticas, não há contraindicação para uso do DIU;

Presença de infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica, endometrite, cervicites purulenta e tuberculose pélvica. Nas mulheres com história de doença inflamatória pélvica (DIP) há pelo menos três meses e adequadamente tratadas, a inserção do DIU pode ser efetuada;

Mulheres com câncer de colo de útero;

Mulheres em uso de anticoagulantes ou com distúrbios da coagulação não irão se beneficiar do uso do DIU com cobre pelo provável aumento do fluxo menstrual observado nesses casos.


REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico para Profissionais de Saúde – DIU com cobre T Cu 380 A**. Brasília, 2018.

EINSTEIN, Albert. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. **Guia do Episódio de Cuidado: Inserção e retirada de DIU**. Disponível em: <https://medicallsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Inser%C3%A7%C3%A3o%20de%20DIU%20nas%20Cl%C3%ADnicas%20Einstein%20v.3.pdf>. Acesso em 03 de outubro de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica Nº 5/2018 – CGSMU/DAPES/SAS/MS. Realização do procedimento de inserção do DIU de cobre (DIU T Cu 380^a) por Enfermeiros (as).**



 PIÊN PREFEITURA	POP 40: Inserção do Implante Subdérmico de Etonogestrel - Implanon®	Elaborado: Enf ^a Vanessa Raut Ferreira Müller Costa Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 03/10/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: citadas na referência

Atividade: Inserção de Implante Subdérmico de Etonogestrel - Implanon®

Executante: Médicos e enfermeiros capacitados

CONCEITO: O Implante Subdérmico de Etonogestrel – Implanon® é um método contraceptivo reversível de longa duração (LARC), composto por um bastonete flexível que libera continuamente o hormônio etonogestrel. É inserido sob a pele do braço e tem eficácia superior a 99%, com duração de até 3 anos. Trata-se de um método seguro, de alta eficácia e de uso prolongado, que dispensa a necessidade de lembrança diária, promovendo maior adesão e autonomia reprodutiva da mulher.

OBJETIVOS: Estabelecer o passo a passo técnico padronizado para a inserção do Implante Subdérmico de Etonogestrel – Implanon®, garantindo segurança, qualidade e uniformidade na execução do procedimento, além de promover o acolhimento e a orientação adequada à mulher.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Caneta marcadora de pele

Luvas estéreis

Gazes estéreis

Antisséptico: iodopolividona (solução aquosa) **ou** clorexidina degermante/aquosa;

Frasco de anestésico lidocaína 2% sem vasoconstritor

Seringa de 3 ou 5ml

Agulha 40 X 12

Agulha 25 X 7

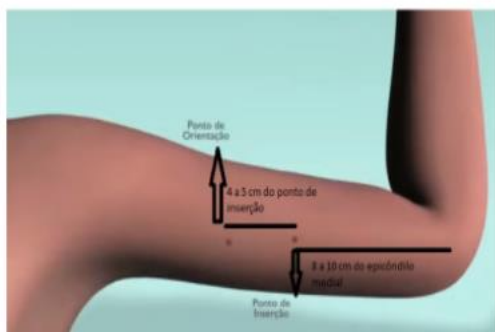
Aplicar com o Implante subdérmico de etonogestrel

Atadura de 12cm

Micropore

DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTO E TÉCNICA

1. Realizar acolhimento da mulher, explicando o procedimento e esclarecendo dúvidas.
2. Entregar termo de consentimento para leitura da mulher e em caso de concordância assiná-lo para seguimento das etapas subsequentes.
3. Higienizar as mãos conforme POP de higienização.
4. Realizar teste rápido de gravidez (conforme protocolo institucional) e certificar-se do resultado negativo.
5. Posicionar a paciente deitada em decúbito dorsal com o braço direito ou esquerdo (braço não dominante) voltado externamente para que o seu pulso esteja paralelo ao seu ouvido ou sua mão posicionada próxima a sua cabeça.



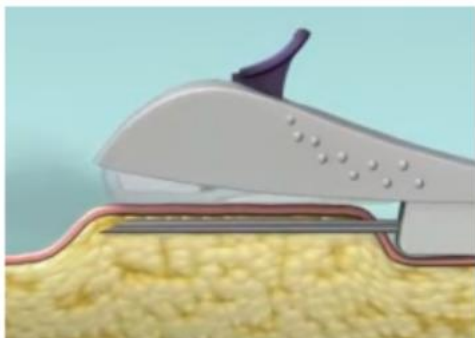
6. Identificação do local da inserção, que está na face interna da porção superior do braço, cerca de 8 – 10cm distante do epicôndilo medial do úmero em direção a axila (onde será marcado o ponto de inserção e a partir deste de 4 a 5cm onde será marcado o ponto guia) e a 3-5 cm abaixo do sulco entre os músculos bíceps e tríceps.
7. Realizar antissepsia do local da inserção com solução antisséptica.
8. Calçar luvas estéreis.
9. Realizar anestesia regional da área de inserção, com lidocaína a 2% (2ml) sem vasoconstritor, logo abaixo da pele e ao longo do canal de inserção planejado.
10. Retirar a capa que protege a ponta do implante.



11. Inserir somente a ponta da agulha, com o lado biselado voltado para cima.

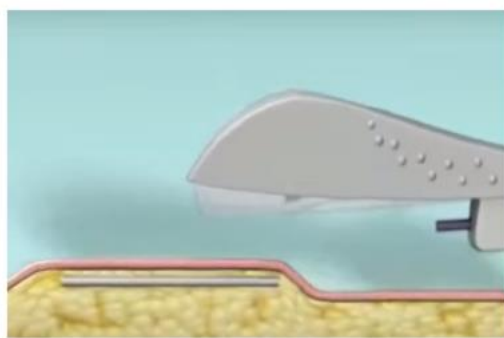


12. Colocar o aplicador em uma posição horizontal no espaço subdérmico



13. Inserir delicadamente a agulha em toda sua extensão em direção a marcação guia

14. Realizar o desprendimento do deslizador roxo empurrando-o para baixo.



15. Retirar o aplicador

16. Confirmar se o implante foi inserido corretamente através da palpação do mesmo.

17. Realizar curativo local e compressivo com gaze e atadura.

18. Realizar orientações sobre os cuidados pós inserção e sinais de alarme e procura de atendimento médico de urgência se necessário.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO (COLOCAÇÃO DO IMPLANTE SUBDÉRMICO – COMESP PR)

- Mulheres em idade fértil;
- Mulheres em situação de vulnerabilidade social;
- Usuárias de substância psicoativas, cuja adesão aos métodos anticoncepcionais oferecidos seja insatisfatória;



- Moradoras de rua;
- Mulheres privadas de liberdade;
- Trabalhadoras do sexo;
- Adolescentes em situação de vulnerabilidade social cuja adesão aos métodos anticoncepcionais oferecidos seja insatisfatória;
- Distúrbio da saúde mental cuja adesão aos métodos anticoncepcionais oferecidos tenha sido insatisfatória;
- Déficit cognitivo, cuja adesão aos métodos anticoncepcionais oferecidos seja insatisfatória;
- Multíparas com 3 filhos ou mais;
- Puérperas que tiveram gestação de alto risco;
- Mulheres vivendo com o vírus do HIV/AIDS em uso de Dolutegravir;
- Mulheres em uso de Talidomida;
- Mulheres em tratamento para tuberculose;
- Mulheres que não se adaptaram aos demais métodos já oferecidos;
- Mulheres que apresentam contraindicação para outros métodos contraceptivos.

Observação: O Ministério da Saúde sinalizou que disponibilizará este método contraceptivo aos municípios. Entretanto, conforme consulta realizada na data atual, **o informe técnico e as diretrizes operacionais ainda estão em fase de elaboração.**

CONTRAINDICAÇÕES AO USO DO MÉTODO

- Paciente gestante ou com suspeita de gravidez;
- Distúrbio tromboembólico venoso ativo;
- Presença ou história de tumor hepático (benigno ou maligno);
- Presença de doença hepática grave;
- Presença ou suspeita de malignidades sensíveis a esteróide sexual;
- Sangramento vaginal não diagnosticado;
- Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer componente do Implanon NXT®.

REFERÊNCIAS


BRASIL. Ministério da Saúde; Conitec. **Relatório de recomendação do Implante Subdermico de Etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

COMESP. Consórcio Metropolitano de Serviços do Paraná. **Protocolo para Inserção de Implante Anticoncepcional subdérmico.** 2023.

CAMBURIU, Prefeitura Municipal de. **Protocolo de inserção e retirada de Implante Subdérmico de Etonogestrel - Implanon®.** Disponível em:

[<1716406654_protocolo_insero_de_implanon_prefeitura_de_bc.pdf>](#). Acesso em 03 de outro de 2025.



 PIÊN PREFEITURA	POP 41: Exame de Espirometria por telediagnóstico	Elaborado: Enf ^a Vanessa Raut Ferreira Müller Costa Revisado e aprovado: Enf ^a Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 06/10/2025	Data de vigência: 06/10/2025 a 06/10/2026	Fonte: citadas na referência

Atividade: Exame de Espirometria **Executante:** Enfermeiros e técnicos de enfermagem capacitados

CONCEITO: A espirometria também conhecida como prova de função pulmonar ou prova ventilatória é o exame que permite avaliar a velocidade e a quantidade de ar que um indivíduo é capaz de colocar para dentro e para fora dos pulmões por meio do espirômetro. Serve para diagnosticar ou acompanhar a evolução de doenças pulmonares e avaliar a capacidade pulmonar.

OBJETIVOS: Estabelecer o passo a passo técnico e padronizado para a correta execução do exame de espirometria, garantindo segurança, qualidade dos resultados e confiabilidade diagnóstica.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Máscara descartável
- Álcool 70%
- Bocal descartável
- Filtro para função pulmonar descartável
- Clip nasal descartável
- Seringa calibradora
- Espirômetro
- Computador com programação específica para o exame
- Medicação broncodilatadora (salbutamol)
- Papel toalha

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E TÉCNICA

1. Preparar a sala para os atendimentos, garantindo limpeza, ventilação e privacidade.
2. Calibrar o espirômetro:
 - o Conectar o espirômetro à seringa calibradora e ao computador;
 - o Abrir o programa *WinspiroPRO* → clicar em Calibração → Realizar teste de calibração;
 - o Executar as manobras com a seringa (lentamente e depois rapidamente) até o programa indicar calibração concluída;
 - o Imprimir o relatório do teste de calibração.
3. Desconectar cuidadosamente a seringa e preparar o equipamento para uso.
4. Organizar sobre a mesa, sobre papel toalha, os materiais descartáveis (clipe nasal, bocal e filtro).
5. Verificar no sistema Olostech se o paciente realizou triagem prévia e se os dados necessários estão registrados (saturação de oxigênio, peso, estatura e pressão arterial).
6. Colocar os EPI conforme POP institucional.
7. Higienizar as mãos adequadamente.
8. Receber o paciente e confirmar se seguiu as orientações de preparo para o exame.



9. Avaliar presença de sintomas gripais. Se positivo, reagendar o exame.
10. Confirmar o pedido médico do exame.
11. Cadastrar o paciente no sistema de espirometria por telediagnóstico, inserindo: idade, sexo, raça, peso, estatura, pressão arterial e saturação.
12. Aplicar o questionário respiratório de triagem (COVID-19 e sintomas respiratórios gerais).
13. Explicar o procedimento, demonstrando a técnica e reforçando a importância da colaboração do paciente.
14. Orientar o uso do bocal e do clipe nasal, garantindo que a respiração ocorra exclusivamente pelo bocal.
15. Informar que serão realizadas até 8 manobras para obter 3 aceitáveis e reprodutíveis; após o broncodilatador, serão realizadas mais 3-4 manobras.
16. Avaliar contraindicações ao uso do broncodilatador (ex.: arritmias, hipertensão não controlada).
17. Montar o conjunto do espirômetro: conectar filtro e bocal descartáveis.
18. Colocar o clipe nasal no paciente.



19. Com o paciente sentado e em posição confortável, iniciar o exame no programa *WinspiroPRO* → opção FVC.
20. Solicitar que o paciente respire calmamente por alguns instantes.
21. Pedir para o paciente encher o pulmão de ar completamente e assoprar com máxima força e rapidez possível e depois lentamente.
22. Repetir a manobra até 8 vezes, observando no programa os critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade.
23. Confirmar que o paciente suspendeu o broncodilatador antes do exame.
24. Caso sim, administrar 4 jatos de 100 mcg de salbutamol, com intervalo de 30 segundos entre as doses, e aguardar 15 minutos.
25. Clicar em Pós Bd no programa *WinspiroPRO* e repetir o exame (3-4 manobras) observando os mesmos critérios.
26. Encerrar o exame e retirar o clipe nasal.
27. Selecionar as curvas válidas, fechar o programa *WinspiroPRO* e enviar o exame pelo sistema de telediagnóstico. Verificar o envio e arquivamento na pasta de enviados.
28. Orientar o paciente a retirar o resultado após 72 horas na recepção do Centro de Saúde e retornar à consulta médica.
29. Informar sobre a possibilidade de repetição do exame, se solicitado pelo telediagnóstico.



Nesse caso, deverá realizar treinamento prévio das manobras de inspiração e expiração em domicílio e retornar a Unidade Básica de Saúde para o novo exame em data e horário previamente agendados.

30. Certificar-se de que o paciente compreendeu todas as orientações.
31. Descartar os materiais utilizados em resíduos apropriados.
32. Higienizar a mesa e o equipamento com álcool 70%.
33. Retirar os EPIs e higienizar as mãos conforme POP institucional.
34. Realizar evolução de enfermagem e registro do procedimento no sistema Olostech.
35. Manter o ambiente limpo, organizado e pronto para o próximo atendimento.

SELEÇÃO DE CURVAS PARA ENVIO E INTERPRETAÇÃO

- Curvas com morfologia adequada e PFE reprodutível;
- Selecionar o maior valor de CVF;
- Selecionar o maior valor de VEF1;
- Selecionar o FEF 25–75% da curva com maior soma de CVF + VEF1;
- Selecionar o maior valor de CV lenta (não deve ser menor que a CVF);
- Selecionar o maior valor de CI.

ORIENTAÇÕES PRÉVIAS AO PACIENTE

- Não é necessário jejum, mas evitar refeições volumosas 1 hora antes do exame;
- Não fumar 1 hora antes do exame;
- Evitar atividade física intensa 1 hora antes do exame;
- Não ingerir bebidas alcoólicas nas últimas 8 horas;
- Usar roupas confortáveis;
- Permanecer em repouso de 5 a 10 minutos antes do teste;
- Em caso de sintomas gripais, comunicar a Unidade de Saúde e reagendar o exame.


REFERÊNCIA

Tele-espirometria para suporte ao atendimento de doenças pulmonares crônicas na Atenção Primária em Saúde. Disponível em:<

https://telessaude.hc.ufmg.br/projeto/espirometria/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-treinamento_presencial_22-11-22.pdf>. Acesso em 03 de outubro de 2025.

CAMPINAS, Prefeitura Municipal de. **Manual de procedimentos operacional padrão (pop) de enfermagem.** 2017.



	POP 42: Puericultura – Atenção Primária em Saúde	Elaborado: Enfermeira Vanessa Raut Ferreira Müller Costa Revisado e aprovado:
Data de emissão: 06/10/2025	Data de vigência: 06/10/2025 a 06/10/2026	Fonte: citadas na referência

Atividade: Puericultura	Executante: Enfermeiros e Médicos
<p>CONCEITO: A puericultura é uma prática essencial da Atenção Primária à Saúde (APS) que consiste no acompanhamento sistemático e integral do crescimento e do desenvolvimento infantil. Esse acompanhamento visa a vigilância contínua da saúde da criança, a identificação precoce de alterações clínicas, nutricionais, psicomotoras e psicossociais, bem como a promoção de ações de prevenção em saúde.</p>	
<p>OBJETIVOS: Promover o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança, por meio do acompanhamento contínuo e da detecção precoce de agravos. Reduzir a morbimortalidade infantil, especialmente por causas evitáveis, mediante intervenções oportunas e integradas. Fortalecer o vínculo entre a família e a equipe de saúde, estimulando a corresponsabilidade no cuidado. Garantir a atualização do calendário vacinal, a suplementação de micronutrientes e o rastreamento de agravos conforme protocolos vigentes. Estimular o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e continuado até os dois anos ou mais. Promover práticas alimentares saudáveis, hábitos de higiene, prevenção de acidentes e estímulo ao desenvolvimento infantil. Registrar e monitorar os indicadores de saúde da criança, assegurando a continuidade e a qualidade do cuidado prestado.</p>	
<p>MATERIAIS NECESSÁRIOS Balança pediátrica digital, Régua antropométrica, Termômetro, Estetoscópio, Abaixador de língua, Otoscópio, Oftalmoscópio;</p>	
<p>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E TÉCNICA</p> <p>Abordagem Familiar</p> <ol style="list-style-type: none"> Realizar visita domiciliar preferencialmente até o 5º dia de vida do recém-nascido. <ul style="list-style-type: none"> Para guiar a visita domiciliar utilizar o instrumento de visita domiciliar (Anexo 1) da Linha de Cuidado Saúde da Criança de 0 a 2 anos do Estado do Paraná, 2025. Realizar avaliação de vulnerabilidades: 	
COMO FAZER	QUEM FAZ
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Observar condições ambientais, sociais, econômicas e familiares desfavoráveis; ❖ Parto domiciliar: motivos para o parto domiciliar sem assistência, situações de abandono familiar, sofrimento psíquico e violências; ❖ Verificar como são realizados os primeiros cuidados com RN; ❖ RN com permanência na maternidade: identificar a causa e comunicar à Equipe da APS. 	Equipe da APS
<ul style="list-style-type: none"> Realizar avaliação clínica do recém-nascido: 	



COMO FAZER	QUEM FAZ
<p>Avaliar sinais de alerta: Recusa alimentar, vômitos, convulsões, apnéia, irritabilidade, letargia, inconsciência, cianose, palidez, icterícia visível abaixo do umbigo, FC<100 bpm, FR>60 irpm, Temperatura >37,5°C ou <35,5°C, tiragem subcostal, batimento de asas do nariz, gemidos, fontanelas abauladas, afundamento das fontanelas, secreção purulenta do ouvido, umbigo hiperemiado e/ou com secreção purulenta, pústulas na pele.</p> <ul style="list-style-type: none">• Checar: caderneta de saúde da criança, vacinas, caderneta de pré-natal da mãe, resumo de alta da maternidade, testes de triagem neonatal (olhinho, orelhinha, coraçõzinho, linguinha e pezinho) – se realizados/agendados e resultados.• Realizar orientações sobre o aleitamento materno.• Orientar sobre o acesso a UBS e a primeira consulta de puericultura simultânea a consulta puerperal.• Orientar sobre registro civil da criança.• Orientar sobre higiene pessoal e higiene do ambiente.• Orientar sobre prevenção de acidentes.• Orientar sobre sinais de alerta e procura por atendimento de urgência sempre que necessário.• Orientações sobre vacinas.• Caso o bebê não tenha sido estratificado na maternidade, realizar a estratificação de risco (Anexo 2 - estratificação de risco) ao nascer nesse primeiro atendimento.• Ao retornar a UBS, registrar a evolução e procedimento realizado no sistema olostech, incluindo nos dados permanentes a estratificação de risco ao nascer.	<p>Enfermeiro(a) e/ou Médico(a)</p>
<p>Abordagem na Unidade Básica de Saúde – 1 a 24 meses</p> <ol style="list-style-type: none">2. Realizar o acolhimento do bebê e da mãe.3. Realizar anamnese geral:<ul style="list-style-type: none">• Identificação;• Histórico da gestação e parto;• História familiar e social, mudanças no ciclo de vida da família / relacionamentos interpessoais;• Sinais e sintomas novos no período;• Intercorrências no período: idas ao pronto-socorro, outros médicos ou outros profissionais;• Verificar aleitamento materno e alimentação;• Perguntar sobre hábito intestinal e urinário.4. Higienizar as mãos conforme POP institucional.5. Realizar avaliação clínica:	
COMO FAZER	QUEM FAZ
<p>A cada consulta avaliar intercorrências e queixas atuais.</p> <p>❖ Exame físico completo: tônus muscular, alinhamento e simetria corporal, cabeça - tamanho das fontanelas anterior (fechamento até 18 meses) e posterior (fechamento por volta de 2 a 3 meses), cavalgamento</p>	



de suturas, bossa serossanguinolenta e cefalohematoma, olhos (teste do reflexo vermelho deve ser realizado 3x/ano e exige que o serviço possua um oftalmoscópio), ouvidos, nariz, boca, frênulo lingual, garganta, pescoço, tórax, abdômen – coto/cicatriz umbilical (secreção, odor e hiperemia), pelve (rastrear displasia do quadril por meio dos testes de Barlow e Ortolani) e membros.

❖ A manobra de Barlow e Ortolani para detecção de displasia coxofemoral pode ser falsamente negativa em bebês com > 3 meses. Nesses casos, devem-se valorizar as alterações nos bebês com nascimentos pélvicos.

❖ Todo desvio ocular convergente ou divergente após o 4º mês de vida é patológico. Encaminhar ao oftalmologista (atenção especializada) o mais precocemente possível.

❖ **Avaliar os sistemas:** tegumentar, respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, geniturinário, musculoesquelético, endócrino.

❖ **Avaliar genitália:** sinéquia de pequenos lábios (meninas) e criptorquidia (meninos) - avaliar a presença de testículos palpáveis em bolsa escrotal ou testículos retráteis. Na ausência de testículo palpável encaminhar a criança à cirurgia pediátrica. Caso sejam retráteis, o caso deve ser monitorado a cada 6 a 12 meses.

❖ **Avaliar testes de triagem neonatal:** Se algum teste de triagem neonatal apresentar resultado alterado, o encaminhamento ao médico especialista deve acontecer com priorização para que sejam respeitados os prazos de reabilitação.

❖ O teste do reflexo vermelho (teste do olhinho) deve ser realizado ao nascimento e repetido 3 vezes nos primeiros três anos de vida, aos 2, 6, 12, 18, 24 e 36 meses.

❖ **No primeiro mês de vida:** icterícia visível abaixo do umbigo, umbigo hiperemiado e/ou com secreção purulenta. Observar evolução de icterícia e solicitar dosagem de bilirrubinas se necessário.

❖ **Até 15 meses de vida:** identificar os reflexos primitivos principais (Quadro 1)

❖ **A partir dos 24 meses:** avaliar a presença de anel prepucial que impede a exteriorização da glândula (fimose). Caso haja, encaminhar para tratamento cirúrgico.

❖ **Observar sinais de alerta:** alteração dos dados vitais para a idade, recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, letargia ou inconsciência, atividade reduzida, febre (>37,5°C), hipotermia (< 35,5°C), tiragem subcostal, intercostal ou batimento de asas do nariz, cianose generalizada ou palidez importante, gemidos, fontanelas abauladas, secreção purulenta do ouvido, pústulas na pele, irritabilidade ou dor à manipulação, diurese ausente e ausência de eliminação intestinal, atraso no crescimento e desenvolvimento, sinais de síndrome do bebê sacudido.

Enfermeiro(a)
e/ou Médico(a)



Quadro 1 - Reflexos Primitivos:

REFLEXO	ORIENTAÇÃO GERAL
Reflexo tônico-cervical	Rotação da cabeça para um lado, com conseqüente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês.
Reflexo de Moro	Medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e braços, liberando os membros bruscamente, observar o movimento involuntário de abertura rápida dos braços e por vezes dos membros inferiores. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve existir a partir do 6 meses.
Sucção	Após introduzir o bico do seio na cavidade oral da criança, o contato deste com a porção anterior da língua desencadeia um processo de movimentos rítmicos de sucção. Desaparece até o 6º mês. O examinador coloca o dedo indicador na palma da mão da criança. Observa-se a flexão dos dedos. Deve desaparecer entre 4 e 6 meses, quando se torna um movimento voluntário de preensão.
Preensão palmar	O examinador coloca o dedo indicador na palma da mão da criança. Observa-se a flexão dos dedos. Deve desaparecer entre 4 e 6 meses, quando se torna um movimento voluntário de preensão.
Apoio plantar	O examinador pressiona o polegar contra a sola do pé da criança, logo abaixo dos dedos. Observa-se a flexão dos dedos. Deve desaparecer com 15 meses de vida.
Reflexo da marcha reflexa	O examinador segura a criança pelo tronco com as duas mãos e o reflexo é obtido pelo contato da planta do pé com a superfície, que resulta em marcha. Inicia nos primeiros dias pós-parto e deve desaparecer entre a quarta e oitava semana de vida.
Reflexo da procura ou voracidade	O toque da pele perioral promove o movimento da cabeça em direção ao estímulo com abertura da boca e tentativa de sucção. Os reflexos de sucção e deglutição alterados são sinais inespecíficos e podem estar associados a uma variedade de distúrbios. Deve desaparecer por volta dos 4 meses de vida.
Reflexo cutâneo plantar	Obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN desencadeia a extensão do hálux. A partir do 13º mês ocorre a flexão do hálux. Após esta idade, a extensão é patológica.

6. Realizar avaliação do crescimento:

COMO FAZER	QUEM FAZ
Avaliação antropométrica <ul style="list-style-type: none">❖ Avaliar peso (P), comprimento (C) e o perímetro cefálico (PC) da criança a cada consulta, utilizando as técnicas (conforme POP institucional) e instrumentos adequados. Registrar os dados no sistema olostech no item de pré consulta.❖ Calcular o IMC da criança.	



❖ **Registrar os valores encontrados nos gráficos de crescimento da Caderneta de saúde da Criança** (peso para idade, comprimento para idade, Perímetro Cefálico para idade e IMC para idade).

❖ Avaliar o estado nutricional, interpretando cada um dos índices antropométricos, a classificação do estado nutricional (**quadro 2**).

❖ Quaisquer desvios identificados devem ser investigados e tratados precocemente, para que se possa evitar o comprometimento da saúde atual e da qualidade de vida futura.

❖ É esperado que ocorra uma perda de peso de até 10% do peso do nascimento e que sua recuperação ocorra até o 15º dia de vida. A falha do lactente em atingir esse objetivo necessita de avaliação profissional pormenorizada o quanto antes, considerando triagem laboratorial e intervenção de especialistas.

❖ O PC com medidas acima ou abaixo de dois desvios padrão (< -2 ou $> +2$ escores "z") pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, portanto exige melhor avaliação e encaminhamento.

❖ Iniciar a estimulação precoce conforme Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (2016) e resposta à ocorrência de microcefalia, antes mesmo do encaminhamento.

OBS: Para o registro dos dados antropométricos de crianças prematuras nas curvas é recomendável que seja utilizada a idade corrigida do RN pré-termo até completar os 2 anos de idade, ou até os 3 anos se idade gestacional ao nascimento < 28 semanas; utilizar a curva Intergrowth-21 até 64 semanas pós concepacionais.

Enfermeiro(a)
e/ou Médico(a)

Média de ganhos no 1º trimestre do 1º ano:

P= 25-40 g/dia C= 3 cm/mês e PC= até 2,0 cm/mês

Média de ganhos no 2º trimestre do 1º ano:

P= 20 g/dia C= 2 cm/mês e PC= 1,0 cm/mês

Média de ganhos no 3º trimestre do 1º ano:

P= 15g/dia C= 1 cm/mês e PC= 0,5cm/mês

Média de ganhos no 4º trimestre do 1º ano:

P= 10g/dia C= 1 cm/mês e PC= 0,3cm/mês



Quadro 2 - Classificação do estado nutricional de crianças menores de dois anos cada índices antropométricos:

ESCORE	ÍNDICE ANTROPOMÉTRICOS		
	Peso para idade	IMC para idade	Comprimento para idade
< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixo comprimento para a idade
≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixo comprimento para a idade
≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Comprimento adequado para a idade 2
≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1		Risco de Sobrepeso	
> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Peso elevado para a idade 1	Sobrepeso	
> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3		Obesidade	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2011. Passaporte

7. Realizar avaliação do desenvolvimento:

COMO FAZER	QUEM FAZ
<p>❖ Indagar ao cuidador sobre as novas conquistas cognitivas da criança. Recomendar que a família observe a evolução do desenvolvimento da criança;</p> <p>❖ Avaliar os Marcos do Desenvolvimento para cada idade, conforme páginas 42 a 44 da caderneta da criança, registrar na Caderneta de Saúde da Criança e realizar classificação do desenvolvimento, e encaminhamentos se necessários, conforme página 41 da caderneta Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança.</p> <p>Observar:</p> <p>1º mês: postura fletida, pouco controle cervical, mãos predominantemente fechadas, fixa-se em objetos distanciados a 20-25 cm, chora para demonstrar desprazer.</p> <p>2º mês: posição menos fletida em decúbito ventral, maior controle cervical ou sustentação ereta da cabeça, mãos mais abertas pela diminuição do reflexo de preensão, procura visualmente os sons, sorriso social, diferenciação dos tipos de choro, emite vocalização ao ouvir vozes familiares, segue objetos ao</p>	<p>Enfermeiro(a) e/ou Médico(a)</p>



seu redor, localiza sons.

4º mês: controle cervical praticamente estabelecido, rola de decúbito dorsal para lateral, a visão binocular está praticamente estabelecida, emite sons consoantes, tenta alcançar objetos com as mãos. Pode rolar do decúbito ventral para o dorsal, agarra objetos voluntariamente, brinca com o pé, esperneia, sorri para imagem no espelho, é capaz de discriminar pessoas estranhas, a visão acompanha objetos que deixa cair e brinca de esconde-esconde.

6º mês: rola de decúbito dorsal para o ventral, senta com apoio, apanha objetos caídos, agarra os pés e os coloca na boca, prefere estímulos visuais mais complexos, começa a imitar sons, balbucia sons semelhantes e monossílabos, reconhece familiares e começa a ter medo de estranhos, ergue os braços para ir ao colo, muda frequentemente de humor e inicia-se a noção de permanência do objeto.

9º mês: senta sem apoio, arrasta-se apoiando nas mãos e nos joelhos, realiza movimento de pinça, responde comandos verbais simples, mostra interesse em agradar os pais, começa a ter medo de ir para a cama ou ser deixado sozinho e inicia a tentativa de ficar de pé se apoiando nos objetos. Pode mudar de decúbito dorsal para a posição sentada, fica em pé quando segura na mobília, pode dizer algumas palavras, imita expressões faciais, repete ações para chamar atenção e provocar risos, chora quando é chamado à atenção.

12º mês: caminha apenas com uma das mãos segura, talvez possa ficar em pé sozinho momentaneamente, talvez tente dar o primeiro passo sozinho, pode mudar da posição sentada para de pé sem ajuda, fala três a cinco palavras, demonstra emoções como ciúmes, afeição, raiva e medo, aumenta a determinação para praticar habilidades motoras.

15º mês: caminhar sem auxílio, rabisca espontaneamente, capaz de identificar formas geométricas, aponta o objeto que quer, começa a imitar os pais, tolera alguma separação dos pais, expressa emoções, corre ou sobe degraus baixos.

18º mês: corre de maneira desajeitada e cai com frequência, sobe escadas segurando com as mãos, salta no mesmo lugar com ambos os pés, senta-se na cadeira, diz dez ou mais palavras, grande imitador, começa a consciência de propriedade.

20º mês: corre com mais habilidade, faz traços ilimitados no desenho, maneja a colher sem girá-la, arremessa a bola sem cair, tira a roupa sem auxílio.



21º mês: mostra partes do corpo, manifesta interesse por outras crianças, gosta de dançar ao som de uma música, enriquece seu vocabulário.

24º mês: sobe e desce escada sozinho (dois pés em cada degrau), possui amplo equilíbrio, corre com habilidade, possui vocabulário aproximado de 300 palavras, utiliza frases de duas a três palavras, verbaliza necessidade para ir ao banheiro e pode ter conseguido aptidão para iniciar o controle diurno de esfínteres.

Avaliar o desenvolvimento auditivo e de linguagem.

Quadro 3 – Escala para acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem.

Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)

Aplicação do M-Chat aos 18 meses e 24 meses - Aplicação realizada por qualquer profissional de saúde. Disponível nas páginas 48 e 49 da caderneta de saúde da criança.

- ❖ A escala M-CHAT-R auxilia na identificação de pacientes com idade entre 16 e 30 meses com possível TEA. É de rápida aplicação, pode ser aplicado por qualquer profissional da saúde, devendo ser respondido pelos pais ou cuidadores durante a consulta;

- ❖ A avaliação pela M-CHAT-R é obrigatória para crianças em consultas pediátricas de acompanhamento realizadas pelo Sistema Único de Saúde, segundo a Lei Federal nº 13.438, de 26 de abril de 2017;

- ❖ A escala indica uma suspeita de TEA e não é diagnóstica;

- ❖ Para todos os itens, a resposta “NÃO” indica risco de TEA; exceto para os itens 2, 5 e 12, nos quais “SIM” indica risco de TEA;

- ❖ Resultado positivo maior ou igual a 3 pontos: a criança deve ser encaminhada para consulta com especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência ou em Neurologia Pediátrica a fim de realizar a avaliação de seguimento, com a aplicação do M-CHAT-R/F;

- ❖ Resultados falso-negativos são possíveis. Se o resultado da triagem não for positivo, recomenda-se acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento neuropsicomotor do paciente e reavaliação.

Quadro 3 - Escala para Acompanhamento do desenvolvimento da Audição e das Linguagem:

FAIXA ETÁRIA	O QUE ESPERAR
RN	Acorda com sons fortes
0-3 meses	Acalma com sons moderadamente fortes e músicas
3-4 meses	Presta atenção nos sons e vocaliza



6-8 meses	Aumenta a frequência do balbucio e inicia a produção das primeiras palavras; entende ordens simples, ex.: dá tchau
12 meses	Aumenta a frequência do balbucio e inicia a produção das primeiras palavras; entende ordens simples, ex.: dá tchau
18 meses	Fala, no mínimo, seis palavras
2 anos	Produz frases com duas palavras
3 anos	Produz sentenças

8. Realizar avaliação da Saúde Bucal:

COMO FAZER	QUEM FAZ
<ul style="list-style-type: none">❖ Observar presença de dentes ao nascer (dente natal) ou o aparecimento de dente no 1º mês (dente neonatal). Se presentes, encaminhar ao dentista para avaliar a necessidade de extração;❖ Observar a presença de fissura labiopalatal;❖ Observar as características do frênulo lingual;❖ Observar a higidez dos rodetes gengivais e observar a presença de anomalias (nódulos, pérolas ou cistos); <p>No 4º e 6º mês: Orientar sobre o processo de erupção dos dentes decíduos que normalmente ocorre a partir do 6º mês de vida com a erupção dos incisivos centrais e laterais, inferiores e superiores e início de salivagem excessiva;</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Esclarecer que o processo e tempo de erupção dos dentes decíduos pode variar de criança para criança, podendo acontecer antes dos 6 meses até os 12 meses;❖ Caso a erupção dentária não tenha ocorrido após 1 ano de idade, encaminhar para avaliação com o dentista na APS para investigação de anormalidades, como ocorrência de agenesia (ausência de um ou mais dentes) ou anodontia (ausência dos dentes). A erupção dos primeiros molares normalmente acontece a partir dos 16 meses, dos caninos a partir dos 18 meses e dos segundos molares, superior e inferior entre 24 e 30 meses, completando-se a dentição decídua;❖ Orientar para evitar objetos que levados à boca, possam ferir ou provocar trauma dentário. Promover ambiente seguro e em casos de trauma dentário, procurar atendimento na Unidade Básica de Saúde;❖ A higiene bucal do bebê pode iniciar antes da erupção dos dentes especialmente em situações esporádicas como: regurgitação, língua saburosa, candidíase, dentre outros, pois não há evidência científica robusta que embasa a orientação de higienizar a cavidade bucal de bebês edêntulos como rotina. Quando necessário, é recomendado o uso de gaze ou a ponta de uma fralda de pano embebida com água filtrada ou fervida para higienizar a mucosa ou língua do bebê;❖ Quando erupcionarem o primeiro dente decíduo, a higiene bucal deve ser	Enfermeiro (a) e/ou Médico(a) e/ou Dentistas e/ou Auxiliar/ Técnico em Saúde Bucal



iniciada com escova de dente infantil (com cabeça pequena e estreita, cerdas macias ou extra macias e extremidades arredondadas) que possibilite boa empunhadura aos pais ou responsáveis e creme dental com flúor (>1.000ppm). Antes dos 2 anos é recomendada a quantidade referente a um grão de arroz cru e a partir dos 2 anos a quantidade referente a um grão de ervilha;

❖ Reforçar a importância da higienização na prevenção da doença cárie e atenção especial aos molares devido aos sulcos e fissuras de sua anatomia que levam ao maior acúmulo de placa bacteriana;

❖ Orientar que a escovação seja realizada ao menos três vezes ao dia (após o desjejum e almoço, e antes de dormir). É importante priorizar o período noturno para escovação dental pela redução do fluxo salivar durante o sono e estagnação de alimentos na cavidade bucal por longos períodos, propiciando o aparecimento de cáries;

❖ A utilização de fio dental é um complemento da higiene bucal que deve ser iniciado tão logo existam dois dentes irrompidos com presença de ponto de contato entre eles;

❖ A família deve estimular a criança a praticar esse hábito sozinha quando ela demonstrar interesse por escovar os dentes. No entanto, a escovação e o uso do fio dental devem ser realizados pelos pais e/ou responsáveis até a idade que a criança apresente coordenação motora adequada para realizar a higienização sozinha (a partir dos seis anos de idade);

❖ Na época da erupção dentária pode ocorrer comportamento choroso e irritação do bebê, podem surgir lesões cutâneas na região perioral relacionadas a mudança da qualidade da saliva, oferecer água e alimentos frios ou gelados, mordedores gelados (5 minutos na geladeira), massagear suavemente a gengiva do bebê com gaze embebida em chá de camomila não adoçado, podem ajudar neste momento;

❖ Crianças em uso de chupeta, orientar quanto à higiene e à troca regular dela, porém sempre desaconselhar o uso pelos prejuízos à saúde bucal. Não usar adoçantes na chupeta, como mel por exemplo, para acalmar a criança, pelo risco do desenvolvimento da doença cárie;

❖ Orientar a retirada da chupeta a partir de 12 meses e que o tempo limítrofe é aos 24 meses, para evitar os danos à arcada dentária, à posição de língua e a alterações da fala que o uso poderá provocar, além de outros prejuízos a musculatura facial e riscos de doenças.

9. Realizar a estratificação de risco (**Anexo 2**) em toda consulta de puericultura até os 24 meses e orientar a mãe sobre o cronograma das consultas subsequentes de puericultura (**Anexo 4**).

10. Realizar orientações alimentares:

- Estimular o aleitamento materno até os 2 anos ou mais e de forma exclusiva nos 6 primeiros meses;
- Crianças em aleitamento materno exclusivo ou alimentadas com fórmula infantil devem



iniciar a introdução de novos alimentos e água a partir dos 6 meses de vida;

- Orientar a introdução da alimentação complementar variada baseada em alimentos in natura e minimamente processados. Óleos e gorduras devem ser usados com moderação;
 - Quantidade mínima de sal;
 - Açúcares, melado, mel e alimentos ultraprocessados não devem ser ofertados para crianças menores de dois anos. Sendo que a oferta de mel para menores de um ano é proibida devido ao risco de botulismo infantil;
 - A partir dos 6 meses, a criança que apresentar os sinais de prontidão, deve começar gradativamente, conforme sua aceitação, a ser apresentada a todos os grupos de alimentos;
 - Sinais de prontidão:
 - Ter interesse e curiosidade pelo que o responsável come;
 - Conseguir sustentar a cabeça e o tronco, além de conseguir sentar sem apoio;
 - Segura objeto com as mãos;
 - Reduziu ou eliminou o reflexo de protrusão;
 - Faz movimentos de mastigação (mesmo que não tenha dentes).
 - Os alimentos devem ser amassados com o garfo, mas não peneirados ou batidos no liquidificador.
 - Entre 7 e 8 meses os alimentos já podem ser menos amassados.
 - Aos 9 meses a criança já pode receber alimentos picados na mesma consistência dos alimentos da família. Carnes podem ser desfiadas.
 - Aos 12 meses os alimentos devem ser ofertados em pedaços maiores e na mesma consistência da comida da família.
11. Solicitação de exames complementares (**Anexo 5**).
12. Realizar orientações para atividades e estímulos para o desenvolvimento infantil.
13. Verificar a situação vacinal na caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização e das doenças imunopreveníveis.
14. Realizar orientações gerais sobre os cuidados, prevenção de acidentes e violências.
15. Suplementação de micronutrientes e prescrição medicamentosa conforme (**Anexo 3**).
16. Encerrar a consulta com orientações a mãe e informação sobre a consulta subsequente.
17. Realizar registro das informações e atendimento no prontuário eletrônico.

ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE VISITA DOMICILIAR

INSTRUMENTO DE VISITA DOMICILIAR - ESTRATÉGIA DE SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA - PUERICULTURA

Identificação

Nome do RN:

Nome da mãe:

História Prévia

Comorbidades / Anomalias congênitas:

Medicações em uso:

Alergias:

Avaliação do Contexto em que vive



Ambiente	
Alguma observação que não tenha sido informada no questionário de VISITA DOMICILIAR PUERPERAL?	
Aspectos sociais e econômicos	
Alguma observação que não tenha sido informada no questionário de VISITA DOMICILIAR PUERPERAL?	
Constituição familiar	
Alguma observação que não tenha sido informada no questionário de VISITA DOMICILIAR PUERPERAL?	
Dinâmica familiar	
Interação entre criança e mãe: () Adequada () Inadequada () Não observada	
Interação entre Criança e Ambiente: () Adequada () Inadequada	
A criança foi registrada em cartório? () Sim () Não	
Observações: _____	

História Clínica	
Local do Nascimento:	
Idade gestacional ao nascer (semanas + dias) - Capurro:	
Apgar	Peso atual _____ g
Peso ao nascer _____ g	Estatura atual _____ cm
Estatura ao nascer _____ cm	Perímetro torácico atual (PT) _____ cm
Perímetro cefálico (PC) _____ cm	Perímetro cefálico atual (PC) _____ cm
Via de Nascimento () Parto normal () Cesárea	
Estratificação de risco ao nascer: () Risco Habitual () Risco Intermediário () Alto Risco	
Triagem neonatal	
() Teste do coraçãozinho - Resultado () normal () alterado () não realizado	
() Teste do orelhinha - Resultado () normal () alterado () não realizado	
() Teste do olhinho - Resultado () normal () alterado () não realizado	
() Teste do pezinho - Resultado () normal () alterado () não realizado	
Observação sobre a Triagem neonatal:	



Necessitou internamento UTI neo / UCIN? Se sim, por qual motivo?

Caderneta da Criança

Carteira vacinal:

() Atualizada () Vacinas pendentes | Se pendências de vacinas, motivo:

Curva de crescimento:

() Adequado () Inadequado

Marcos de desenvolvimento / Reflexos primitivos:

() Adequado () Inadequado

ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL

Sono do RN

Onde a criança dorme?

() No berço, sozinha () Divide o berço com uma ou mais crianças

() Na cama com um ou mais familiares () Outro:

Como a criança dorme?

() decúbito dorsal () decúbito lateral () decúbito ventral

Amamentação

() AM Exclusivo () LM + complemento () Complementado

Em caso de uso de complementos: qual complemento está sendo utilizado? Qual quantidade (mL)?



Você oferece algo que não seja leite materno? () Sim () Não Se sim, o que?
O bebê usa mamadeira? () Sim () Não O bebê usa chupeta? () Sim () Não
Pega para amamentação: () Correta () Incorreta
Como você reconhece que a criança está com fome? () Leva a mão a boca () Chora () Estala a boca simulando sucção () Faz movimentos de busca com a cabeça e boca () Outro(s) sinal(is)
Exame Físico do RN
● Coloração da Pele Icterícia () cabeça e pescoço () Tronco até umbigo () Hipogástrico e coxas () Joelhos e cotovelos até punhos e tornozelos () mãos e pés, inclusive palmas e plantas () Corado () Hipocorado () Cianose
● Padrão respiratório Dificuldade para respirar: () sim () não
● Temperatura Febre acima de 37,5: () sim () não Hipotermia abaixo de 35: () sim () não
Qual o aspecto do coto umbilical? () Gelatinoso () Mumificado () Com sinais flogísticos () Em processo de mumificação () Com secreção purulenta
Como é realizada a higiene do coto umbilical? () Uso de água e sabão () Uso de água oxigenada () Não realiza () Uso de álcool 70% () Uso de medicamentos, como pomadas () Outros
Com qual frequência é realizada a higiene do coto umbilical? () A cada troca de fraldas () Uma vez por semana () Não realiza () Uma vez ao dia () Duas ou mais vezes por dia
Diurese () Habitual/ Clara () Amarelo escuro () Anúria () Laranja-avermelhado
Evacuação () Líquida () Meconial () Pastosa () Ausente há ____ dias
Coloração: Qual a frequência da troca de fraldas?
É utilizado algum produto na higiene íntima da criança na troca de fraldas (como pomadas, talco entre outros)? () Não () Sim.



Quais? _____

Percebida alguma evidência de maus tratos? (marcações arroxeadas no corpo, criança chorosa, interação estressora com algum familiar, emagrecida, entre outros)? Se sim, quais?

Alguma queixa ou dúvidas acerca dos cuidados com a criança ou questões clínicas da mesma?

Estratificação de Risco na visita

- Alto Risco
 Risco Intermediário
 Risco Habitual

Orientações e Cuidados de Enfermagem realizados:

- Orientado sobre importância da amamentação, pega e posicionamentos adequados e aleitamento materno exclusivo até os 06 meses
 Orientado sobre prevenção de acidentes, quedas, sufocamento e manobra de Heimlich em RN
 Orientado e agendado próxima consulta de Puericultura conforme calendário e estratificação de risco
 Orientado sinais de alerta para procura de unidade de saúde

Consulta Domiciliar realizada na data _____ de _____ de
20_____ Nome e carimbo profissional:

ANEXO 2 - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA NO PARANÁ

RISCO HABITUAL

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem são
		Crianças com características individuais e



Atenção Primária em Saúde (Unidade de Saúde)	Equipe da APS	condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança. Ao Nascimento <ul style="list-style-type: none">● APGAR > 7 no 5º minuto;● Peso ao nascer ≥ 2.500g e < 4.000g;● Idade gestacional ≥ 37 e < 42 semanas. Entre 1 mês e 2 anos <ul style="list-style-type: none">● Triagem neonatal com resultado normal¹;● Vacinação em dia;● Adequado crescimento²;● Adequado desenvolvimento³.
--	---------------	---

¹ Teste da orelhinha, olho, coraçãozinho e pezinho.

² Conforme gráficos dispostos na caderneta da criança.

³ Conforme marcos do desenvolvimento dispostos na caderneta da criança.

RISCO INTERMEDIÁRIO

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem são
Atenção Primária em Saúde (Unidade de Saúde - com maior frequência - calendário de puericultura Risco Intermediário)	Equipe da APS	Características individuais e socioeconômicas materna: Filhos de mães: <ul style="list-style-type: none">❖ Com infecção intrauterina (STORCHZ 4) + HIV;❖ Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, ciganas, quilombolas, migrantes ou negras;❖ Com menos de 04 consultas de pré-natal;❖ Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade;❖ Com menos de 20 anos e mais de 03 partos;❖ Analfabetas ou com menos de 03 anos de estudo;❖ Que apresentaram exantema durante a gestação;❖ Com gravidez indesejada 5;❖ Com gravidez decorrente de violência sexual;❖ Com histórico de óbito em gestação anterior



	<p>(aborto⁶ e/ou natimorto⁷);</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Óbito de irmão menor que 05 anos por causas evitáveis;❖ Com histórico de violência interpessoal;❖ Mãe sem suporte familiar⁸;❖ Chefe da família sem fonte de renda;❖ Depressão pós-parto⁹;❖ Um dos pais com: transtorno mental severo, deficiência física e/ou doença neurológica;❖ Pais com dependência de álcool e/ou outras drogas¹⁰;❖ Mãe ausente por doença, abandono ou óbito;❖ Cuidador não habilitado para o cuidado com o RN¹¹;❖ Sem acesso a saneamento básico e/ou água potável. <p>Características do nascimento:</p> <ul style="list-style-type: none">● Peso ao nascer $\geq 2.000g$ e $< 2.500g$;● Idade gestacional entre ≥ 35 e < 37 semanas;● Anomalias congênitas menores¹²; <p>Entre 1 mês e 2 anos</p> <ul style="list-style-type: none">● Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal;● Criança sem realização de triagem neonatal¹³;● Desmame precoce (antes do 6º mês de vida);● Desnutrição ou curva pondero estatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais ou sobrepeso;¹⁴● Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado¹⁵;● Cárie¹⁶;● Criança com 03 ou mais atendimentos em pronto socorro em um período de 3 meses.
--	--

4 Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus e Zika vírus.

5 Situações em que a gravidez não foi planejada e/ou desejada, quando há dificuldade de aceitação da gravidez.

6 Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos).

7 Óbito fetal (natimorto): quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm.

8 Sem rede de apoio para compartilhar o cuidado com a criança.



- 9 Diagnóstico atual ou pregresso.
- 10 Pode-se utilizar a classificação T-ACE da gestante, que consta na estratificação de risco da gestante.
- 11 Avaliar durante visita domiciliar se há indícios de violação dos direitos da criança.
- 12 São relativamente frequentes na população geral e não acarretam maiores problemas aos portadores.

Exemplos: fossetas, apêndices pré-auriculares, polidactilias do tipo de apêndices digitiformes, hipospadias de 1º grau ou balanicas, mamas extranumerárias, nevos pigmentados.

13 Diz respeito sobre o teste da orelhinha, olho, coraçãozinho e do pezinho. Cada teste possui tempo limite para detecção e intervenção precoce. A não realização de um ou mais testes já enquadra a criança como risco intermediário. Crianças que não realizaram os testes mas possuem agendamento também se enquadram no critério.

14 De acordo com o Passaporte da Cidadania (Caderneta da Criança): **Peso elevado para a idade** > escore-z +2

| **Peso adequado para a idade** ≥ escore-z 2 e ≤ escore-z +2 | **Baixo peso para idade** ≥ escore-z -3 e < 2 | **Muito baixo peso para a idade** < escore-z -3.

15 Após orientação e/ou busca ativa a criança continua faltosa. Crianças com contraindicação e/ou alergias graves ao imunizante devem ser acompanhadas como risco intermediário.

16 Ao apresentar cárie em um único dente já caracteriza como risco intermediário.

ALTO RISCO

ONDE É ATENDIDA? (LOCAL)	QUEM ATENDE? (PROFISSIONAL)	QUEM SÃO
Atenção Primária em Saúde (Unidade de Saúde - com maior frequência - calendário de puericultura Alto Risco)	Equipe da APS E Equipe multiprofissional Especializada	Características do nascimento: <ul style="list-style-type: none"> ● Peso ao nascer < 2.000g e ≥ 4.000g; ● Idade gestacional ≤ 34 semanas; ● Asfixia perinatal (APGAR < 7 no 5º minuto); ● Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão; ● Malformações congênitas grave (com repercussão clínica)17; ● Doenças genéticas, cromossomopatias 18.
COMPARTILHADO Atenção Ambulatorial Especializada Maternidade de Alto Risco ou Consórcio ou Ambulatório) (interconsultas agendadas)		Entre 1 mês e 2 anos <ul style="list-style-type: none"> ● Infecções crônicas do grupo STORCHZ + HIV confirmadas ou em investigação; ● Doença genética, malformações congênitas graves 19 (com repercussão clínica), cromossomopatias 20 e doenças



		metabólicas com repercussão clínica; ● Testes de triagem neonatal alterados 21; ● Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária 22; ● Sinais de violência / maus tratos; ● Desnutrição grave e/ou obesidade 23; ● Intercorrências repetidas com repercussão clínica – após segunda internação.
--	--	---

17 Graves alterações anatômicas, estéticas e funcionais podendo levar a morte. **Exemplos:** lábio leporino com ou sem palato fendido, sindactilias e microtias, síndrome de Down, síndrome de Patau, anencefalia, cardiopatia congênita, etc.

18 Como por exemplo, a síndrome de Down.

19 Graves alterações anatômicas, estéticas e funcionais podendo levar a morte. **Exemplos:** lábio leporino com ou sem palato fendido, sindactilias e microtias, síndrome de Down, síndrome de Patau, anencefalia, cardiopatia congênita, etc.

20 Como por exemplo, a síndrome de Down.

21 Diz respeito sobre os testes da orelhinha, olho, coraçãozinho e do pezinho. A identificação de um único teste alterado já caracteriza como alto risco.

22 Conforme marcos do desenvolvimento dispostos na caderneta da criança.

23 De acordo com o Passaporte da Cidadania (Caderneta da Criança): **Peso elevado para a idade** > escore-z +2 | **Peso adequado para a idade** \geq escore-z 2 e \leq escore-z +2 | **Baixo peso para a idade** \geq escore-z -3 e < 2 | **Muito baixo peso para a idade** < escore-z -3.

ANEXO 3 - SUPLEMENTAÇÃO DE MICRONUTRIENTES E PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA

COMO FAZER

Suplementação de Ferro

❖ Para RN a termo, com peso adequado à idade gestacional, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) preconiza esquema de suplementação oral profilática com a oferta diária de sulfato ferroso por três meses consecutivos, seguida de uma pausa de três meses no recebimento do suplemento. No final do terceiro mês, inicia-se um novo ciclo de três meses de suplementação diária. No total, a criança de 6 a 24 meses de idade deve receber dois ciclos de suplementação. Os ciclos devem ser realizados preferencialmente aos 6 e 12 meses de idade da criança, considerando a maior vulnerabilidade para a ingestão insuficiente de ferro e a alta demanda do mineral para o crescimento e desenvolvimento infantil (Brasil,2013);

❖ Dose: 10,0 – 12,5 mg de ferro elementar/dia;

❖ Observação: A data da dispensação bem como a data da próxima dispensação deverá ser anotada na Caderneta da Criança.

QUEM FAZ



PÚBLICO	CONDUTA	PERIODICIDADE
Crianças de 6 a 24 meses	10,0 – 12,5 mg de ferro elementar	2 ciclos intermitentes de suplementação no período: 3 meses de suplementação diária seguidos de 3 meses de intervalo e reinício de novo ciclo.

Enfermeiro(a)
e/ou
Médico(a)

- Para crianças pré-termo (<37 semanas) ou nascidos com baixo peso (<2.500g), a conduta de suplementação segue as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria:

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
RN a termo com peso inferior a 2.500 g	2mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
RN prematuros com peso superior a 1.500 g	2mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
RN prematuros com peso entre 1.500 e 1.000 g	3mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
RN prematuros com peso inferior a 1.000 g	4mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
RN prematuros que receberam mais de	Devem ser avaliados



100 mL de concentrado de hemácias durante a internação	individualmente pois podem não necessitar de suplementação de ferro com 30 dias de vida, mas sim posteriormente	
Fonte Adaptado: CONSENSO SOBRE ANEMIA FERROPRIVA: ATUALIZAÇÃO: DESTAQUES 2021 SBP		

Suplementação de Vitamina A

❖ A partir do 6º até o 24º mês de idade, **as crianças dos municípios contemplados pelo Programa Nacional de Suplementação de vitamina A deverão receber**, semestralmente, uma cápsula via oral da megadose de vitamina A, conforme público prioritário estabelecido pelo Ministério da Saúde;

❖ Dose:

- 6 a 11 meses – 1 cápsula de vitamina A de 100.000 UI;
- 12 a 59 meses - 1 cápsula de vitamina A de 200.000 UI a cada 6 meses.

Suplementação de Vitamina D

❖ A Sociedade Brasileira de Pediatria preconiza o uso da Vitamina D via oral desde a primeira semana de vida até o segundo ano de vida, independente de aleitamento materno exclusivo ou fórmula infantil.

❖ Dose: 0 a 12 meses 400UI e de 1 a 2 anos de idade 600UI (SBP, 2018).

Palivizumabe:

❖ Anticorpo monoclonal, que apresenta ação neutralizante contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR). É indicado para a prevenção de doença grave do trato respiratório inferior, causada pelo VSR, em pacientes pediátricos de alto risco, menores de dois anos de idade, que inclui crianças prematuras, crianças portadoras de doença pulmonar crônica da prematuridade e portadores de cardiopatia congênita hemodinamicamente significativa;

❖ Na região sul do Brasil a sazonalidade da ocorrência do vírus se dá entre os meses de Abril e Agosto;

❖ Devido às características de meia vida da medicação a mesma deve ter sua administração iniciada um mês antes do período sazonal do vírus, ou seja, a partir do mês de março de cada ano, o intervalo entre as doses deve ser de 1 mês e são administradas no máximo 5 doses;

❖ Os critérios de inclusão para recebimento da medicação e orientações quanto a administração:

Critérios de Inclusão do Ministério da Saúde	➤ Crianças prematuras nascidas com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas e 6 dias e com idade inferior a 1 ano (até 11m e 29 dias) ou; ➤ Crianças portadoras de doença pulmonar crônica da prematuridade, independentemente da idade gestacional, até o
--	---



	segundo ano de vida ou; ➤ Crianças portadoras de cardiopatia congênita, com repercussão hemodinâmica demonstrada, independente da idade gestacional até o segundo ano de vida.
Critério da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR)	Crianças prematuras nascidas com idade gestacional entre 29 e 31 semanas e 6 dias, nascidas a partir de janeiro do ano vigente da aplicação do medicamento.
Dose de aplicação	15mg/kg/dose, administrado por via intramuscular, somente por pessoa capacitada, preferencialmente na face anterolateral da coxa. Os volumes das injeções superiores a 1 ml deverão ser administrados em doses separadas.
Apresentação	Concentração final de 100 mg/ml em ambas apresentações: ➤ Frasco-ampola com 0,5ml de solução injetável, equivalente a 50 mg de palivizumabe ➤ Frasco-ampola com 1ml de solução injetável equivalente a 100mg de palivizumabe

Fonte: NT SESA 01/2024; SBP 2011,2017.

ANEXO 4 - PERIODICIDADE DAS CONSULTAS

A consulta da primeira semana de vida deve ser realizada pelo médico da equipe da APS e na sequência pode-se alternar a consulta de enfermagem com a consulta médica no decorrer do calendário estabelecido pelo risco de cada criança.

ER	01ª sem	01º mês	02º mês	03º mês	04º mês	05º mês	06º mês	07º mês	08º mês	09º mês	10º mês	11º mês	12º mês	15º mês	18º mês	21º mês	24º mês
RH																	
RI																	
AR																	

As crianças classificadas como de alto risco, deve ocorrer o cuidado compartilhado entre AAE e a APS.

ANEXO 5 – EXAMES COMPLEMENTARES

COMO FAZER	QUEM FAZ
<ul style="list-style-type: none"> Na dependência da avaliação clínica. Aos 12 meses: Solicitar o hemograma completo, contagem de 	Médico(a)



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291


reticulócitos e ferritina sérica, como triagem de deficiência de ferro/anemia ferropriva.	
---	--

REFERÊNCIA

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde. **Linha de Cuidado Saúde da Criança de 0 a 2 anos**. 1ª ed. Curitiba: SESA, 2025.
ARAQUARI, Prefeitura Municipal de. **Protocolo de Puericultura – Atenção Primária à Saúde**. 2002.

PIÊN



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 43: Notificações de doenças e agravos de notificação compulsória	Elaborado: Enfº Joene Alves Santos Revisado e aprovado: Enfª Tatiane C. R. Malchovski
Data de emissão: 16/09/2025	Data de vigência: 10/10/2027	Fonte: Manuais Ministério da Saúde vigente

Atividade: Notificações de doenças compulsórias

Executante: Obrigatória a autoridade de saúde- realizada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, responsáveis por estabelecimentos de saúde, tanto públicos ou privados, assim como para laboratórios e instituições de pesquisas.

Período: Imediata ou semanal

CONCEITO:

A **Ficha de Notificação Compulsória** é um instrumento oficial utilizado pelos serviços de saúde para registrar casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos ou eventos de interesse à saúde pública, que constam na **Lista Nacional de Notificação Compulsória**. A notificação compulsória é realizada pelos profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas e etc. ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, podendo ser uma notificação imediata, semanal ou negativa. A NOTIFICAÇÃO COMPULSORIA faz parte do **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)** e é essencial para o monitoramento epidemiológico no Brasil.

Notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível.

Notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo.

Notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória.

Materiais necessários:

Ficha impressa da doença ou agravo de notificação compulsória (modelo físico do SINAN) para o preenchimento manual.

Lista de doenças e agravos

RG, CPF, cartão do SUS, Comprovante de endereço,

Prontuário médico, resultado de exames (quando disponíveis)

O paciente para ser entrevistado.

Profissional de saúde para realizar o preenchimento



Caneta esferográfica azul ou preta
Carimbo profissional

Descrição do procedimento/Técnica:

1. O profissional de saúde deverá diante da suspeita ou confirmação da doença ou do agravo, durante uma consulta, visita domiciliar ou atendimento, informar ao paciente que realizará o registro das informações através da ficha de notificação.
2. O profissional de saúde preencherá a ficha de notificação compulsória de acordo com as informações passadas pelo paciente, de acordo com o agravo ou doença identificada, completando todos os campos com letra legível e veracidade nas informações coletadas.
3. Entregar a ficha preenchida na caixa da vigilância epidemiológica que fica na ub's central, visto que os profissionais da vigilância recolherão as fichas no final do dia.
4. Realizar os encaminhamentos para o paciente quando necessário.
5. A vigilância receberá as notificações e alimentará o sistema do SINAN.

Etapas do preenchimento da ficha de notificação:

Dados gerais:

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.

CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

DADOS GERAIS

(PREENCHER PARA NOTIFICAÇÃO NEGATIVA, INDIVIDUAL E DE SURTO)

N.º DA NOTIFICAÇÃO – A Vigilância epidemiológica do município preenche este campo, quando a notificação devidamente preenchida chegar a unidade. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1. Preencher com o código correspondente ao tipo de notificação:
 - [1] Negativa: não ocorrência de casos de doenças de notificação compulsória na semana epidemiológica;
 - [2] Individual: notificação de caso;
 - [3] Surto: ocorrência de casos agregados de surto conforme norma técnica;
 - [4] Tracoma: ocorrência de casos agregados de Tracoma.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
4. Anotar a sigla da Unidade Federada da notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (ex. DF)
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora)



que realizou a notificação **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. **DADOS PESSOAIS DO CASO (PRENCHER SOMENTE PARA NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL)**
8. Anotar a data em que surgiram os primeiros sintomas no paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**
9. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações)
10. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa
11. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**
12. Preencher segundo a categoria referente ao sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado)
13. Em caso de a paciente ser do sexo feminino, preencher o período gestacional em que a paciente se encontra no momento da ocorrência do agravo (1º trimestre da 1ª a 12ª semana; 2º trimestre da 13ª a 26ª semana e 3º trimestre a partir da 27ª semana de gestação). Caso a idade seja menor que 7 anos, o sistema preencherá automaticamente a opção 10 = Não se aplica.
14. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia)
15. Preencher com o código correspondente ao número de anos de estudo concluídos. A classificação é obtida em função da série e do grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou. Este campo não se aplica para paciente com idade inferior a 7 anos.
16. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
17. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações) (**PRENCHER SOMENTE PARA NOTIFICAÇÃO DE SURTO**)
18. Preencher com a data do início dos primeiros sintomas do primeiro caso suspeito conhecido que esteja relacionado aos casos agregados
19. Registrar o total de casos suspeitos ou expostos, conhecidos pela Vigilância Epidemiológica, até a data da notificação.
20. Anotar segundo a categoria correspondente à abrangência de ocorrência dos casos **DADOS DE RESIDÊNCIA**
(**PRENCHER PARA NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL OU NOTIFICAÇÃO DE SURTO**)
21. Anotar a sigla da Unidade Federada da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (ex. DF)
22. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
23. Anotar o nome do distrito de residência do paciente.
24. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.



25. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa etc.) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (Ex. Av. Duque de Caxias). Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
26. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (Ex. n.º 575)
27. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).
28. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a quadra ou número, nele deve ser informado o número da quadra ou número).
29. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
30. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (Perto da padaria do João)
31. Anotar o CEP - código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa etc.) - da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (Ex. CEP :70.036-030)
32. Telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
33. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1 = área com características estritamente urbanas; 2 = área com características estritamente rurais; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha a uma área urbana)
34. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.
35. Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação
36. Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.
37. Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: Mário José da Silva
38. Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro 'Registrar a assinatura e carimbo do responsável por esta investigação.



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma		3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código		7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica		13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
Notificação de Surto	17 Data dos 10 ^{os} Sintomas do 1º Caso Suspeito		19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar	
	18 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos			
Dados de Residência	20 UF	21 Município de Residência		Código (IBGE)
	22 Distrito			
	23 Bairro		24 Logradouro (rua, avenida,...) Código	
	25 Número	26 Complemento (apto., casa, ...)		27 Geo campo 1
	28 Geo campo 2		29 Ponto de Referência	
	31 (DDD) Telefone		32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 CEP
Notificante	33 País (se residente fora do Brasil)			
	Município/Unidade de Saúde			
Nome		Função		Assinatura
Notificação		Sinan NET		SVS 17/07/2006

DADOS COMPLEMENTARES
(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01 Data da coleta da 1ª amostra da sorologia		02 Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra		03 Especificar tipo de exame :	
	04 Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		05 Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	06 Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		07 Data do início do exatema		08 Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	09 Foi realizado Iliquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		10 Resultado da bacterioscopia :			
Notificação Surto	11 O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		12 Data da última dose tomada		13 Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	14 Data da hospitalização		15 UF		16 Município do hospital	
	17 Nome do hospital		Código (IBGE)		Código	
Local prov. infecção	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação 1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____					
	19 Local provável de infecção (classificação provisória) País: _____ UF: _____ Município: _____ Distrito: _____ Bairro: _____					
Dados Complementares/ Notificação						SVS 17/07/2006

Responsabilidades dos Profissionais



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291

Enfermeiros e médicos:

- Verifica fichas diariamente.
- Realiza busca ativa de casos.
- Avalia prontuários e exames.
- Notifica à SMS/SINAN semanalmente.

Sistema Utilizado


SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação): plataforma oficial para registro e monitoramento dos casos.

Documentos de Referência

Portaria GM/MS nº 6.734/2025: atualiza a lista nacional de doenças de notificação compulsória.
Lei nº 6.259/1975: estabelece normas para vigilância epidemiológica e notificação compulsória.
BRASIL. Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020. Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. DOU, seção 1, p. 229-230, 29 mai. 2020.
PORTARIA GM/MS Nº 5.201, DE 15 DE AGOSTO DE 2024.

PIÊN



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	POP 44: Visita Domiciliar da Equipe de Saúde da Família	Elaborado: Enfº Joene Alves Santos Revisado e aprovado: Tatiane Cubas Ribas Malchovski
Data de emissão: 16/09/2025	Data de vigência: 16/09/2026	Fonte: Manuais Ministério da Saúde

Atividade: Visita Domiciliar	Executante: Profissionais de Saúde
CONCEITO: A visita domiciliar (VD) é uma estratégia de atenção à saúde realizada por profissionais da equipe de saúde, no domicílio do usuário, com foco na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. É uma prática que fortalece o vínculo entre profissional, paciente e família, permitindo uma abordagem integral e humanizada, com o objetivo de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das condições de saúde; fortalecendo o vínculo entre equipe e comunidade, ampliando o acesso ao cuidado, respeitando o contexto familiar, social e cultural, supervisionando as situações de vulnerabilidade.	
RECURSOS NECESSÁRIOS: Agentes Comunitários de Saúde (ACS): visitas regulares para acompanhamento de cada família da microárea, orientações, entrega de receitas e exames, cadastros domiciliares e individuais. Enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e outros profissionais da equipe multiprofissional, realizam visitas conforme necessidade clínica, social ou demanda espontânea.	
INDICAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR: A Visita domiciliar é indicada em diversas situações, com foco na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde. Os principais objetivos da VD incluem: <ul style="list-style-type: none">• Conhecer o domicílio e suas características socioeconômicas e culturais.• Identificar a estrutura e dinâmica familiar, fatores de risco individuais e coletivos.• Prestar assistência a pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção.• Estimular a adesão ao tratamento e ao autocuidado.• Promover ações de saúde e prevenir agravos.• Intervir precocemente para evitar complicações e internações.• Adequar o atendimento às necessidades e expectativas dos usuários.• Fortalecer o vínculo entre profissional, paciente e família. Critérios para Indicação da VD A visita deve ser planejada pela equipe de saúde da família com base em critérios como: <ul style="list-style-type: none">• Situações novas ou agravadas na família que representem risco à saúde.• Problemas crônicos ou de urgência.• Imobilidade ou incapacidade de deslocamento até a unidade.	



- Ausência em atendimentos programados.

Grupos Prioritários e Situações Específicas

Adultos:

- Doenças agudas ou crônicas.
- Doenças transmissíveis de notificação obrigatória.
- Falta de adesão ao tratamento (hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde mental).

Idosos:

- Acamados ou com dificuldade de locomoção.
- Doenças crônico-degenerativas.
- Sem cuidador ou sem adesão ao tratamento.

Crianças:

- Recém-nascidos de alto risco.
- Atraso no crescimento/desenvolvimento.
- Falta de vacinação ou acompanhamento.
- Incentivo ao aleitamento materno.

Gestantes:

- Ausência em consultas de pré-natal, exames, vacinação.
- Falta de acompanhamento odontológico.
- Orientações sobre o período gestacional.

Classificação de Risco e Periodicidade das Visitas

A frequência das visitas é definida pela pontuação de risco familiar, conforme tabela de classificação:

- Sem risco (0 pontos): a cada 90 dias.
- Baixo risco (1 a 5 pontos): a cada 60 dias.
- Risco intermediário (6 a 10 pontos): a cada 30 dias.
- Alto risco (11 a 20 pontos): a cada 15 dias.
- Risco extremo (acima de 20 pontos): a cada 7 dias.

Busca Ativa e Ações Prioritárias

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) realiza visitas com foco em:

- Gestantes até 12 semanas.
- Crianças menores de 2 anos.
- Sintomáticos respiratórios e dermatológicos.
- Mulheres para prevenção de câncer.
- Hipertensos, diabéticos e idosos faltosos.
- Pacientes de saúde mental.

A visita domiciliar é uma ferramenta de grande relevância para enfrentar desigualdades sociais e garantir o acesso à saúde em áreas rurais e urbanas. Ela permite que os profissionais conheçam a realidade local, promovam ações educativas e preventivas, e fortaleçam o vínculo com a comunidade. Além disso, contribui para a redução de internações hospitalares, melhoria



da adesão ao tratamento e promoção da saúde integral, alinhando-se aos princípios do SUS.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO/TÉCNICA:

Planejamento

- Identificar os usuários prioritários com base em critérios clínicos e sociais
- Comunicar a enfermeira e agendar a visita domiciliar
- Verificar materiais e equipamentos necessários (prontuário, insumos, EPIs)

Deslocamento

- Realizar deslocamento seguro e com uniforme (se houver) e identificação profissional
- Preferencialmente em dupla, especialmente em áreas de risco

Abordagem no Domicílio

- Apresentar-se com cordialidade e explicar o motivo da visita
- Garantir privacidade e escuta qualificada
- Realizar avaliação clínica, orientações, procedimentos e encaminhamentos conforme necessidade
- Registrar informações no prontuário físico ou eletrônico

Pós-visita

- Compartilhar informações com a equipe multiprofissional nas reuniões em equipe
- Atualizar o plano de cuidado do usuário
- Notificar agravos, se necessário
- Agendar retorno ou nova visita conforme avaliação

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Visita Domiciliar na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/atencao-basica/publicacoes/visita-domiciliar>. Acesso em: 05 out. 2025.

MAUÁ DA SERRA. Secretaria Municipal de Saúde. Procedimento Operacional Padrão – Visita Domiciliar dos ACS (Revisão 3). Mauá da Serra: Prefeitura Municipal, 2024. Disponível em: https://www.mauadaserra.pr.gov.br/documentos/saude/coordenacao-do-cuidado/5%20POP_VISITA%20DOMICILIAR_ACS_rev3.pdf.

Acesso em: 05 out. 2025.